



**HAL**  
open science

## Résister : quand une intervention articulant analyse du travail et formation remodèle l'activité managériale

Théophile Bastide

► **To cite this version:**

Théophile Bastide. Résister : quand une intervention articulant analyse du travail et formation remodèle l'activité managériale. Sciences de l'Homme et Société. 2020. dumas-04266744

**HAL Id: dumas-04266744**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04266744>**

Submitted on 31 Oct 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Mémoire présenté dans le cadre de l'obtention du**

**Master de Sciences Humaines et Sociales - Mention Sciences de l'éducation -  
Parcours « Conseil, Intervention, Développement de Compétences »**

## **RESISTER**

Quand une intervention articulant analyse du travail et formation remodèle l'activité  
managériale

**Théophile BASTIDE**

**Sous la direction de : Madame Anne-Lise Ulmann**

**Soutenu le 22 Octobre 2020 devant le jury composé de :**

Monsieur Stéphane Balas - Maitre de conférences, Conservatoire National des Arts  
et Métiers - Président du jury

Madame Anne-Lise Ulmann - Maitre de conférences, HDR, Sciences de l'éducation,  
Conservatoire National des Arts et Métiers

Monsieur Gilles Desserprit - Directeur des soins, Directeur de l'Institut de Formation  
des Cadres de Santé - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

## REMERCIEMENTS

Je remercie Madame Anne-Lise Ulmann, qui, en tant que Directrice de mémoire, a su me guider avec disponibilité et bienveillance. Je la remercie ici également pour avoir contribué, par son approche du travail et de la formation, à une ouverture personnelle à un nouveau champ de possibles.

Mes remerciements vont tout particulièrement aux professionnelles qui ont participé, de près ou de loin, à l'intervention qui fait l'objet de cet écrit. Leur confiance en a permis le déploiement. Leur travail en est la source et la ressource.

Je remercie l'ensemble des professionnels de mon institution qui ont « pris le risque » de permettre la réalisation de cette intervention.

Enfin, je remercie Sarah Helly, Stéphanie Aziza, Sandro De Gasparo et Emmanuel Gradt pour leur soutien et la richesse de nos échanges et de leurs étayages.

A Alexandra, Nathan, Clément et Nell.

# SOMMAIRE

<b>Introduction.....</b>	<b>p. 1</b>
<b>1. Aux sources d'une intervention interne dans un service d'urgences.....</b>	<b>p. 3</b>
<b>1.1. L'hôpital comme terrain d'intervention.....</b>	<b>p. 3</b>
<b>1.2. Les structures d'urgences : développement et reconnaissance fragile d'une spécialité.....</b>	<b>p. 4</b>
<b>1.3. Le service des urgences de l'Hôpital X.....</b>	<b>p. 6</b>
<b>1.4. Le cadre de santé, intervenant interne.....</b>	<b>p. 8</b>
<b>1.5. De la commande universitaire à l'exploration de la demande.....</b>	<b>p. 9</b>
1.5.1. Une (auto) commande ajustée.....	p. 9
1.5.2. L'impasse.....	p. 9
1.5.3. Quand le drame fait entrer en jeu le travail réel : la rupture épistémologique.....	p. 10
<b>1.6. Les infirmiers(ères) d'accueil : contours d'une activité centrale.....</b>	<b>p. 12</b>
1.6.1. Être infirmier(ère) d'accueil en service d'urgences.....	p. 12
1.6.2. Se former à la fonction IAO : cadre législatif et recommandations professionnelles.....	p. 15
1.6.3. Les infirmières d'accueil du service des urgences de l'Hôpital X.....	p. 16
1.6.4. Modalités de développement des compétences des infirmières du service des urgences de l'Hôpital X.....	p. 19
<b>2. Méthodologie de l'intervention.....</b>	<b>p. 22</b>
<b>2.1. Aborder le travail par le développement, une stratégie d'adaptation au contexte ? .....</b>	<b>p. 22</b>
<b>2.2. Dimensions éthiques et épistémologiques de l'intervention.....</b>	<b>p. 26</b>
<b>2.3. Saisir le « kairos » .....</b>	<b>p. 28</b>
<b>2.4. Ancrages théoriques.....</b>	<b>p. 29</b>
<b>2.5. Différentes phases constitutives de l'intervention.....</b>	<b>p. 30</b>

<b>2.6. Constitution du collectif de professionnelles volontaires.....</b>	<b>p. 31</b>
<b>2.7. Déterminer ce qui fait problème, choisir les situations significatives..</b>	<b>p. 32</b>
<b>2.8. Méthodes engagées et professionnelles rencontrées.....</b>	<b>p. 36</b>
2.8.1. Autoconfrontations simples et croisées.....	p. 36
2.8.2. Entretiens d'instruction au sosie.....	p. 39
2.8.3. Difficultés communes aux deux méthodes.....	p. 40
<b>2.9. Analyse des données et retour vers le collectif.....</b>	<b>p. 41</b>
<b>3. Quelques éléments d'analyse du travail des infirmiers(ères) d'accueil en vue de la formation.....</b>	<b>p. 42</b>
<b>3.1. Eléments d'analyse du travail.....</b>	<b>p. 42</b>
3.1.1. Travail « à la chaîne » et complexité de l'activité.....	p. 42
3.1.2. Hiérarchisation des buts et confrontation des mondes.....	p. 46
3.1.3. Concepts organisateurs de l'activité.....	p. 51
a. Le risque patient.....	p. 51
b. Le « flux » .....	p. 51
c. L' « expérience de l'usager » .....	p. 52
d. La « peur » et sa conjuration.....	p. 53
3.1.4. Une reconnaissance en panne.....	p. 58
3.1.5. Souffrance éthique et dette sociale.....	p. 61
a. Rationaliser le mal.....	p. 62
b. « Tenir » au travail : responsabilité, don et dette sociale.....	p. 65
<b>3.2. Eléments d'ingénierie pédagogique.....</b>	<b>p. 67</b>
3.2.1. Quels développements proposer pour quels savoirs ? .....	p. 67
a. Articuler les savoirs.....	p. 68
b. Alors, comment apprendre ? .....	p. 70
3.2.4. L'ingénierie pédagogique proposée.....	p. 73

a. Articulation des actions de formation.....	p. 73
b. Les formations en situation de travail.....	p. 74
i. Modalités proposées.....	p. 74
ii. Particularités des phases de mise en situation .....	p. 76
iii. Particularités des phases d'observation.....	p. 77
3.2.5. Pour quels développements ? .....	p. 78
<b>4. Intervenir sur la vie des autres, intervenir sur soi.....</b>	<b>p. 82</b>
<b>4.1. Intervenir sur le collectif et les individus.....</b>	<b>p. 82</b>
4.1.1. Contribuer à l'activité déontique et à la construction de l'accord.....	p. 82
4.1.2. Contribuer à la construction d'une catachrèse de la peur.....	p. 84
4.1.3. « Etrangéfier » le réel.....	p. 85
4.1.4. Reconnaître.....	p. 86
<b>4.2. Intervenir sur soi : déplacement des représentations et mutations de l'activité managériale.....</b>	<b>p. 88</b>
4.2.1. La « fabrication » d'un cadre de santé.....	p. 89
4.2.2. Un management à la croisée des mondes communs.....	p. 90
4.2.3. De l'inconfort comme ressource.....	p. 91
4.2.4. Un choix.....	p. 94
<b>5. Vers une clinique managériale fondée sur le travail réel.....</b>	<b>p. 100</b>
<b>5.1. Quand les achoppements de l'intervention questionnent le management.....</b>	<b>p. 100</b>
<b>5.2. Se frayer un accès au réel de l'activité : souffrance, créativité, étonnement, prudence.....</b>	<b>p. 102</b>
<b>5.3. Pour une éthique du courage managérial.....</b>	<b>p. 106</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>p. 110</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>p. 114</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IAO** : Infirmier d'Accueil et d'Organisation de la prise en charge du patient, autrement appelé « **IOA** » : Infirmier Organisateur de l'Accueil, et appelé auparavant « Infirmier d'Accueil et d'Orientation »

**CESU** : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

**MAO** : Médecin d'Accueil et d'Orientation

**SAU** : Service d'Accueil des Urgences, autrement appelé « Structure des Urgences »

**SAUV** : Salle d'Accueil des Urgences Vitales, autrement appelé « SAS » ou « déchoquage »

**SFMU** : Société Française de Médecine d'Urgence, auparavant dénommée « Société Francophone de Médecine d'Urgence »

## NOTE AUX LECTEURS

Sauf précision contraire, le féminin sera utilisé pour les professionnelles infirmières et aides-soignantes du service X, eu égard à la proportion bien plus importante de femmes au sein de ces groupes professionnels.

Les extraits de verbatims des professionnelles sont notifiés en italique.



*« Cependant quel parti prendre, dira-t-on, quand les circonstances étaient défavorables à ce qu'on croyait la raison ?*

*Résister, toujours résister, et prendre son point d'appui en soi-même. »*

Madame De Staël. Considérations sur les principaux événements de la révolution française. 1818.

*« En vérité, la théorie morale paie très cher la division du travail avec une éthique qui est spécialisée dans les formes de la délibération existentielle sur soi-même. Elle brise par là en effet le lien qui seul fournit aux jugements moraux la motivation à agir comme il faut. Les intuitions morales n'obligent effectivement la volonté que dès l'instant où elles s'inscrivent dans une compréhension éthique de soi qui attèle le souci que l'on a de son propre bien-être à l'intérêt pour la justice. »*

Jürgen Habermas. L'avenir de la nature humaine : vers un eugénisme libéral ? 2002.

Former ? Ou intervenir ? Des interrogations, récurrentes au cours de l'histoire de la formation (place et fonctions de la formation, relation formateur - apprenant,...), émergent à nouveau, dans un contexte où les pouvoirs publics et la société donnent à la notion d'emploi une importance prépondérante, souvent au détriment d'un regard analytique et réflexif sur le travail. Jamais société n'aura pourtant autant parlé de souffrance au travail, de développement personnel, de nécessité d'adaptation du travail à ses acteurs. Dans ce contexte, nous verrons à quel point il est essentiel de repositionner la formation face à ses enjeux éthiques et politiques, en tant qu'intervention sur autrui, sur les organisations, et sur soi.

Car il s'agit ici de comprendre comment un dispositif, initialement pensé comme une formation à destination des infirmières d'accueil d'un service d'urgences, a pu constituer une intervention élargie, questionnant les professionnels, mais aussi leur organisation, tout en ouvrant de nouvelles alternatives. Cadre de santé, infirmier de formation initiale, j'ai ainsi mené, pendant plus d'une année, une intervention dans ma propre structure, auprès des infirmières y exerçant et à partir d'une demande forte des professionnels. Ce travail s'inscrit dans un moment traumatique pour le service et le collectif, un instant d'effraction dont le processus a montré toute la complexité. Mais il s'inscrit également dans la trajectoire individuelle d'un manager de santé dont le travail se trouvait déjà questionné quotidiennement par les mutations nombreuses des organisations, les évolutions techniques et des métiers, l'émergence de « nouveaux » « besoins » en compétences. Nous verrons comment l'intervention a pu bouleverser les représentations de l'intervenant, et, par là-même, le travail managérial.

Nous nous interrogerons sur la place d'un dispositif d'analyse du travail qui a constitué les fondements et la ressource pérenne de l'intervention, et pourrons en analyser quelques perspectives en tant qu'outil de transformation du rapport au travail et des représentations. Nous questionnerons en particulier les processus subjectifs vécus par l'intervenant et leur portée pour une refondation éthique du management des soins. A partir des théories de l'activité, c'est donc à une invitation à reconsidérer les subjectivités mises en œuvre au travail, celles des infirmières et de l'intervenant, que nous convions ici le lecteur, regardant et écoutant le travail tel qu'il se fait et les questions posées par le réel de l'activité.

Pour cela, nous nous proposons, en premier lieu, de contextualiser l'intervention, afin de mieux en comprendre les enjeux et dimensions professionnels, au sein d'un champ de la santé fortement bousculé. Nous aborderons également la posture singulière de l'intervenant interne - cadre de santé et les origines de l'intervention.

Puis nous traiterons des dimensions épistémologiques et des aspects méthodologiques du processus, ainsi que de l'enchâssement de ses méthodes d'analyse et de développement.

Une synthèse des éléments d'analyse du travail des infirmières d'accueil nous permettra ensuite de mieux en comprendre la centralité pour la formation-intervention menée à partir de et via cette analyse. Quelques éléments d'ingénierie pédagogique compléteront la description du dispositif mis en œuvre, au plus près de l'activité réelle.

Enfin, les deux dernières parties de ce texte tenteront d'aborder les déplacements instruits par l'intervention, tant chez les professionnelles que chez l'intervenant, afin d'en dégager des perspectives pour les collectifs et le management.

L'ensemble éprouvera ainsi la possibilité d'un rapprochement dialogique du management avec le travail réel, via la formation, l'intervention et l'analyse du travail, en vue de la construction d'alternatives opératrices de santé.

---

## 1. Aux sources d'une intervention interne dans un service d'urgences

---

### 1.1. L'hôpital comme terrain d'intervention

---

S'engager dans une intervention interne à l'hôpital demande à prendre une juste distance avec ce terrain d'enquête et d'action particulier, pris entre une dynamique servicielle qui fait son essence et des dynamiques d'optimisation financière dans lesquelles il s'engage depuis plusieurs décennies, plus ou moins contraint, avec plus ou moins de zèle. C'est se pencher sur un secteur où le Nouveau Management Public et ses outils (benchmarking, indicateurs de performance,...) prennent une place de plus en plus importante, afin de maîtriser les dépenses et optimiser la production de soins, tout en se confrontant aux spécificités d'un milieu qui en rejette bien souvent les principes, de manière plus ou moins raisonnée (Belorgey, 2010). Sociologues, psychologues du travail, ergonomes,..., ne s'y sont pas trompés : si l'hôpital est, comme tout lieu de travail, susceptible d'être confronté aux problématiques d'intensification, de rentabilisation, d'évaluation du travail, il n'est pas un lieu « comme un autre ». En particulier car il est ce lieu d'un travail spécifique, le travail de « care », défini comme « souci des autres – plus largement du vivant – réalisé à travers des activités concrètes, un travail » (Molinier, 2010a, p. 158-164). Source d'incompréhensions rituelles entre tenants d'une « logique gestionnaire » diabolisés et tenants d'une « utopie nécessaire » (id.), qui pourtant « participent à faire fonctionner [...] le système qu'ils dénoncent » (id.), cette spécificité fait de lui un lieu où les coopérations occupent une place majeure.

Nous ne pourrions pas ici revenir sur l'ensemble des évolutions structurelles connues par l'hôpital public depuis plusieurs décennies. Il paraît néanmoins important de situer notre intervention dans un contexte d'exercice spécifique : restrictions budgétaires progressives, prise en compte accrue des dépenses et des recettes par les professionnels du soin (disparition progressive du financement par dotation et place prépondérante de la tarification à l'activité depuis les années 2000), développement de méthodes managériales auparavant réservées au secteur privé, hausse des dispositifs d'appui, de contrôle et de certification (création d'agences nationales et d'organismes certificateurs), place accrue des usagers dans l'organisation et l'évaluation, promotion de la « culture du résultat » (HAS, 2019b), mais aussi majoration des expositions aux risques professionnels d'ordre psycho social (DARES, 2019) et multiplication des politiques dites de « Qualité de Vie au Travail » (Lecocq, Coton, Verdier, 2019). L'Hôpital public actuel, en parallèle de ses évolutions techniques et scientifiques, a donc connu plusieurs décennies de réformes successives dont la dernière, en 2019, fait encore l'objet de vifs débats et de contestations sociales à l'heure où ce document est écrit. Ainsi en « crise permanente », l'Hôpital ploie « sous le poids des attentes sociales et des

exigences politiques » (Juven, et al., 2019, p. 73). Il pourra ainsi être d'un grand intérêt de tenter de percevoir ce qui, dans la situation particulière de notre intervention, pourrait constituer « la métonymie d'une question sociale ou politique qu'elle prétend éclairer » (Ulmann, 2011, p. 218) et permettrait ainsi d'enrichir le regard porté sur l'Hôpital public.

## **1.2. Les structures d'urgences : développement et reconnaissance fragile d'une spécialité**

---

Au sein de structures hospitalières complexes et éclatées, les modalités de fonctionnement et le positionnement particulier des services d'urgence, à la porte des hôpitaux et en constituant « le véritable accueil » (Belorgey, 2010, p. 35), en font un « lieu d'observation privilégié des tensions, et donc de la confrontation entre les points de vue, d'une part des tutelles dans leur démarche réformatrice, d'autre part des soignants, au contact direct des patients » (id.).

Nés au début du XXème siècle, les services d'urgence ont initialement répondu aux mutations de l'organisation de la vie dans les métropoles, et non à une modification des besoins médicaux (Peneff, 2000). Ils ont ensuite progressivement rempli des missions politiques, puis ont constitué une réponse adaptée à la nécessité d'« un personnel spécialisé dans les interventions rapides » (id.). Devenant progressivement le « réceptacle des problèmes sociaux [...] (alcoolisme, drogue, [...] femmes battues,...) », et « ne bénéfici[ant] pas d'un grand prestige au sein de l'hôpital » (id., p. 64), leur ouverture permanente a progressivement attiré, depuis les années 1970-1980, de plus en plus d'usagers, confrontés aux mutations de la médecine de ville et attirés par l'accessibilité d'un lieu offrant un ensemble de soins techniques complet. Ainsi marqués par leur histoire, ces « espaces-dépôts » (Danet, et al., 2015, p. 139-144) restent pour beaucoup le lieu d'exercice de « sous médecins » (id.) urgentistes s'acquittant du « sale boulot non réalisé ailleurs » (id.), du fait de la multiplication des spécialités (la spécialité médicale dédiée n'a été officiellement reconnue qu'en 2015 par la création d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées) et d'une tarification défavorable à de nombreux motifs de recours.

709 structures d'urgences, dont 76% publiques, maillaient cependant le territoire métropolitain et les Départements et Régions d'Outre-Mer en 2018 (DREES, 2020). 21,8 millions d'usagers y étaient accueillis par an, avec une augmentation annuelle moyenne de 3,6% depuis 1996 en France métropolitaine (id.). Les structures d'urgences occupent ainsi une place centrale au cœur du système de santé français actuel, bien qu'encore peu reconnue par la communauté hospitalière. Les travaux réalisés par la société savante de la spécialité (Société Française de Médecine d'Urgence) depuis de nombreuses années, ainsi que la place médiatique importante

des services d'urgence lors d'évènements sanitaires majeurs (canicule de 2003, attentats de 2015,...) favorisent néanmoins leur reconnaissance progressive et leur éloignement d'un historique « modèle compassionnel et social que la professionnalisation médicale avait souhaité mettre de côté » (Danet, et al., 2015, p. 147). Notons également qu'à l'inverse d'autres spécialités, les services d'urgence ne font pas l'objet d'effectifs réglementés : seul un référentiel porté par l'association professionnelle syndicale SAMU Urgences de France développe des recommandations par tranches d'activité (SUdF, 2011).

En avril 2019, alors que l'intervention qui fait l'objet de cet écrit était engagée, un mouvement social inédit (Béguin, 2019) s'est développé à partir d'un des services d'urgence du groupement d'hôpitaux auquel appartient l'Hôpital X, à la suite de l'agression violente de plusieurs soignants. Ce mouvement de grève, à l'initiative de soignants se fédérant en association et se démarquant des organisations syndicales classiques, s'est rapidement étendu à un nombre important de services d'urgence franciliens puis à l'ensemble de la métropole. Les revendications portaient principalement sur une reconnaissance financière et statutaire des spécificités du travail soignant aux urgences, des augmentations d'effectifs non médicaux et médicaux, l'arrêt des fermetures de lits d'aval. Les soignants impliqués exprimaient une souffrance liée aux conditions de travail du personnel et aux conditions d'accueil des patients. Plusieurs propositions, par l'intermédiaire de plans budgétaires et d'action, ont été faites depuis par les pouvoirs publics<sup>1</sup>, principalement en termes de reconnaissance financière mais également d'évolution des métiers (pratique avancée infirmière spécifique au domaine « urgences », coopérations entre professionnels de santé,...). Ces propositions ne satisfaisant pas le collectif de soignants à l'initiative du mouvement, ce dernier poursuit encore à l'heure actuelle ses actions, après plus d'une année de grève. Par ailleurs, un mouvement d'ampleur, portant sur l'ensemble des hôpitaux publics, s'est développé depuis septembre 2019, s'inspirant et s'accordant en grande partie aux messages et actions portés par le collectif « inter urgences ». Nous le verrons, ce contexte social n'a bien évidemment pas été sans conséquences sur l'intervention et ses enseignements. C'est par ailleurs sur ce terreau complexe qu'est venue se greffer une des plus graves crises sanitaires qu'ait vécu la France contemporaine.

---

<sup>1</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé. Pacte de refondation des urgences. 9 septembre 2019. En ligne : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/\\_urgences\\_dp\\_septembre\\_2019.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf) [consulté le 14 mai 2020]

### 1.3. Le service des urgences de l'Hôpital X

---

Le service des urgences générales de l'Hôpital X est un des services d'urgence les plus importants d'Ile-de-France en nombre de passages (plus de 80 000 passages par an en 2018, urgences spécialisées incluses). Il appartient à un groupement d'hôpitaux publics franciliens disposant de Services et Directions centralisés. Situé à proximité d'une grande gare ferroviaire, il accueille des patients d'origines socio-économiques variées, avec un taux de précarité important, impactant le type de recours aux soins. Son activité présente une augmentation annuelle stable de 3 à 4% par an.

Le service prend en charge des patients pour des urgences médicales, chirurgicales et spécialisées (oto-rhino-laryngologie, céphalées). Il est composé de 7 secteurs différents s'étendant sur une superficie de plus de 800 m<sup>2</sup>, dont une zone d'accueil et d'orientation, une zone de prise en charge des urgences vitales, plusieurs zones de prise en charge des patients « stables », une zone d'hospitalisation de courte durée.

Étaient affectés au sein du service début 2019 : 24 médecins, 77 infirmiers(ères) Diplômés d'Etat, 61 aides-soignant(e)s et agents hospitaliers, des secrétaires médicales et des assistantes sociales, 4 cadres de santé pour la « grande équipe » (journée), l'encadrement de nuit étant assuré par une coordination comprenant deux cadres référents pour le service des urgences. Ces effectifs médicaux et non médicaux étaient nettement inférieurs aux recommandations émises par l'association syndicale SAMU Urgences de France (SUdF, 2011).

Chaque infirmière et chaque aide-soignante était pré affectée quotidiennement à un des secteurs du service, via une répartition effectuée par les soignantes elles-mêmes, puis contrôlée et si besoin réajustée par l'encadrement du service. Les soignantes changeaient ainsi de secteur tous les jours. Face à des problèmes d'intégration des nouveaux professionnels début 2018, l'encadrement paramédical avait fait le choix d'interdire les échanges de secteur entre professionnels, afin de « favoriser la mixité expérientielle des équipes ». Le dossier médical et soignant du patient était entièrement informatisé au sein d'un logiciel dénommé UrQual® (pour « Urgences Qualité »).

Confronté à une augmentation importante et constante d'activité dans des locaux contraints (construits en 1993 sur une base d'activité inférieure) avec un effectif considéré par de nombreux personnels médicaux et paramédicaux comme insuffisant, le service des urgences présentait des délais d'attente médicaux importants. Un plan d'action mené par l'Institution à laquelle appartient le service entre 2015 et 2018 n'avait que peu porté ses fruits en matière de

réduction des temps de passage (indicateur porté comme « majeur » par la Direction centrale), malgré une réorganisation importante de ses secteurs et de ses flux. Le service, à l'instar de beaucoup de services d'urgence de France (DGOS, 2018), faisait également l'objet de manifestations fréquentes et importantes d'incivilités, agressions verbales et physiques envers le personnel, de la part de patients et d'accompagnants. Ces manifestations étaient majoritairement constatées à l'accueil du service.

Comme toute structure hospitalière, le service était soumis à diverses exigences croissantes en matière de qualité et de sécurité des soins. Le Groupe Hospitalier dont il faisait partie avait été certifié avec recommandations d'amélioration (aucune ne portant spécifiquement sur le service des urgences) par la Haute Autorité de Santé en juillet 2017. Un suivi régulier des réclamations était effectué par la Direction des Usagers du site en collaboration avec l'encadrement du service : ces réclamations étaient fréquentes et portaient pour une part importante sur la qualité de l'accueil, les conditions de séjour et le temps d'attente.

De nombreuses soignantes, infirmières et aides-soignantes, du service, travaillant principalement de nuit, étaient à l'initiative du mouvement « inter urgences » national débuté, comme nous l'avons vu, en avril 2019. Le service connaissait en effet depuis l'été 2018 un mouvement social local à l'initiative du personnel non médical, suite à des hausses d'activité importantes et à des agressions violentes envers le personnel (jet d'un cocktail molotov,...). Ce mouvement portait sur différentes revendications (augmentation des effectifs infirmiers, aides-soignants et médicaux, travaux de sécurisation et renfort des effectifs de sécurité, formations à la prise en charge de l'agressivité,...) et relevait des difficultés à assurer des prises en charge sécurisées et de qualité. De nombreux personnels exprimaient ainsi ce qu'ils dénommaient un phénomène collectif de « *souffrance au travail* ». Ce mouvement avait fait l'objet d'échanges et négociations avec les Directions locale et centrale et mené à la création de trois postes infirmiers de nuit ainsi qu'à un certain nombre d'actions faisant l'objet d'un plan de suivi : travaux de sécurisation des locaux, modalités d'accueil des accompagnants, aide à la prise en charge des patients précaires,... De nombreuses actions très médiatisées ont été réalisées en 2019 par le collectif de soignants, dont un certain nombre au sein du service des urgences de l'hôpital X. La grève des services d'urgence était ainsi, pendant l'intervention, très suivie par une des deux équipes de nuit (90% de grévistes), mais s'étiolait en journée et sur le second roulement de nuit (environ 10% de grévistes, principalement infirmiers). Les personnels grévistes du service étaient très impliqués dans le mouvement, y compris sur un plan médiatique. Le service faisait l'objet depuis avril d'un affichage très visible dans l'ensemble de ses locaux avec des messages tels que « *Donnez-nous les moyens d'être(s) humains* », « *Reconnaissance de la spécificité du travail aux urgences* », « *Incivilités*



*quotidiennes, impatience, impolitesse* », « *Moyens humains insuffisants* ». Ces revendications sont, tout le long de l'intervention, entrées en résonnance avec les propos échangés avec les soignantes lors des séquences de retour sur l'analyse du travail, sans pour autant monopoliser les discours et empêcher les débats.

#### **1.4. Le cadre de santé, intervenant interne**

---

Être cadre de santé responsable d'une unité de soins engage à devoir, de manière récurrente, établir un diagnostic de situation, de manière individuelle ou collective ; puis à engager des ressources dans différentes actions en aménageant les marges de manœuvre nécessaires. Nombre de ces projets sont demandés au cadre de santé de manière descendante et sous forme d'injonctions, à partir de diagnostics externes (visites de certification, audits institutionnels, reportings statistiques,...), avec une méthodologie plus ou moins guidée ou imposée, laissant des marges de manœuvre souvent réduites aux acteurs des transformations. Néanmoins, à différentes échelles, le cadre de santé, au regard des buts qui lui sont assignés ou qu'il s'assigne, s'empare également par lui-même, comme tout travailleur, de problématiques diverses et tente de les résoudre dans le contexte qui lui est donné, avec les moyens qui lui sont offerts, mais qu'il peut également tenter de moduler.

Ces « auto-commandes » sont néanmoins souvent pourvues d'une forme de demande initiale, au sens d'« acte par lequel on fait connaître à quelqu'un ce qu'on désire obtenir de lui [, appelant] cet autre à répondre » (Michelot, 2016, p. 341). C'est en ce sens que nous serons amenés ici à parler d'« intervention », comme « transform[ation de] la situation [...] en transformant l'un ou / et l'autre de ses composants, à savoir le ou les sujets, ou / et l'environnement » (Leplat, 2017, p. 17). Toute action managériale ne peut, sous cette acception, être entendue comme intervention. C'est parce qu'elle « répond à des buts et des conditions fixées par celui qui la demande » (id.) que ce type d'action sera nommée ici « intervention », et c'est ainsi que s'est engagée, comme nous le verrons, ma propre intervention interne, au sein de ma structure d'exercice.

Infirmier de formation, cadre de santé au sein du service des urgences X depuis 8 ans en début d'intervention et y ayant exercé auparavant pendant plusieurs années en tant qu'infirmier, ma position était d'emblée singulière. Je disposais à la fois d'une expérience personnelle du travail réel me permettant de penser accéder plus facilement aux « ficelles du métier », mais également d'une expertise dans le champ des soins d'urgence qui m'avait conduit à collaborer à l'écriture de plusieurs référentiels d'activité, protocoles et recommandations. J'avais ainsi pu, au cours de ma carrière, fonder ma légitimité de prescripteur du travail sur une expérience de celui-ci, et sur la connaissance de son

environnement réglementaire, légal, normatif. Ma fonction de formateur auprès d'infirmières débutant dans le champ de l'urgence venait alors consolider et verrouiller un socle de savoirs présenté comme pragmatique, « en acte », construit dans l'action (Pastré, 2018), et dont nous verrons que la confrontation avec le travail réel l'a bouleversé.

## **1.5. De la commande universitaire à l'exploration de la demande**

---

### **1.5.1. Une (auto) commande ajustée**

Explorant, dans le contexte universitaire qui était le mien, les possibilités d'interventions associant analyse du travail et développement des compétences, mes premières recherches me guidèrent vers des projets qui paraissaient répondre aux critères exposés et présenter un caractère de faisabilité organisationnelle et personnelle : travailler sur les représentations et les comportements de prévention et de gestion de la violence, ou sur la préparation des personnels soignants aux situations sanitaires exceptionnelles (attentats, catastrophes industrielles,...). La commande universitaire semblait donc pouvoir rencontrer celle de l'institution, les deux projets étant soit d'ores et déjà engagés, soit fortement soutenus par la réglementation ou le projet d'établissement. Ils reposaient également sur des parcours pédagogiques incluant des dispositifs de simulation (« serious game », « patient standardisé »,...) jugés potentiellement novateurs et répondant au public ciblé. Ainsi, les interventions paraissaient au cadre de santé – pédagogue que j'étais, constituer de réelles opportunités de satisfaire non seulement aux critères universitaires et institutionnels, mais également à un « besoin » de formation des équipes de la structure, présenté comme « un manque, une carence » (Michelot, 2016, p. 342). Ma propre position d'expertise et celle de l'institution en validaient de manière externe la pertinence. La démarche n'avait, pour le moment, pas ou peu fait l'objet d'échanges avec les soignantes, mis à part celles qui, en position de référentes dans les domaines cités, pouvaient se positionner en expertes des besoins de leurs collègues.

### **1.5.2. L'impasse**

Nous le savons, une formation « comporte toujours une dimension intervenante, dont les conséquences portent directement sur l'activité des personnes (ce n'est plus pareil pour elles après la formation) » (Ulmann, 2018, p. 171). On ne peut ainsi se former à l'intervention et à l'analyse du travail, objets principaux de l'enseignement universitaire suivi pendant l'intervention, sans se confronter « à son propre rapport au savoir » (id.). Ce processus est

donc complexe et dépendant des représentations antérieures, puisqu'« il n'est pas évident de réfuter directement un savoir préalable [...] en liaison avec une structure cohérente plus vaste, celle de la pensée de l'apprenant, qui porte en elle sa logique et ses systèmes de significations propres » (André Giordan et Gérard de Vecchi, cités dans Bourgeois, Nizet, 2005, p. 98). C'est donc avec un regard progressivement déplacé et intéressé par le travail réel et ses dilemmes que j'ai pu explorer les deux projets d'intervention initiaux. En premier lieu, les modalités pédagogiques proposées, fondées sur la simulation, se trouvaient questionnées par leur difficulté à rendre compte de la complexité des situations réelles engagées. Ce questionnement bouleversait l'analyse initiale, qui paraissait a posteriori plus attachée à l'innovation de ses méthodes qu'à la mise en œuvre d'actions adaptées à la demande. Par ailleurs, si l'un des projets (portant sur les situations sanitaires exceptionnelles) paraissait éloigné des problématiques quotidiennes et aiguës du travail réel<sup>2</sup>, l'autre (les situations d'agressivité) entraînait en contradiction avec une volonté institutionnelle de réponse rapide et massive (en taux de personnels formés) à une demande des organisations syndicales faisant suite à un conflit social. Les conditions ne semblaient ainsi plus permettre le déploiement serein d'un dispositif d'intervention construit sur l'activité.

### **1.5.3. Quand le drame fait entrer en jeu le travail réel : la rupture épistémologique**

C'est alors seulement qu'il semble que le contexte social et médiatique ait pu entrer en résonance avec l'intervention, une fois l'intervenant mis dans l'impasse. C'est en effet alors que le mouvement entamé à l'été 2018 se poursuivait et que je portais progressivement un regard différent sur le travail, que survint le décès, au cours d'une nuit de décembre 2018, d'une patiente au sein de la salle d'attente du service, plusieurs heures après son passage auprès de l'infirmière de tri. Ce type d'évènement, que le Code de la Santé Publique classe en « Evènement Indésirable Grave associé à des Soins » (EIGS), « événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent [...] »<sup>3</sup>, n'est pas rare en médecine d'urgence (INVS, 2012). Néanmoins, les circonstances de ce drame mirent à jour de nombreux dysfonctionnements dans la réalisation des procédures de soins et de surveillance, amplifiés par une exposition médiatique peu habituelle liée aux particularités du décès et à son lieu de survenue. Une enquête judiciaire, toujours en cours, fut mise en œuvre, et une mission menée conjointement par la Direction centrale de l'institution et l'Agence Régionale de Santé conduisit à des recommandations

---

<sup>2</sup> Rappelons que l'intervention s'est déroulée en amont de la crise sanitaire liée à l'émergence du virus SARS-CoV-2

<sup>3</sup> Article R1413-67 du Code de la Santé Publique

adressées au service en janvier 2019, objets d'un plan d'action important : augmentation et répartition des effectifs, modalités de surveillance de la salle d'attente, réorganisation des circuits patients, travaux portant sur la zone d'accueil et la salle d'attente,...

Quelques jours après ce décès, je suis amené à échanger brièvement avec une infirmière, que nous dénommerons Mathilde, en poste à l' « IAO » (Infirmière d'Accueil et d'Organisation), et donc réglementairement en responsabilité du tri des patients arrivants et de la surveillance des patients en salle d'attente (lieu du décès). Alors que sa journée de travail se termine, nous échangeons sur les mesures discutées avec la Direction en réaction à l'évènement. C'est, alors que je ressens son émotion face à ces échanges et que je la sollicite pour en discuter avec moi, qu'elle m'exprime, dans un coin de couloir, sa colère et sa grande difficulté à devoir assumer une tâche qu'elle considère comme impossible. Comment éviter qu'un nouveau drame ne survienne, face à un flux de patients ininterrompu, à une tâche de triage complexe et à une salle d'attente suroccupée ? Elle dit travailler « *la peur au ventre* ». Face à cette verbalisation d'une incapacité à agir, le cadre de santé que j'étais n'a pu que ressentir une incapacité en retour à y répondre. Ancien infirmier du service, ayant eu moi-même à y endosser ce rôle complexe, formateur à la fonction IAO, principal auteur des procédures de soins jugées ici impossibles à mettre en œuvre et occupant une position d'expert dans la communauté scientifique, je me retrouvais face à une réelle « rupture épistémologique », confrontant mes représentations antérieures aux connaissances en actes qui m'étaient exposées dans toute leur subjectivité, avec violence et émotion.

Me pencher sur le travail réel de ces professionnels, que je ne comprenais plus malgré mon expérience et ma connaissance de la tâche, me devenait nécessaire. Positionné sur le devant de la scène par une mise en défaut, leur travail ne pouvait pas être laissé en l'état par le cadre de santé que j'étais, au regard des responsabilités qui m'étaient assignées, mais aussi et peut-être surtout de la capacité de cette situation à « ébranler l'édifice de [mes] savoirs familiers » (Bourgeois, Nizet, 2005, p. 124).

Tentons, pour le moment et avant d'en exposer les fragilités, de faire l'inventaire synthétique de ces savoirs antérieurs sur la fonction spécifique de ces infirmières d'accueil.

## 1.6. Les infirmiers(ères) d'accueil : contours d'une activité centrale

---

### 1.6.1. Être infirmier(ère) d'accueil en service d'urgences

La fonction d'Infirmier(ère) d'Accueil et d'Organisation ne peut bien évidemment pas être dissociée de la fonction infirmière dans son acception générale, même si elle occupe une place à part dans une organisation hospitalière très hiérarchisée. En ce sens, les IAO répondent aux mêmes obligations et responsabilités que l'ensemble de leurs collègues. Dotée d'un Diplôme d'Etat et essentiellement féminine, la fonction d'infirmière « a longtemps été limitée à l'exécution docile des prescriptions du médecin, même si ses tâches se sont complexifiées et diversifiées sous l'effet de l'évolution des techniques médicales et chirurgicales » (Arborio, Divay, 2018, p. 29). Ce n'est ainsi qu'en 1978 que la loi reconnaît aux infirmières un « rôle propre »<sup>4</sup>, et qu'en 1991 qu'elle s'inscrit dans une hiérarchie indépendante<sup>5</sup>. Leur formation, fondée sur une alternance de périodes en institut de formation et de stages professionnels, s'« universitarise » en 2009, valorisée par l'attribution d'un grade de licence<sup>6</sup>. Elle reste néanmoins très réglementée, voyant ses actes autorisés listés au sein du Code de la Santé Publique en trois catégories principales<sup>7</sup> : actes relevant de son rôle propre, réalisables en autonomie (actes majoritaires au poste IAO) ; actes en application d'une prescription médicale ou d'un protocole écrit ; actes sur prescription médicale à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment. Cette liste limitative, faisant l'objet d'évolutions acte par acte au fil des décennies, est au cœur d'enjeux professionnels importants, principalement entre corps infirmier et corps médical, le concept de « sale boulot » utilisé par les sociologues depuis Hugues (Dubar, Tripier et Boussard, 2015) étant encore très éclairant. La profession est également dotée depuis 2006 d'un Ordre National<sup>8</sup> contesté et depuis 2016 d'un Code de déontologie<sup>9</sup>.

Malgré son autonomisation progressive et son caractère essentiel au sein du champ hospitalier, la profession peine à fidéliser dans certaines régions et certaines structures (Roux, 2019 ; ORS IdF, 2018), même si elle présente peu de problèmes d'insertion professionnelle pour ses nouveaux diplômés (DREES, 2019). Après une phase de pénurie dans les années

---

<sup>4</sup> Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L. 473, L. 475 et L. 476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière et l'article L. 372 de ce code, relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin.

<sup>5</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

<sup>6</sup> Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

<sup>7</sup> Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

<sup>8</sup> Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.

<sup>9</sup> Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers.

2000, les tensions sur le marché du travail infirmier se sont apaisées, mais des services restent peu attractifs (les services d'urgence, selon leur localisation, en font souvent partie) (id.). Par ailleurs, certaines régions, dont l'Île de France en particulier, font l'objet de départs de professionnels vers la Province après un temps d'exercice court (id.). La spécialité d'Infirmier(ère) en Pratique Avancée<sup>10</sup>, dont la voie d'universitarisation a été ouverte en France en 2018 (grade de Master) représente ainsi pour certains une perspective intéressante pour le métier. Elle ne devrait néanmoins concerner les soins d'urgence qu'à partir de 2022 (sortie de formation), sous des modalités qui restent à définir.

Une majorité de services d'urgence en France (75% en 2013. DREES, 2015) comprend parmi ses postes de travail plusieurs postes d'Infirmier(ère) d'Accueil et d'Organisation de la prise en charge du patient (IAO), autrement appelé Infirmier(ère) Organisateur(trice) de l'Accueil (IOA). C'est dans les années 1980 qu'un triage initial infirmier est progressivement organisé dans les structures d'urgences françaises, en réponse à une augmentation des flux d'entrée et à une gestion difficile des priorités. La fonction d'infirmier(ère) d'accueil, d'abord informelle, se structure et s'organise, puis se voit encadrée par une première circulaire en 1991<sup>11</sup>. Cette dernière propose un positionnement stratégique de la fonction, puisque tous les patients, hormis ceux acheminés par Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation, sont adressés à cet infirmier(ère), posté(e) généralement à l'accueil du service. Ses missions sont énoncées : accueil et information du patient et de ses accompagnants ; orientation vers le secteur approprié après avis médical ou sur protocole d'orientation ; surveillance régulière de la salle d'attente. On parle dès lors d'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO). Des formations spécifiques sont mises en place, des fiches de poste travaillées. Malgré cette avancée, une double insatisfaction demeure : celle des usagers, liée aux délais d'attente entraînant agressivité et violence, et celle des professionnels infirmiers dont les objectifs de prise en charge personnalisée, de gestion du tri et de sécurité ne sont pas suffisamment atteints.

En 2004, la Société Francophone de Médecine d'Urgence rédige un premier référentiel sur la fonction (SFMU, 2004), précisant missions, conditions d'exercice, formation et évaluation. Ce travail est l'occasion pour la société savante de préciser ses attentes : relevant d'une prérogative exclusivement médicale, le terme d'« orientation » (décision de retour à domicile, transfert vers une structure extérieure, hospitalisation,...) est remplacé par celui d'« organisation » et la fonction dénommée « Infirmier(ère) Organisateur(trice) de l'Accueil (IOA) ». Ce point de sémantique est repris par le législateur en 2006<sup>12</sup>, dans un article

---

<sup>10</sup> Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

<sup>11</sup> Circulaire du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements de santé

<sup>12</sup> Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence

court mais riche d'enseignements : « Lorsque l'activité de la structure des urgences le justifie, l'équipe comprend en outre un infirmier assurant une fonction d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient. Cet infirmier met en œuvre, par délégation du médecin présent dans la structure, les protocoles d'orientation et coordonne la prise en charge du patient, le cas échéant jusqu'à l'hospitalisation de ce dernier. ». Cet « Infirmier d'Accueil et d'Organisation de la prise en charge du patient » se voit donc occuper un poste disposant d'une mission organisationnelle centrale, mais non obligatoire, puisque se justifiant selon l'activité.

Même si chaque structure est amenée à adapter à son contexte et à ses besoins les tâches attribuées aux IAO, ces dernières ont donc les principales missions communes suivantes (SFMU, 2004) :

- Accueillir le patient et ses proches, les informer, les rassurer.
- Mener un entretien d'accueil, observer le patient et recueillir les paramètres vitaux nécessaires à la décision.
- Attribuer un secteur d'orientation au patient au sein de la structure et un niveau de tri (le plus souvent sur une échelle de 5 niveaux). Pour cette mission il peut être aidé d'un Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) et/ou de grilles de tri.
- Assurer les premiers soins, installer le patient « en fonction de ses besoins ».
- Surveiller « régulièrement » la salle d'attente.

Un référentiel de compétences de l'Infirmier en Médecine d'Urgence (SFMU, 2008) et des « Recommandations Formalisées d'Experts » sur le triage en structure des urgences (SFMU, 2013) viennent parachever la structuration de la fonction, s'appuyant sur diverses études scientifiques de niveaux variables (principalement nord-américaines), ayant pour objet d'évaluer la pertinence et l'efficacité de tels postes. La fonction organisationnelle de l'IAO, associée à sa mission de tri selon la gravité des symptômes du patient, a en effet pu démontrer son efficacité (SFMU, 2013) : prise en charge rapide des malades les plus graves, réduction de la charge globale en soins, amélioration de la satisfaction patient, diminution des sorties prématurées (Steiner et al., 2009). Néanmoins il n'est pas formellement établi que le triage infirmier réduise la morbi-mortalité, et son impact sur les délais d'attente a été évalué comme faible ou nul (id.).

La fonction IAO s'est ainsi vue progressivement précisée et encadrée par un nombre conséquent de textes aboutissant à une normativité très forte. Conditions d'exercice, rythme et outils de travail sont fortement imposés ou recommandés aux différentes structures d'urgences, qui bien souvent en extraient un caractère d'opposabilité. Infirmière dédiée et

« formée », délais avant consultation ne devant pas excéder 30 minutes, temps maximum de triage de 10 minutes, échelles de tri, indicateurs qualité,... : ces éléments, connus des encadrants (médecins, cadres de santé,...) et de beaucoup de professionnels soignants, guident quotidiennement une activité au pilotage facilité par l'informatisation maintenant systématisée du dossier médical. Ceci paraît d'autant plus important à considérer que la fonction est valorisée par les infirmières et le milieu de l'urgence comme une fonction demandant expertise et autonomie décisionnelle, certains y voyant un argument de spécialisation, sur le modèle des autres spécialités offertes par la profession (bloc opératoire, puériculture, anesthésie, pratiques avancées) (Jezequel, 2018).

### **1.6.2. Se former à la fonction IAO : cadre législatif et recommandations professionnelles**

Aucun texte législatif n'encadre la formation à la fonction d'IAO. Néanmoins la Société Française de Médecine d'Urgence émet diverses recommandations dont l'application est très variable dans les services d'urgences français : « ancienneté aux urgences idéalement d'un an, au minimum de 6 mois » (SFMU, 2013), prérequis (connaissance des textes législatifs et des outils de tri, des structures hospitalières et extrahospitalières, formation interne, protocoles et outils locaux,...), formation spécifique fortement recommandée, quelques études semblent montrer que la qualité et le temps de formation impactent la qualité du tri (Kriengsoontornkij et al., 2010). Le référentiel IOA (SFMU, 2004) recommande une formation de type stage, trois axes de formation étant énoncés : sciences humaines (techniques de communication, gestion du stress,...), soins infirmiers en situation d'urgence et spécificités IAO (processus de triage), cadre législatif et aspects médico sociaux. Les méthodes pédagogiques recommandées sont d'ordre constructivistes et socioconstructivistes, basées sur des cas concrets proches de la pratique quotidienne. Des simulateurs informatisés, des kits de scénarios papier peuvent également être proposés. Le référentiel IOA 2019, en cours d'écriture par la SFMU et auquel nous avons eu accès, semble être dans le prolongement de celui de 2004, faisant reposer principalement la formation sur un stage suivi d'un accompagnement au poste de travail par une IAO expérimentée. Aucune certification n'existe pour la fonction. L'évaluation de la formation, en plus d'outils type questionnaires de satisfaction, se base idéalement sur un faisceau d'indices qualitatifs et quantitatifs (temps d'attente, taux de sur- ou sous-triage,...) (SFMU, 2004).

Malgré la forte structuration de ces recommandations, le nombre d'infirmières formées spécifiquement à la fonction reste faible et disparate, très dépendant de la structure (Demontoux, Paillard, 2013). La formation en stage n'est ainsi considérée comme obligatoire avant la prise de poste des infirmières à l'IAO que pour 30% des établissements. Par ailleurs,



les temps de présence minimum dans le service, avant d'assurer le poste IAO, varient fortement : ils sont en général de 6, 12 ou 24 mois selon les services, 60% des structures ayant établi une limite inférieure à un an de présence (id.). Une part importante des infirmières bénéficie d'une formation mixte, alliant formation interne et formation externe, sur une durée moyenne de formation de 2 à 6 jours. Les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence sont généralement respectées en termes de contenu, avec toutefois de fortes variabilités sur les apports en sciences humaines (id.). Les dispositifs tutoraux ou de type compagnonnage, mis en place dans les services en complément de la formation en stage, paraissent disposer d'une place importante.

### 1.6.3. Les infirmières d'accueil du service des urgences de l'Hôpital X

Comme un grand nombre de services hospitaliers franciliens, les infirmières diplômées d'Etat travaillant au sein du service des urgences de l'Hôpital X en 2019 étaient plutôt jeunes (entre 20 et 40 ans en moyenne) et occupaient majoritairement leur premier poste après Diplôme (82% en janvier 2019). Le service était pour toutes un choix volontaire d'affectation, selon des motifs variés : diversité des pathologies rencontrées et des activités de travail, représentation d'un travail non monotone et sans prévisibilité, appétence pour les soins d'urgence, richesse des histoires de vie des patients rencontrés,...

L'expérience professionnelle moyenne des infirmières au sein du service était en janvier 2019 de 4 ans, avec une différence significative entre le jour - 44 mois – et la nuit – 55 mois, et un temps d'exercice maximum de 17 ans. Avec une durée moyenne d'emploi (calculée à partir des données de tous les départs réalisés entre 2014 et 2018) de 4 ans entre la prise de poste et le départ des infirmières, le turn over (moyenne annuelle du nombre de départs et du nombre d'arrivées, rapportée aux effectifs totaux en début d'année) était important, sans néanmoins de possibilité de comparaison avec d'autres structures du même type en Ile-de-France, faute de données : 24,3% en 2018 (29,3% de jour, 16,1% de nuit). Ce chiffre présentait des variations depuis 2014, avec un pic à 28,4% en 2016.

La fonction IAO était mise en œuvre dans le service depuis son ouverture dans les années 1990. Néanmoins elle avait fait l'objet de beaucoup d'évolutions portant sur l'organisation de la fonction, les missions qui lui sont dévolues, les tâches et procédures afférentes, et les modalités de collaboration avec le Médecin d'Accueil et d'Orientation :

- Augmentation globale importante des tâches prescrites : mise en place d'une grille de tri de gravité et d'une fiche de poste, formalisation de protocoles (douleur, réalisation

des électrocardiogrammes) et procédures (inscription, paramètres vitaux à relever, surveillance de la salle d'attente,...),... J'avais piloté la grande majorité de ces formalisations.

- Augmentation du nombre et de la complexité des tâches : systématisation du relevé de certains paramètres vitaux, réalisation de tests rapides diagnostics, transport du patient dans certains secteurs éloignés,...
- Informatisation du dossier patient.
- Augmentation du nombre de box de soins.
- Réorganisation progressive des effectifs et des postes induisant un travail des IAO sans aides-soignantes en box, professionnelles présentes auparavant en soutien sur certaines plages horaires.
- Communication jugée globalement plus assertive entre personnels non médicaux et médicaux depuis une dizaine d'années sous l'impulsion d'un nouveau chef de service, mais encore très dépendante des individualités.
- Réorganisation des circuits patients impactant le tri des infirmières. Le service était en effet passé en avril 2017, pour les patients relevant de soins non critiques et non spécialisés :
  - d'une logique historique d'orientation selon le processus physiologique du motif de recours : traumatismes et plaies dans le secteur « Trauma », autres processus médicaux dans le secteur « Médecine »,
  - à une logique organisationnelle : secteurs « court » ou « long », selon le nombre et le type de soins sur prescription (ou « ressources ») que l'IAO évaluait comme « à réaliser » chez un patient donné.

L'ensemble se situait, comme exposé ci-dessus, dans un contexte global d'augmentation continue de l'activité avec augmentation des effectifs IAO sur certaines plages horaires, mais non sur l'ensemble du nyctémère.

Au premier semestre 2019, deux à trois infirmières étaient ainsi postées à l'IAO en continu, selon les horaires de travail et les jours de la semaine. La zone d'accueil comportait une borne d'accueil soignante et administrative, 3 box d'accueil et d'orientation pour les infirmières d'accueil, un box pour le Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) et une salle d'attente. Cette salle d'attente accueillait les patients et un de leurs accompagnants après leur orientation par l'IAO vers un des secteurs des urgences et pouvait accueillir les patients en attente d'autres secteurs quand ces derniers étaient entièrement occupés.

Après le décès de la patiente en salle d'attente en décembre 2018, la Direction locale, en accord avec la Direction centrale de l'institution, avait mis en place un nouveau poste d'aide-soignante de nuit sur des missions exclusives de surveillance et d'accompagnement des patients et accompagnants en salle d'attente.

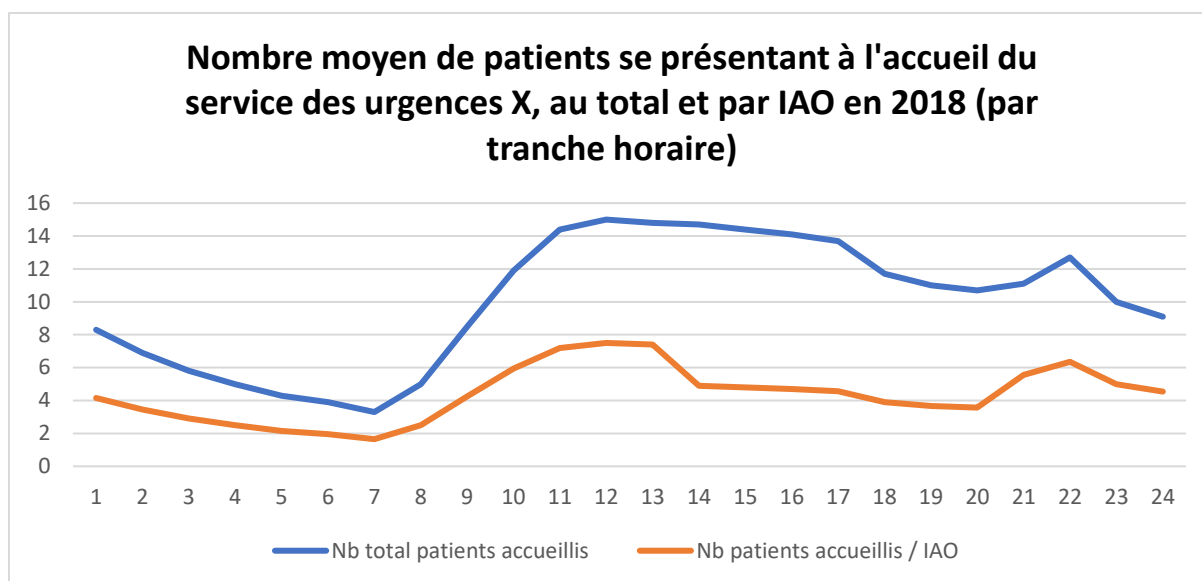
Les IAO avaient pour mission principale d'évaluer l'ensemble des patients accueillis au sein du service (hormis ceux arrivés via des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation), qu'elles étaient les premières à examiner après leur inscription administrative. Elles avaient à disposition l'ensemble du matériel nécessaire à l'examen clinique du patient et la mesure des paramètres vitaux, ainsi que l'ensemble des procédures de tri et protocoles de soins, affichés à l'intérieur de chaque box et à disposition sous forme informatique.

Les infirmières postées à l'IAO l'étaient pour l'ensemble de leur plage horaire de travail quotidienne (7h30 ou 7h36 en journée, 10h la nuit), avec une pause de 30 minutes théorique. Les infirmières habilitées au poste IAO (voir infra) y travaillaient en moyenne 25% de leurs journées de travail, sur des journées complètes.

Le temps d'attente moyen avant prise en charge par l'IAO était de 16 minutes (données 2018), avec néanmoins des extrêmes ponctuels à plus d'une heure, ce qui dépassait le délai de 30 minutes estimé comme acceptable par la SFMU (SFMU, 2013).

Un médecin dénommé « coordinateur » ou « MAO » (Médecin d'Accueil et d'Orientation) avait, entre autres, pour missions la supervision du tri et la régulation des flux au sein du service. Les IAO pouvaient le solliciter pour un conseil ou pour diverses interventions faisant l'objet d'un protocole écrit. Néanmoins ce médecin avait d'autres missions quotidiennes qui demandaient sa présence très fréquente en d'autres lieux du service.

Comme tout service d'urgences, les flux d'entrée étaient variables (en moyenne de 3 à 15 patients par heure) mais globalement prévisibles en fonction de l'heure de la journée, du jour de la semaine et du jour de l'année :



Les flux étaient classiquement plus importants le lundi et plus faibles le week end, hormis le samedi soir. La proportion de patients accueillis via des moyens de premier secours (sapeurs pompiers de Paris, Protection Civile, ambulances privées,...) était importante (environ un tiers).

Afin de mieux estimer la complexité de prise en charge à l'accueil, il est important de prendre en compte, en plus du nombre de patients accueillis, le nombre de patients effectivement présents au sein de la structure et donc, entre autres, dans la salle d'attente « post IAO » (sous leur responsabilité en termes de surveillance). Si nous ne disposions pas de données fiables à ce sujet, il semblait que la courbe du nombre de patients présents en salle d'attente suivait la courbe d'entrées exposée plus haut avec un décalage d'une à deux heures et un plateau maximal atteint entre 16 heures et 23 heures. Il n'était ainsi pas rare que plus d'une vingtaine de patients y soient présents sur cette période.

Les 5 niveaux de tri se déclinaient en moyenne selon la répartition suivante : tri 1 (le plus grave) : 0,1% ; tri 2 : 9,3% ; tri 3 : 29,4% ; tri 4 : 54,4% ; tri 5 : 6,8%. Le tri 4 était considéré par les médecins comme « *sur utilisé* » et le tri 5 « *sous utilisé* ». Le délai moyen de prise en charge par un médecin était de 2 heures et la durée moyenne de passage de 5h38.

#### **1.6.4. Modalités de développement des compétences des infirmières du service des urgences de l'Hôpital X**

L'ensemble des infirmières nouvellement arrivées au sein du service des urgences bénéficiait d'une intégration avec positionnement en doublon, donc non comptabilisé dans les effectifs habituels du service. Cette intégration avait une durée théorique d'un mois, pendant lequel il

n'était pas rare que des problématiques ponctuelles d'effectifs amènent l'encadrement à repositionner la nouvelle arrivée dans les effectifs postés. A l'issue de cette intégration, la nouvelle professionnelle était considérée, sauf alerte particulière faite auprès de l'encadrement ou point majeur relevé lors des bilans, comme en capacité de pouvoir occuper l'ensemble des postes infirmiers du service, hormis la fonction IAO.

Les infirmières se voyaient remettre, le jour de leur arrivée, l'ensemble des procédures de service (plus d'une vingtaine), qu'elles étaient tenues de consulter pendant leur mois d'intégration. Elles étaient également inscrites, dès leur arrivée, à certaines formations énoncées comme obligatoires par la Direction des Soins, dont la formation spécifique IAO, dispensée par le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences (CESU) de rattachement. Cette formation externe d'une durée de 5 jours suivait les recommandations de contenu de la SFMU : aspects historiques et législatifs, responsabilités ; examen clinique infirmier et principes de tri ; sciences humaines (communication, approche culturelle, prise en charge des addictions,...). Cette formation mobilisait des cas cliniques et quelques situations simulées en salle. Elle était évaluée par questionnaire de satisfaction et sa validation était uniquement dépendante de critères présentiels. Il paraît important de noter que j'y étais formateur sur le module « Histoire et législation » depuis plus de 10 ans.

Le nombre de sessions disponibles par an, ainsi que le nombre important de services demandeurs et le fort taux de turn over du service, ne permettaient d'inscrire les nouvelles arrivantes que 6 à 12 mois après leur arrivée dans le service. Suivi par mes collègues et ma hiérarchie, je ne considérais pas cette formation comme nécessaire avant d'occuper le poste. En effet, les délais d'inscription et les modalités pédagogiques de la formation (nécessitant la mobilisation par les participants de cas cliniques vécus permettant des analyses réflexives) m'avaient fait opter pour d'autres modalités complémentaires de développement des compétences pour les IAO :

- Positionnement régulier dès l'intégration au poste de préaccueil, proche des IAO, afin de pouvoir observer régulièrement le travail des IAO et progressivement y participer
- Impossibilité d'occuper le poste avant 6 mois de présence dans le service (ce qui représente une moyenne stable de 16% d'infirmières ne pouvant occuper le poste). Néanmoins cette mesure, déclarative, était appliquée de manière très hétérogène, les infirmières expérimentées positionnant progressivement leurs collègues au poste IAO avant les 6 mois, et l'encadrement n'exerçant pas de contrôle ou de réajustement stricts sur l'application de la mesure. Il était donc fréquent que des infirmières occupent la fonction plusieurs mois avant de suivre la formation IAO dispensée par le CESU.

Néanmoins le service, malgré son turn over, bénéficiait d'un taux d'infirmières formées au CESU important, dépassant fortement les pratiques nationales (Demontoux, Paillard, 2013) : en janvier 2019, 60 infirmières sur 68 (88%) étaient formées à la fonction IAO, les autres étant inscrites pour le premier semestre 2019. Ce taux avait fait l'objet d'un effort de formation important depuis 2011 où il s'élevait à 60%.

Aucune formation spécifique IAO formalisée n'avait été dispensée en interne depuis plusieurs années. Un atelier pratique (situations simulées en salle) avait été réalisé par des infirmières expérimentées jusqu'en 2014, puis abandonné au départ d'une infirmière formatrice. Plusieurs sessions de présentation des nouvelles modalités de tri avaient été réalisées en 2017.

L'évaluation des compétences des infirmières était sous la responsabilité de l'encadrement paramédical, et basée sur un faisceau d'indices variés non formalisés (observation ponctuelle en situation, relecture de dossiers, retours des équipes non médicales et médicales, des patients,...). Une évaluation réglementaire existait, formalisée lors d'entretiens professionnels annuels comprenant un espace d'échanges sur les « besoins » en formation (entretien de formation). Des objectifs de développement étaient en principe discutés et formalisés à cette occasion. Néanmoins, ces évaluations restaient éminemment complexes à réaliser par l'encadrement, au regard d'une activité protéiforme. Elles faisaient ainsi l'objet de désaccords importants entre cadres de santé, qui par ailleurs accumulaient plusieurs mois de retard pour leur réalisation.

---

## 2. Méthodologie de l'intervention

---

### 2.1. Aborder le travail par le développement, une stratégie d'adaptation au contexte ?

---

J'avais donc en main un grand nombre de données de contexte, issues de textes juridiques, réglementaires, scientifiques, d'analyses statistiques ou de corpus théoriques. Nous l'avons vu, ces savoirs en « désadhérence » (Schwartz, 2009, p. 16-19) avec le réel se retrouvaient, avec Mathilde, bousculés par les « aspérités » soudaines de l' « adhérence » (id.), « force de rappel », « point d'appui dans le présent du milieu à vivre » (id.).

Mais alors comment aborder le travail réel de ces professionnelles, et pour poursuivre quels buts ? Il fut vite évident, au regard des propos échangés avec Mathilde et plusieurs de ses collègues, que la demande n'était pas celle d'un espace de debriefing psychologique où discuter des problématiques rencontrées, espace proposé par la Direction mais refusé collectivement, sans pour autant en nier la pertinence à titre individuel. Ces différents types d'espaces, souvent dénommés « *groupes de parole* » au sein du milieu étudié, n'avaient jamais, malgré les difficultés rencontrées au sein de la structure (charge de travail, événements porteurs de traumatismes psychiques,...), rencontré l'adhésion des personnels, peu enclins à échanger dans un cadre ne proposant pas d'opérationnalité évidente. Puisque « parler ne débloque pas forcément la situation », il ne fallait pas « créer des situations où les gens parlent pour ne rien dire » (Dejours, 2003, p. 68). Il semblait ainsi primordial pour mes premières interlocutrices d'éviter la mise en œuvre d'un « coussin compassionnel » (Clot, 2011), dispositif « prenant en charge » un risque psychosocial, mais sans en questionner les fondements et l'organisation qui l'avait produit.

A l'inverse je savais les soignantes préoccupées de la formation initiale et continue menant à ce poste critique. J'étais en effet, avec l'équipe d'encadrement, confronté à de nombreux retours plus ou moins informels des équipes médico-paramédicales sur des problématiques qu'elles liaient pour beaucoup à un « *manque de formation* » :

- Difficultés pour les infirmières, y compris expérimentées, à se sentir confiantes envers leurs pratiques de tri. Plusieurs effectuaient des échanges de poste réguliers avec leurs collègues afin d'y être affectées moins fréquemment.
- Formation dispensée par le CESU globalement vécue comme utile par les infirmières en termes d'apports théoriques, mais avec une applicabilité faible dans un contexte ressenti comme très spécifique, « *unique* », eu égard au volume et au type de patients accueillis. Une certaine « *déconnexion du terrain* » était évoquée régulièrement par les infirmières en retour de formation.

- Plaintes de certaines infirmières expérimentées vis-à-vis de l'organisation et des compétences de leurs collègues, expérimentées comme nouvellement arrivées (décisions de tri, exhaustivité des données recueillies, communication)
- Plaintes de médecins séniors liées :
  - o Au nombre d'appels des IAO pour conseils, considéré comme trop élevé et lié selon eux au manque d'expérience des infirmières
  - o Aux compétences évaluées comme fragiles de nombreuses infirmières, nouvelles arrivantes comme expérimentées : « *erreurs* » d'évaluation du niveau de tri et du secteur d'affectation.
- Plaintes de patients relatives à une communication parfois jugée inadaptée, et à un ressenti d'abandon en salle d'attente.
- Audits institutionnels de dossiers démontrant des défauts fréquents de traçabilité et d'exhaustivité des données recueillies.
- Temps d'attente avant examen par l'IAO considéré comme trop important et ne respectant pas les recommandations de la SFMU : les professionnels (encadrement, médecins séniors, infirmières,...) liaient cette problématique au nombre important de patients accueillis et aux effectifs contraints, mais également aux problématiques « *organisationnelles* » de certaines IAO et à un travail récurrent en binôme au détriment de l'optimisation de l'utilisation des box.
- Plaintes des infirmières vis-à-vis de la variabilité des pratiques des médecins MAO, rendant plus complexe leur processus de tri

Les différentes évaluations ponctuelles en termes de pertinence du tri (gravité/secteur), réalisées régulièrement à partir de dossiers patients par un médecin sénior du service, démontraient néanmoins une forte corrélation positive entre observateurs médicaux et soignantes. Par ailleurs, malgré ces difficultés, la fonction IAO était encore très fortement valorisée par les équipes infirmières et médicales, pour ses « *spécificités* » fortes, dans le cadre d'une profession globalement considérée comme dépendante du corps médical :

- Influence majeure sur la prise en charge des patients au sein du service
- Forte autonomie
- Haut niveau de responsabilité dans le processus organisationnel global du service
- Mobilisation de compétences dites « *nobles* » : examen clinique, interrogatoire ciblé, analyse, processus décisionnel

Beaucoup d'infirmières citaient la fonction IAO comme un des motifs de choix de poste au sein des urgences et la valorisaient auprès de leurs interlocuteurs extérieurs : stagiaires, professionnels d'autres services, entourage,...



Au regard de l'ensemble des éléments cités, les demandes de développement des compétences liées au poste étaient fréquentes et exprimées sous divers aspects, par les infirmières et les médecins du service :

- Renforcement des connaissances en matière d'évaluation de la gravité des pathologies rencontrées
- Développement des compétences en matière d'interrogatoire et d'analyse clinique
- Renforcement de l'application des procédures et protocoles de service : exhaustivité des données recueillies, application des protocoles électrocardiogrammes et douleur,...
- Développement des compétences en matière de décision d'orientation dans les différents secteurs du service, en particulier la différenciation entre circuit court et circuit long
- Développement des compétences organisationnelles et « *relationnelles* »

La demande était fortement orientée vers les infirmières les moins expérimentées, sans que des limites d'ancienneté « problématique » puissent être formulées. Il est important de noter que ces demandes de développement spécifiques aux IAO étaient comprises dans un cadre général plus large de demandes de développement de compétences des infirmières novices, dont les compétences organisationnelles et cliniques étaient jugées régulièrement insuffisantes par l'équipe en place.

Prenant ainsi en considération le contexte exposé et la demande exprimée en matière de développement, plusieurs hypothèses pouvaient être formulées et restaient à explorer :

- Le poste était confronté à une évolution complexe alliant une hausse globale de l'intensité du travail, de ses composantes prescrites et de sa complexité, dans un environnement de plus en plus exigeant
- Les compétences attendues des IAO présentaient une faible accessibilité, liée à l'insuffisance de la formation initiale infirmière pour réaliser les activités attendues, à la durée de formation nécessaire et au caractère très spécifique de la fonction au sein de la profession.
- Les missions attribuées à l'IAO en faisaient une fonction particulière, « prescriptive » du travail d'un grand nombre d'autres professionnels au sein du service, y compris du corps médical (influence organisationnelle majeure, impact sur l'activité d'autrui). Ceci avait un impact fort en termes de valorisation professionnelle, d'interactions, mais également en termes d'enjeux de développement et de responsabilités parfois mal vécues par les infirmières.

- Les attentes en termes d'amélioration des pratiques étaient nombreuses et disparates, peu précises et ne permettant pas de formaliser un parcours pédagogique, faute d'objectifs précis. Une analyse de l'activité réelle des IAO était donc indispensable.
- La formation en stage de 5 jours semblait répondre à certaines attentes (structuration de l'analyse clinique, compréhension globale de l'environnement, responsabilités spécifiques, approches relationnelles), mais ne pouvait être considérée comme suffisante à l'exercice d'une fonction à forte complexité. La question de l'attente de validation de la formation avant la prise effective de poste à l'IAO faisait l'objet de débats internes non résolus.
- Le parcours d'adaptation à la fonction, très dépendant des professionnelles et ne répondant pas à la demande « prescrite » d'attente des 6 mois, ne paraissait pas satisfaisant en termes de développement des compétences.
- L'exercice de l'activité IAO était très fortement lié à son contexte d'exécution (nombre de patients en attente, horaire de la journée, environnement sonore,...) et aux caractéristiques individuelles du patient accueilli.

Néanmoins, de nombreuses questions restaient en suspens et se posaient au cadre de santé que j'étais :

- Comment expliquer les nombreux retours des professionnels sur une éventuelle baisse de la qualité alors que la formation « officielle » à la fonction s'était au contraire renforcée (en termes de proportion d'agents formés) depuis plusieurs années ?
- Comment expliquer les problèmes de communication relayés par nombre de professionnels et de patients ?
- Était-il encore possible d'optimiser les délais d'attente avant IAO ? Le problème d'attente était-il au contraire le signe d'un manque patent d'effectifs ?
- Était-il possible de mieux préparer les infirmières à la fonction IAO et ainsi réduire leur inconfort ? Était-il possible de mieux faire vivre leur travail aux infirmières d'accueil de manière générale ? Pourquoi, si les conditions de travail étaient si complexes, certaines y trouvaient encore du plaisir et nous disaient apprécier la fonction ?
- Comment expliquer les rapports conflictuels entre collègues soignantes et avec les MAO ? Était-il possible d'instaurer un cadre de travail plus serein ?

Le questionnement se complexifiait et laissait donc entrevoir une problématique dépassant de loin le simple « *manque de formation* ». Il n'y avait certes rien d'étonnant à ce que dans un environnement technique, rationnel et de « production », beaucoup de professionnelles, pour la plupart expérimentées et faisant face à ce qu'elles considéraient comme un délitement de leur qualité de travail, cherchent dans la formation à « donner forme » à d'« autre[s]

conforme[s] » (Kaès, 2007, p. 48). Néanmoins, cette « compulsion à former », « nécessité de combattre la déformation déprimante par la réformation réparatrice » (id., p. 4) ne pouvait-elle constituer le terreau opportun d'une mise en débat plus profonde du travail ? Pouvait-on, par l'intermédiaire d'un travail portant une forte opérationnalité (construction d'un parcours pédagogique adapté à la fonction), réexaminer le travail et tenter de répondre à ses difficultés ? C'est à ce but, à cette « réponse à une adresse qui lui a été formulée » (Michelot, 2016, p. 341), que notre intervention s'est attelée. Loin donc de constituer un prétexte à l'exploration cachée et non contractualisée du réel du travail, travailler sur la formation pouvait, à l'inverse, me permettre d'« accueill[ir] [la] demande qui [m'était] faite comme singulière, porteuse de sens, expression certes de difficultés et des souffrances (et de la jouissance) qui s'y rapportent, mais témoignant avant tout d'un désir » (id.). Aborder ainsi les difficultés du poste pour en construire le développement futur trouvait du répondant au sein du groupe de professionnelles et la formation se faisait moyen d'expression d'une demande. Mais il fallait pour cela reconsidérer la tâche, part prescrite du travail, avec laquelle ces professionnelles devaient exercer, et « plonger » dans l'activité réelle, activité réalisée mais aussi « réel de l'activité » : activité empêchée, suspendue, contrariée ou même contre-activité (Clot, 2017). C'est ce que nous nous sommes proposé de réaliser.

## 2.2. Dimensions éthiques et épistémologiques de l'intervention

Intervenir auprès de tout collectif professionnel demande à choisir et tenir une posture éthique et épistémologique spécifique, adaptée aux buts de l'intervention, à la demande des différents acteurs impliqués et à l'organisation dans laquelle elle s'inclut. Intervenir sur un travail tel que celui des infirmières d'accueil exige ainsi, avant tout, de prendre en compte sa dimension servicielle, puisqu'il « se réalise dans et par des interactions avec autrui », et que « c'est en fonction de l'action de l'un que l'autre ajuste sa propre action » (Mayen, 2017, p. 450). L'intervention se devait de respecter, dans ses buts et méthodes, cet autrui - patient dans le respect des règles de confidentialité et de secret professionnel inhérentes à tout travail de soin.

Par ailleurs, intervenir en position de cadre de santé auprès des professionnels de sa propre structure induit la construction d'une posture spécifique et d'un cadre d'intervention clarifié, partagé et discuté dès les prémices de l'intervention. Or cette question éthique « ne peut pas être séparée de la question épistémologique : les valeurs éthiques ne sont pas un en-soi, simplement juxtaposées (ou superposées) à une démarche de production de connaissances,[...]. L'acte de connaissance (visant un savoir sur l'homme et la société) implique un certain mode de rapport à l'autre, excluant la volonté de le réduire à soi ou de le

soumettre à ses désirs » (Dubost, Levy, 2016, p.426). Au regard de la situation, nous pouvions émettre l'hypothèse d'un double aveuglement sur l'activité spécifique de ces infirmières. Elles se retrouvaient face à des incapacités à agir, des conflits interpersonnels, sans pouvoir en déterminer les causes et trouver les pistes d'action. Face à elles, je me retrouvais dans l'impossibilité d'en comprendre les raisons et d'agir sur ces dernières. Dépendant ainsi du « processus de production de connaissance » pour « répondre aux questions que [nous nous posions] », il semblait pertinent de s'orienter vers une démarche de recherche-action, « rencontre entre deux histoires en panne...à partir du constat d'un manque partagé de connaissances utiles » (Teiger, 2007, p.43).

Il était alors nécessaire de questionner les conditions de production des connaissances liées à l'intervention, et le type de savoir ainsi produit. L'analyse du travail était susceptible de faire émerger des manières de faire, des « transgressions » et des « tricheries » (Clot, 2017) qu'étaient amenées à réaliser les professionnelles afin de poursuivre les buts qu'elles s'assignaient. Comment ces connaissances seraient utilisées et éventuellement diffusées ? Qu'allait en faire le cadre de santé dont les missions de contrôle et d'évaluation prennent une place importante dans les représentations ? Si compréhension n'est pas synonyme de caution, éluder ces activités « hors cadre » n'aurait pu amener qu'à un assèchement de l'activité, et à ne pas en révéler les astuces et les « tours de mains », parts majeures de la créativité et nécessaires à la compréhension du travail. Cette compréhension serait certes utile à la production par l'intervenant d'un rapport destiné au cadre universitaire, mais elle était surtout essentielle à la mise en discussion du travail réel et au développement du collectif. Il fallait donc se mettre à disposition et instaurer un cadre de confiance et de confidentialité. Cette dernière est bien évidemment d'ordre éthique et ne peut être assurée : on peut donc supposer que certaines soignantes ne se sont pas senties assez en sécurité pour échanger. Néanmoins nous verrons que le cadre instauré paraît avoir permis une exploration riche d'enseignements. Le savoir est malgré cela « indissociable de l'expérience par laquelle on connaît » (Dubost, Lévy, 2016, p. 426), et en ce sens la recherche-action menée ne visait donc pas à la construction d'un savoir « neutre et universel, conçu comme un objet autonome, indifférent aux fins qu'il pourrait servir » (id.). L'intention centrale de l'intervention n'était pas la « simple » production de savoirs afin d'en fonder des décisions, mais la construction d'un processus qui par ses modalités et ses effets pouvait potentiellement mettre en mouvement le collectif.

Eu égard à ma posture particulière, et « en raison même de la division du travail » (Ulmann, Weill-Fassina, 2017, p. 8-9), on ne peut nier cependant ce qu'Albano appelait une certaine « césure entre l'observateur et le processus observé » (Albano cité par Ulmann, Weill-Fassina, id.). Notre intervention a certes pu tenter par moments d'emprunter ce qu'Albano qualifiait de « voie de la recomposition synthétique » (id.), se fondant sur « l'auto-analyse des vécus

subjectifs des participants à un groupe » (id.). Mais elle fut plus proche d'un positionnement de « double herméneutique [...] où l'intentionnalité des acteurs et leurs interprétations s'articulent avec celles du chercheur et où les déterminants internes sont pris en compte » (id.), conservant un contrôle des rapports entre chercheur et acteur, objet principal de cet écrit.

La spécificité de ma posture, les intentions et l'objet même de mon intervention l'amenaient à s'orienter vers un processus psychosociologique, au sens de mise en place, « avec les acteurs, de dispositifs (enquête, discussion de groupe, analyse de processus, observations,...) facilitant les échanges entre tous les acteurs concernés et un travail à partir de leurs perceptions, représentations, sentiments, parfois méconnus ou réprimés, ou simplement tus. Autrement dit, il s'agit de permettre aux acteurs de mieux comprendre la signification des situations vécues et la part qu'ils y prennent et, si possible, de trouver des réponses aux problèmes en mobilisant de l'énergie à cette fin » (Dubost, Lévy, 2016, p. 409). En ce sens, l'intervention était amenée à questionner et produire des effets sur l'organisation, il était donc nécessaire qu'elle soit acceptée par ses « commanditaires », « c'est-à-dire ceux qui ont le pouvoir de permettre ou d'interdire l'accès [...] ou éventuellement de financer tout ou partie de leur recherche » (id., p. 422): encadrement médical et non médical, Direction administrative. La proposition, formulée dans un projet détaillé comme « Intervention de développement des compétences par le dialogue professionnel sur l'activité et la formation en situation de travail », exposant problématique, propositions d'action et investissement nécessaire, fut acceptée avec intérêt voire enthousiasme, sans demande de modification. Elle fut sans doute facilitée en cela par ma position dans l'institution, la « caution scientifique » universitaire, mais également par les suites du drame vécu en salle d'attente, qui avait mis au centre des débats une fonction que la formation semblait pouvoir sécuriser. Il paraît néanmoins important de mettre en perspective l'analyse qui peut être faite de l'intervention à l'aune d'une organisation, qui, malgré les questionnements internes qu'elle soulevait, l'a permise et soutenue.

### 2.3. Saisir le « kairos »

---

Toute intervention, mais plus largement tout processus décisionnel, nécessite de saisir le « kairos », « temps de l'action humaine possible, [...] coïncidence de l'action humaine et du temps, qui fait que le temps est propice et l'action bonne » (Aubenque, 2014, p.104). Intervenir ainsi dans un contexte de souffrance au travail et dans les suites d'un événement potentiellement traumatisant, où la mort prenait place dans un environnement destiné à l'exclure, demandait à fonder la décision sur une prudence d'action, « disposition à choisir et à agir concernant ce qu'il est en notre pouvoir de faire et de ne pas faire » (Aristote cité par Aubenque, 2014, p.95). Il fallait tout à la fois « laisser du temps et saisir le temps » (Jousset,

2014, p. 127), ce qui nécessitait une phronésis, « savoir juger de l'opportun », loin de constituer un simple « calcul d'optimisation entre le coût ou le risque encouru et d'autre part le bienfait recherché » (id.). Il m'a ainsi semblé pertinent de se mettre en position d'attente et d'écoute, de prendre le temps des échanges, de l'exploration d'une problématique nécessitant délicatesse et précaution.

Ce temps permit de recueillir les premières données de contexte et les prescrits externes du travail (procédures, protocoles, recommandations, rapports, programmes de formation et contenus...). Puis d'aller à la rencontre des professionnels, de commencer à échanger, explorer, parfois de manière approfondie, d'autres fois de manière plus informelle. Trois médecins du service, dont les pratiques étaient exposées comme très différentes par les soignantes, ont ainsi fait l'objet d'entretiens exploratoires semi-directifs afin de questionner leurs représentations du travail des IAO. Une des formatrices de la formation proposée par le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence a été également rencontrée afin d'explorer sa vision du poste et de la formation. L'histoire du service et de la fonction IAO au sein de celui-ci a été parcourue avec une ancienne infirmière de la structure, qui avait vécu la mise en place du poste IAO dans les années 1990. Mais cet espace offert à la mise en place de l'intervention fut également l'opportunité d'échanger avec des intervenants, des psychologues du travail, des formateurs, de nourrir mes réflexions par des ouvrages. Ainsi il permit d'affiner le dispositif initial et de légitimer une intervention qui, par ses modalités, se voulait protectrice, adaptée à ma fonction (je n'étais pas psychologue du travail) et aux contingences de la situation. Ce moment, long de plusieurs mois, de « sophrosunè, tempérance qui est détachement de la logique d'action au sein même de l'agir » (Jousset, 2014, p. 128), fut ainsi l'occasion d'une réflexion sur le sens de l'action « et non seulement sur la justesse de l'acte immédiat » (id.), d'une ouverture des possibles, premier détachement personnel vis-à-vis de mes savoirs antérieurs et première évolution vers une plus grande prise en compte de la subjectivité d'autrui.

#### **2.4. Ancrages théoriques**

---

Nous l'avons vu, notre intervention, par son intention psychosociologique, n'avait pas pour objet d'exercer un « acte d'autorité ou d'expertise (proposition, conseil, suggestion...) s'appuyant sur un diagnostic ou un pouvoir institutionnel » (Dubost, Lévy, 2016, p. 409). Nous ne partions néanmoins pas sans un point de vue sur le travail et un ancrage théorique spécifique. Nous nous inscrivions ainsi dans le champ des théories de l'activité et, principalement, malgré leurs différenciations épistémologiques et méthodologiques, dans les courants disciplinaires de la clinique de l'activité (Clot, 2017), la psychodynamique du travail

(Dejours, 2008) et la didactique professionnelle (Pastré, 2018). L'ensemble s'appuyait sur des dispositifs d'analyse du travail, dans la lignée des travaux de l'ergonomie de l'activité (Alain Wisner, Jacques Leplat). Nous étions sans doute quelque peu intimidé face à cet ancrage et à notre caractère de novice dans ce type d'intervention. Par ailleurs, j'exerçais dans un double champ d'activité – santé et management – promouvant de manière générale des méthodologies de recherche correspondant à ce que Levi-Strauss dénommait « logique de l'ingénieur » (Levi-Strauss cité par Ulmann, 2017, p. 127), opérant « au moyen de concepts [qui cherchent à être] intégralement transparents à la réalité », et maintenant les « principes de travail initialement envisagés » (id.). Ce type de méthodologie nous fut sans doute utile lors de la négociation de l'intervention avec nos commanditaires, dont les attentes étaient plus susceptibles d'y correspondre, et que notre document formulé sous forme de projet très construit sut satisfaire. Mais nous étions encore loin de créer les conditions d'un « surgissement de l'inédit, dans la pensée comme dans le discours, [qui] ne laisse pas la réalité intacte » (Dubost, Lévy, 2016, p. 409). Afin de s'ouvrir aux possibles de l'analyse par différents prismes, sans en limiter les orientations, il fallait sans doute adopter une « logique de bricoleur », « travaillant sans le filet de plans ou de méthodes déjà établis » (Ulmann, 2017, p. 127). Nous verrons comment l'activité elle-même a pu nous le rappeler.

## **2.5. Différentes phases constitutives de l'intervention**

L'intervention s'est déroulée en deux phases principales identifiées dès son stade de projet, et dont la première articulait :

- une intervention d'orientation psychosociale, basée sur des espaces d'échanges professionnels sur le travail IAO, auprès d'un collectif d'une vingtaine d'infirmières et infirmiers volontaires, de différentes expériences professionnelles, travaillant de jour et de nuit
- une analyse du travail construite à partir des échanges du groupe puis menée selon différentes méthodologies exposées ci-après

La construction et la mise en œuvre d'un parcours pédagogique à la fonction IAO a constitué la seconde phase de l'intervention.

Enfin, à l'heure où ces lignes sont écrites, l'intervention se poursuit par un projet de dispositif de mise en discussion du travail au sein de l'équipe pluriprofessionnelle, sur lequel nous reviendrons.

## 2.6. Constitution du collectif de professionnelles volontaires

---

Etant données les visées psychosociales de l'intervention, il a paru essentiel de constituer une « communauté scientifique élargie » (Oddone, et al., 2015), collectif de professionnelles infirmières, permettant des échanges riches, avec une dynamique d'écoute importante. Un groupe de travail pluriprofessionnel ayant pour thématique la zone d'accueil du service existait d'ores et déjà, il a donc paru important d'inclure dans le collectif de travail les infirmières qui en faisaient partie, si elles le souhaitaient. Enfin, des infirmières exerçant en journée et d'autres exerçant de nuit devaient y être présentes, les modalités de travail étant très différentes (typologie de patients, effectifs, présence de l'encadrement et du corps médical,...) et les conflits inter « équipes » (jour/nuit) importants.

J'ai alors effectué un appel aux volontaires, sous la forme d'affiches (intitulées « Espace d'échanges, de dialogue et de prospection sur le travail IAO »), mais aussi et principalement d'explications de la démarche en face à face auprès d'un grand nombre d'infirmiers et infirmières, de jour comme de nuit. Un appui des cadres de santé et d'une infirmière de nuit a permis la présence de trois infirmières de cette équipe au sein du groupe, pour un total de 21 professionnelles (sur un effectif de 77 au total) ayant participé aux travaux durant le temps de l'intervention.

Le cadre de l'intervention et la nécessité d'une analyse fine du travail ont été mis en débat et ajustés dès la première session de réunions, afin de clarifier le travail qui serait effectué, peu habituel pour les professionnelles infirmières du service. Une clarification de ma posture m'a semblé nécessaire, afin d'exclure la possibilité d'une utilisation des travaux de groupe et d'analyse du travail dans une visée évaluative managériale plus habituelle. Un cadre de confidentialité des échanges, d'ouverture à l'Autre et de bienveillance a été proposé et instauré dès la première réunion.

Réunir les professionnels hospitaliers est complexe, en particulier ceux exerçant en travail posté. L'irrégularité des plannings, les fluctuations d'une activité en flux tendu ne laissaient entrevoir que peu d'espaces pour échanger de manière régulière et assurer un suivi du dialogue. Face à ces difficultés que je connaissais, comment faire se confronter les manières de faire, mettre en dialogue les buts de l'action et leurs hiérarchisations ? Il a vite semblé pertinent de ne pas opter pour une répétition de réunions identiques, réunissant de petits groupes isolés et risquant de reproduire des cloisonnements internes préexistants. Il a ainsi été proposé de transformer l'obstacle en ressource et de mettre en œuvre un dispositif de déploiement des débats particulier :



- Chaque session de réunions (4 au total) a fait l'objet de 2 à 3 réunions sur des dates et horaires différents
- Hormis la première réunion de cadrage du dispositif, chaque réunion constituait une « répétition sans répétition », puisqu'utilisant le travail effectué par les pairs lors de la réunion précédente pour explorer plus avant la problématique
- Un travail intersession, écrit ou créatif, a été proposé systématiquement afin de prolonger les débats et de préparer leur poursuite

Chaque réunion réunissait ainsi quatre à dix infirmières, ce qui facilitait les échanges et les débats. L'intervention tentait ainsi de construire, par son dispositif même, un espace donnant forme à une circulation des points de vue, des représentations et des subjectivités mises au travail. Là où je pouvais craindre une dynamique de groupe complexe laissant une place prépondérante aux « anciennes » ou aux habituées d'une prise de parole publique, la constitution hétéroclite (par simples effets de planning) des groupes et le « retravail » effectué par chaque groupe à partir du travail du précédent, anonymisé, permirent une première circularité de la parole. Surtout, il s'avéra très rapidement qu'au-delà des paroles prépondérantes et habituelles sur le travail que j'avais pu entendre et recueillir pendant mon activité de cadre de santé, se nichaient d'autres manières de penser, de réfléchir et de vivre le travail, paroles plus rares dont le dispositif facilitait l'émergence. Ce « nomadisme » (Clot, 2017) provoqué du dialogue permettait ainsi de le revivifier progressivement et ainsi, par le processus même, de développer la mise en débat de l'activité.

Notons que, parmi les 21 professionnelles directement impliquées, toutes n'ont pu ou souhaité participer à l'ensemble des sessions de réunions, mais toutes ont à un moment donné, ou tout le long du processus, émis des remarques, exposé des problématiques, proposé des pistes d'action. Notons également qu'une des infirmières a interrompu sa participation après un problème rencontré avec le cadre de santé - intervenant lors d'une situation extérieure à l'intervention. Par ailleurs, plusieurs professionnelles énonçaient avec humour leurs « *excuses* » pour leur retard dans le rendu de ce qu'elles appelaient leurs « *devoirs* » intersessions Ceci n'est bien évidemment pas sans poser question sur la nature de la relation de l'intervenant aux professionnelles (sur laquelle nous reviendrons) et aux facteurs pouvant ainsi potentiellement modifier les discours ou les pratiques observés et/ou analysés.

## **2.7. Déterminer ce qui fait problème, choisir les situations significatives**

---

Le travail collectif a porté initialement sur les problèmes rencontrés par les infirmières dans leur travail, puis sur leurs ressources et sur leurs représentations du « beau » et du « bon »

travail. L'ensemble a mené à un premier écrit « collectif », rédigé par l'intervenant mais constitué des verbatims des débats, mis en forme et agencés afin d'en relever l'essence, sans censure ni filtrage conscientisé. Cet écrit constituait ainsi une première base de travail, inédite dans sa forme (verbatim, illustrations artistiques,...) et dans son fond (liberté des contenus, paroles souvent difficiles envers l'encadrement et/ou les collègues,...), permettant une prise de distance collective (des infirmières et de l'intervenant) vis-à-vis de nos représentations individuelles antérieures, une première « dénaturalisation » (Clot, 2017) de l'activité. Il fallait néanmoins aller plus loin dans cette exploration, afin de réinterroger les évidences, d'ouvrir les possibles.

Très vite s'est alors posée la question de la complexité de l'observation des situations de travail par l'intervenant, cadre de santé du service. En effet, même si la présence du cadre n'est bien souvent « pas perçue », puisqu'il « se déplace partout dans le service et [que] le personnel ne le voit nulle part » (Bourret, 2006, p. 80), « le cadre incarne en quelque sorte le point de passage de la règle, l'exigence de respect de la réglementation. Sa seule présence, le fait d'être là, rappelle sans doute à chacun l'obligation de suivre la règle » (id.). Or pour accéder aux dilemmes engagés par les infirmières dans leur travail, il était primordial de pouvoir approcher, ne serait-ce que partiellement, les différentes formes de « transgression » et de « tricherie » (Clot, 2017) qu'elles pouvaient potentiellement mobiliser face à des règles qui s'annonçaient complexes à appliquer, voire inapplicables. Nous pourrions objecter que « le point de vue neutralisé [...] est stérile » (Bakhtine, cité dans Clot, 2017, p. 204), et qu'il n'existe pas d'observation impartiale et sans effet sur l'observé. Nous pourrions également émettre l'hypothèse qu'un cadre éthique d'observation bien explicité pouvait tenter de neutraliser les effets de la présence du cadre lors des situations de travail.

Néanmoins, la configuration même du travail des IAO permet de dégager une piste de recherche intéressante. En effet, leur travail s'effectuait principalement dans des « box » n'offrant que très peu d'intimité et de confidentialité. Lieux de passage permettant d'éviter la salle d'attente, ils sont régulièrement traversés par des collègues soignantes, le MAO, l'encadrement. Par ailleurs il est très fréquent que les IAO effectuent des entretiens de tri à deux infirmières, pour une aide ponctuelle ou pour tout l'entretien. De ce fait, toutes avaient l'habitude d'un travail non seulement observé par son destinataire principal, le patient, mais également par d'autres professionnels. Une observation « croisée », entre professionnelles, semblait d'autant moins problématique. Enfin, n'oublions pas que comme toute activité de service, elle se réalise en co-activité et que le patient est amené également à pouvoir modifier son comportement du fait de la présence de l'observateur. Nous pouvions appréhender, si l'observateur avait été l'intervenant cadre de santé ou tout autre intervenant externe, une

modification de ses actions, par pudeur, ressenti d'intrusion ou volonté de protéger l'IAO d'une évaluation négative. Une observation, le plus souvent participante, par une professionnelle, paraissait permettre de diminuer cet effet chez le patient.

Ce mode d'observation inter professionnel n'offrait certes pas les mêmes effets d'étonnement et les mêmes engagements subjectifs de l'intervenant, qu'une observation externe dans sa phase initiale. Mais il permettait, par un jeu en retour, de développer un nouveau regard collectif sur le travail, puisque l'« attention que le sujet sent fixée sur lui semble, par une sorte de contagion très élémentaire, l'obliger à s'observer » (Wallon, cité dans Clot, 2017, p. 223), et que cet « observé » observait par la suite le travail de ses pairs. Il a donc été choisi de mettre les infirmières en situation d'observatrices auprès de leurs pairs entre la première et la seconde session de réunions, à la recherche de situations de travail régulières et significatives du poste, présentant un certain niveau de complexité (y compris pour les infirmières expérimentées).

Lors de la seconde session de réunions, le résultat des observations a été mis en débat et confronté aux différents éléments problématiques énoncés et discutés lors de la première session. Comme nous l'avons exposé, les activités de l'IAO sont nombreuses et couvrent un large champ d'activité. Si des situations d'une grande complexité paraissaient riches d'enseignements (communiquer avec un patient ou un accompagnant agressif, agir pour « *mettre dehors* » une personne hébergée pour la nuit et ne nécessitant plus de soins,...), elles n'étaient pas spécifiques du poste, ni même parfois de la profession. D'autres pouvaient, d'un point de vue extérieur ou à partir d'une analyse trop rapide, sembler complexes mais de fait ne demandaient que « peu » de réflexion, mis à part pour quelques nouvelles professionnelles : premiers soins et installation du patient, mesure des paramètres vitaux. Enfin, d'autres activités, correspondant à des tâches prescrites, n'ont pas semblé pouvoir faire l'objet d'analyses, car peu fréquentes ou d'accès difficile et donc peu observables. Parmi celles-ci, la surveillance de la salle d'attente, partie intégrante de la prescription du poste et faisant l'objet de forts enjeux dans le service à la suite du décès en salle d'attente, paraissait trop complexe à analyser. Cette activité, à l'intensité très aléatoire, était considérée par beaucoup comme augmentant la charge de travail des infirmières, sans compensation d'effectifs. Elle était peu investie par les professionnelles et faisait alors l'objet de contrôles et réajustements quotidiens par l'encadrement sur ses modalités de réalisation. La crainte d'une appréhension de son observation, et son caractère peu spécifique du poste, ont ainsi fait préférer d'autres activités.

Très vite, le choix du collectif professionnel s'est donc porté sur l'entretien de tri. Activité – clef de l'infirmière d'accueil, il constitue une situation de travail d'une très grande complexité. En

effet, l'écoute des professionnelles posait question : comment « *recadrer les gens pour ne pas qu'ils s'éparpillent dans leurs réponses* », tout en assurant une « *grande écoute* » qu'« *il est nécessaire de développer, pour pouvoir permettre au patient de s'exprimer totalement, et ne pas qu'il omette un détail qui pourrait s'avérer important. Et parfois orienter l'entretien vers de nouveaux éléments sans pour autant les suggérer* » ? Comment allier « *analyse rapide d'une situation, avec parfois de l'attente* », et « *décision rapide mais concise sur la prise en charge et le choix du secteur dédié* » ? Existait-il un tri optimal ? « *Patient sous-évalué versus patient sur-évalué : le grand dilemme d'arriver à l'évaluation optimale : l'évaluation juste et proportionnée d'un état de santé à un instant T, et de ses possibilités d'évolution durant la période d'attente* ». Ce tri, dont une des difficultés serait de « *faire la part des choses entre le subjectif et l'objectif* », « *sans refouler son instinct* », serait ainsi difficilement maîtrisable : « *On ne gère pas tout ce qu'impose le tri, on ne maîtrise pas tout* ». Ceci est d'autant plus vrai que le tri était, selon les infirmières, très dépendant du contexte : « *il y a 100 000 façons de trier, c'est déjà différent entre le début et la fin de l'après-midi* », et que les outils et processus internes semblaient inadaptés : « *Le tri et surtout ses critères qui sont devenus des concepts flous.* ».

Ainsi, dans ces « 5 à 10 minutes » accordées par la société savante de la spécialité, puisque « l'IOA peut recevoir et trier environ 8 patients par heure » (SFMU, 2013), semblaient se jouer de forts enjeux du travail de l'infirmière d'accueil. Fallait-il alors encore fragmenter l'activité de cet entretien et n'en analyser qu'une partie ? Aurait-il été plus riche d'analyser une de ses étapes (l'accueil ? la phase de questionnements ? la clôture ?), d'analyser l'entretien dans son ensemble sans sa conclusion (la décision de tri), ou à l'inverse uniquement la décision de tri ? Si la granularité choisie peut faire débat, il n'a pas semblé pertinent, au regard du caractère unifié de cette activité et des interdépendances entre ses différentes étapes, de la fragmenter pour l'analyse. L'analyser dans son ensemble, de l'accueil du patient dans le box à la prise de décision de tri, permettait également d'en étudier les arbitrages temporels, les hiérarchisations d'action, que l'observation entre pairs avait commencé à révéler.

Mais toutes les situations d'entretien de tri ne semblaient pas présenter la même complexité pour les professionnelles. Par exemple, les entretiens de patients consultant pour des traumatismes articulaires ou de membres, en particulier les traumatismes légers, semblaient présenter une certaine « facilité », même s'ils mobilisaient, comme tout travail, l'intelligence de l'infirmière. D'autres situations paraissaient plus complexes à étudier et n'ont pas été choisies, malgré leur pertinence. Ce fut le cas des entretiens avec les patients consultant pour des motifs psychiatriques, qui ne pouvaient faire l'objet de captations vidéos. Par ailleurs ce choix collectif de la captation vidéo comme méthode de recueil a également demandé la conservation d'un champ assez large de situations, puisqu'il n'était pas possible, par manque

de temps disponible, de contrôler les motifs de recours qui seraient rencontrés pendant les sessions de captation.

C'est donc collectivement que le groupe de professionnelles a pu valider le choix de l' « entretien de tri d'un patient venant pour un motif de recours non traumatique et non psychiatrique » comme situation significative de leur activité, accessible à l'observation.

## **2.8. Méthodes engagées et professionnelles rencontrées**

---

Deux méthodes centrales ont été choisies pour l'analyse des situations d'entretien de tri IAO. Elles ont certes été choisies pour leur richesse en termes d'analyse de l'activité, leur complémentarité, mais également, et de manière marquée, pour leur potentiel de développement individuel et collectif, par une mise en débat des normes du travail, et leur capacité à restaurer du pouvoir d'agir aux professionnelles, dans la perspective psychosociale de l'intervention.

Il paraît important de noter que l'ensemble des entretiens a été réalisé, pour des raisons organisationnelles et de disponibilité, hors temps de travail habituel pour les infirmières (juste avant ou après la journée de travail), le temps d'entretien étant par la suite comptabilisé comme temps de travail. Les infirmières ont semblé ainsi montrer un intérêt certain pour la démarche, malgré le contexte complexe de l'intervention. Elles ont relevé, avant même leur mise en œuvre, le caractère « ludique » et « original » des deux méthodes, exprimant ainsi qu'elles pourraient peut-être permettre de « voir autrement leur travail ». Notons que ce temps de travail supplémentaire avait fait l'objet d'un engagement de la part de la Direction des soins (ligne hiérarchique infirmière) de l'établissement.

### **2.8.1. Autoconfrontations simples et croisées**

Il a semblé rapidement pertinent de réaliser des captations vidéo de l'activité. En effet, lors des observations, il était très difficile pour les professionnelles de prendre note de la temporalité des questionnements faits au patient, de leur articulation avec les gestes techniques ou les co interventions (autres collègues IAO, MAO,...). Il semblait ainsi nécessaire de « ralentir » cette activité en flux continu pour pouvoir l'analyser. Mais surtout, l'autoconfrontation simple, permettant de proposer « un contexte nouveau dans lequel le sujet devient lui-même un observateur extérieur de son activité en présence d'un tiers » (Clot, 2017), lui permettant de se positionner face à ses choix et questionnements, paraissait adaptée tant en termes d'analyse que de développement pour les infirmières volontaires. Par ailleurs, il a

semblé pertinent de démultiplier cette activité réflexive en complétant les autoconfrontations simples d'autoconfrontations croisées, afin de mettre en regard les points de vue et arbitrages individuels et de remettre en débat des choix parfois peu conscientisés, en « repouss[ant] les limites du collectif dans et grâce à l'activité individuelle » (Clot, 2017, p. 219). Il était bien évidemment nécessaire que les professionnelles engagées dans ce processus soient volontaires, mais aussi que le collectif valide le choix des professionnelles, afin qu'il puisse représenter de nombreux styles d'activité. Afin d'instaurer une activité dialogique riche et différenciée, le choix a été fait de capter l'activité de six infirmières :

- 4 infirmières expérimentées ayant plus de 3 ans de pratique au sein du service
- 2 infirmières exerçant la fonction IAO depuis moins d'un an

Les binômes constitués s'articulaient ainsi :

- 2 binômes constitués d'une infirmière expérimentée et d'une infirmière novice (dont un binôme exerçant de nuit)
- 1 binôme constitué de deux infirmières expérimentées

Les captations vidéos ont été réalisées par l'intervenant, lors d'une nuit (21h à 2h), de deux matinées et d'une après-midi. Les captations ont nécessité l'accord préalable de la Direction du site, du Chef de service et de l'encadrement supérieur. Chaque captation a nécessité l'accord écrit préalable du patient, dans le respect du droit à l'image et de la réglementation afférente. L'intervenant prenait l'initiative de la demande d'accord du patient au regard du motif annoncé lors de l'accueil administratif, après une explication orale et écrite des modalités de captation et de l'utilisation des images et du son. Chaque soignante filmée a également signé cet accord écrit, destinant exclusivement les captations à un usage dit « pédagogique » au sein de l'hôpital.

L'enregistrement pouvait cesser à tout moment, à la demande du patient ou de la professionnelle. Il pouvait également être interrompu en cas de nécessité de déshabillage du patient. Ces options n'ont pas eu à être utilisées par les professionnelles et les patients.

Afin de respecter l'intimité du patient et de ne pas influencer sa prise en charge, étaient exclus du processus :

- Tout patient venant pour un motif de recours psychiatrique ou médico-psychiatrique
- Tout patient mineur ou majeur protégé
- Tout patient présentant des troubles de la conscience ou de la vigilance
- Tout patient ayant potentiellement fait usage de toxiques
- Tout patient venant pour un motif gynécologique ou urologique

Afin de ne pas impacter le flux (accord ou non du patient suivant dans la file d'attente), les vidéos ont été réalisées lors de journées et nuits de travail où les deux infirmières du binôme étaient présentes à l'IAO.

Les captations ont été réalisées de l'appel du patient en salle d'attente (premiers échanges langagiers hors champ) jusqu'à la sortie du patient du box ou, si cela n'était pas réalisé auparavant, la décision de tri par l'IAO sur le dossier de soins informatisé. La focale choisie a été celle du box IAO dans son ensemble, en plan fixe, permettant de filmer l'infirmière (généralement de dos ou de profil), le patient en co activité (en général de profil) mais également les intervenants extérieurs ponctuels ou réguliers (autres collègues, médecins,...). Cette focale ne permettait pas l'accès aux affichages digitaux des appareils de mesure et de l'écran d'ordinateur de l'infirmière. Les fiches de synthèse d'entretien, appelées « fiches IAO », et qui rassemblent en une feuille de papier A4 l'ensemble des traces écrites laissées par l'infirmière, ont été imprimées par l'intervenant en aval de la captation et ont pu servir itérativement de support de remémoration pendant les autoconfrontations. Un des entretiens a fait l'objet d'une double captation vidéo conjointe : focale box et focale écran d'ordinateur. Afin de réduire au minimum l'impact du dispositif sur les activités de l'infirmière et du patient, mais aussi sur le cadre d'entretien instauré par l'infirmière, l'intervenant a fait le choix de poser la caméra sur trépied juste avant l'entrée du patient dans le box et d'en partir pendant l'ensemble de l'entretien, les infirmières le prévenant quand l'entretien était clôturé.

Les vidéos ont ensuite fait l'objet par l'intervenant d'un choix parmi celles captées (une à deux par infirmière, sur un total de 5 à 6 captées pour chacune), au regard d'éléments de complexité ou de critères de similarité d'action ou de situation avec leur binôme. Les vidéos choisies ont parfois dû faire l'objet d'un sous titrage, au regard du bruit ambiant très important lors des captations. Dix séquences d'entretien ont ainsi été exploitées.

Six entretiens d'autoconfrontation simple ont été réalisés avec les infirmières filmées, à distance d'une à deux semaines des captations, à la suite de contraintes de disponibilité de l'intervenant et des professionnelles. Si cette mise à distance a pu demander parfois un effort plus important aux professionnelles pour réaccéder à leur vécu, le support vidéo a semblé grandement faciliter cet accès, associé à des techniques d'explicitation : les professionnelles se remémoraient régulièrement des aspects non filmés de l'entretien (réponse de l'interlocuteur au téléphone, contexte environnant,...). Chaque séquence a été regardée une première fois sans commentaires, puis une seconde fois en l'analysant, la professionnelle observée et l'intervenant pouvant interrompre à tout moment la lecture de la vidéo. Les différents supports utilisés lors des entretiens de tri ont également été utilisés itérativement, selon les besoins (fiche de transmission des pompiers, lettre du médecin traitant,...). Les

séquences d'entretien d'autoconfrontation simple ont été filmées, afin d'en faciliter l'analyse (observation de la communication verbale et non verbale) et d'en permettre l'exploitation éventuelle lors des entretiens d'autoconfrontation croisée.

Trois entretiens d'autoconfrontation croisée ont été réalisés environ une semaine après les entretiens individuels. Les mêmes professionnelles ont donc été confrontées en binôme, face aux mêmes enregistrements, en présence de l'intervenant. Lors de cette séquence, le commentaire sur l'image était réalisé par la professionnelle n'ayant pas réalisé l'action, avec instauration d'un dialogue entre les deux professionnelles. L'intervenant pouvait intervenir pour relancer le dialogue, explorer des aspects non évoqués de la situation ou des analyses effectuées en autoconfrontation simple (révocation ou passage d'extraits vidéo). Les séquences ont également été filmées afin d'en faciliter l'analyse.

### **2.8.2. Entretiens d'instruction au sosie**

Afin de compléter la focale d'observation limitée des captations vidéo et leurs contraintes (patients exclus pour des raisons de droit à l'image, modification des activités liée à la présence d'une caméra), mais aussi d'accéder par d'autres biais au réel de l'activité, quatre entretiens d'instruction au sosie ont été réalisés auprès d'autres infirmières, volontaires, du collectif de travail.

Parmi ces infirmières, trois exerçaient la fonction depuis plus de trois ans et une depuis moins d'un an. Ces entretiens, d'une durée d'environ une heure chacun, ont exploré, après discussion en collectif, l'entretien IAO mais également ce qui le précède et ce qui le suit, tout le long d'une journée de travail à ce poste.

Il est à noter que la méthode de l'instruction au sosie n'avait pas été vécue par l'intervenant lui-même auparavant (ce qu'il a fait depuis), ni apprise autrement que par le biais d'ouvrages. Cela n'a pas empêché le grand intérêt des propos recueillis, mais a parfois limité sa portée. Ma connaissance du métier et du contexte m'a demandé une mise à distance spécifique, afin de pouvoir accéder, autant que faire se peut, à l'« échange vivant » tiré par l'inconnu qu'on [le sosie] cherche à apprivoiser » (Clot, 2015, p. 30). Cela n'a pas été non plus sans difficultés et certains aspects auraient sans doute mérité des explorations plus fines.

Destinés, hors du champ de l'analyse, à dépasser le récit pour réinventer l'expérience de travail, ces entretiens visent à faciliter « la prise de conscience par le sujet des modèles dont il se sert pour appréhender la réalité et pour intervenir sur cette réalité » (Oddone, 2015, p. 288). Le processus mène ainsi à « une transformation indirecte du travail des sujets grâce à un déplacement de leurs activités dans un nouveau contexte, d'où elles sortiront



éventuellement « une tête au-dessus d'elle-même », pour reprendre l'expression de Vygotski » (Clot, 2017, p. 186). Si dans la méthode mise en œuvre initialement par Oddone, puis développée par les psychologues du travail, il est le plus souvent demandé à l'instructeur-sujet, ici l'infirmière, de retranscrire lui-même l'entretien puis d'en apporter un commentaire, il a semblé complexe d'effectuer cette demande aux infirmières, étant donné le temps nécessaire de retranscription (chaque entretien a duré environ une heure) et l'investissement que cette activité leur aurait demandé. J'ai ainsi proposé de réaliser moi-même les retranscriptions. Le risque était de perdre une partie de ce « contact social » artificiel avec soi-même » (Clot, 2001, p. 261) auquel pouvaient contribuer l'écoute et la retranscription. Cette dernière a alors fait l'objet d'un travail de réécriture par l'intervenant, passant du « tu » ou du « vous » prononcé par l'instructeur-infirmière au sosie-intervenant, au « je » engageant sa subjectivité, et faisant disparaître dans le texte les interventions naïves du sosie. L'intention était ainsi de redoubler l'expérience même de l'entretien par un jeu en miroir, contribuant à ce que le sujet « réalise » - aux deux sens du terme – ce qu'il fait » (id.). Ce « bricolage » de la méthode permettait également de produire un objet écrit, soigneusement soigné esthétiquement par l'intervenant (sous forme de petit livre relié), relevant ainsi l'importance de la parole sur l'activité et des manières de faire subjectives, associées à leurs possibles. La retranscription a ensuite fait l'objet par les infirmières, si elles le souhaitaient, d'un retour individuel à l'intervenant. Nous verrons la richesse de ces retours (écrits ou oraux), dans les bouleversements qu'ils ont pu créer dans l'activité des professionnelles et de l'intervenant.

### 2.8.3. Difficultés communes aux deux méthodes

Les deux méthodes, fondées sur des entretiens auxquels l'intervenant participait à différents niveaux, peuvent à nouveau questionner sur leur utilisation par un professionnel au statut de supérieur hiérarchique. En effet ces paroles adressées ne peuvent qu'être particulières et analysées au regard de la relation qu'entretiennent habituellement les différents interlocuteurs, de l'ensemble des rôles que chacun s'assigne et assigne aux autres, des rites d'interaction et de la « face », pour reprendre l'expression de Goffman (Goffman, 1974), que chacun souhaite maintenir dans l'interaction. Analyser les usages du « tu », du « vous » et du « je » par les différentes instructrices des entretiens d'instruction au sosie, au regard de leurs rapports sociaux avec l'intervenant, fut d'un grand intérêt. Mais il serait peut-être également trop simple de voir dans la relation hiérarchique un biais empêchant, tant les échanges ont été variés et complémentaires. Rappelons que notre approche n'était pas celle d'une recherche « naturaliste » exigeant le maintien d'une externalité par l'intervenant-chercheur (Albano cité par Ulmann, Weill-Fassina, 2017, p. 8-9), mais qu'à l'inverse la recherche a pu contribuer, nous le verrons, à la construction de nouvelles modalités d'interaction. Le cadre de

confiance instauré lors des travaux collectifs initiaux, la connaissance antérieure en acte du métier par l'intervenant, ont peut-être alors facilité ce travail.

## **2.9. Analyse des données et retour vers le collectif**

---

Les données recueillies (retranscriptions d'entretiens, vidéos, supports écrits de commentaires sur l'entretien d'instruction au sosie) ont fait l'objet d'analyses longitudinales pour chaque support, puis transversales au regard de thématiques ou d'expériences communes, exprimées de manière contradictoire, complémentaire ou similaire.

Des compléments ponctuels de données ont été réalisés via des entretiens semi-directifs courts auprès de trois infirmières, afin d'explorer des points qui semblaient le nécessiter.

Des restitutions partielles ont été réalisées lors de plusieurs réunions afin de pouvoir réajuster l'analyse. Puis l'analyse finale a fait l'objet d'une restitution au collectif de travail pour échanges, ajustements et éventuelle validation en juillet 2019, de manière synthétique. Cette restitution a permis, en dehors du débat qu'elle a suscité, de réajuster quelques points d'analyse ou termes utilisés. L'analyse faisait donc l'objet d'une double validation, proche de celle des dispositifs d'analyse de la psychodynamique du travail (pendant l'enquête et lors de la restitution). Validation par le collectif n'est néanmoins pas synonyme d'impossible réfutation. Celle-ci est bien évidemment possible au regard du statut particulier de l'intervenant, de son ancrage théorique mixte et de ses manques et méconnaissances. Mais de manière plus large, des « contre-enquêtes » pourraient « produire d'autres interprétations et d'autres résultats » (Dejours, 2008, p. 210). D'autres champs disciplinaires auraient également pu éclairer la problématique de manières différentes voire contradictoires. Ceci ne nous semble pas atténuer l'intérêt de l'analyse, à tout le moins pour le collectif concerné, que nous proposons maintenant de synthétiser.

---

### 3. Quelques éléments d'analyse du travail des infirmiers(ères) d'accueil en vue de la formation

---

*« Et le lent glissement des voitures, qui me paraissait si proche de l'immobilité, apparaît aussi implacable que le déferlement d'un torrent qu'on ne parvient pas à endiguer : cinquante centimètres de perdu, trente secondes de retard sans doute, cette jointure rebelle, la voiture qu'on suit trop loin, et la nouvelle qui s'est déjà présentée au début normal du poste, qui avance de sa régularité stupide de masse inerte, qui est déjà à moitié chemin avant qu'on ait pu y toucher, que l'on va commencer alors qu'elle est presque sortie et passée au poste suivant : accumulation des retards. C'est ce qu'on appelle « couler » et, parfois, c'est aussi angoissant qu'une noyade. »*

Robert Linhart. L'établi. 1978.

---

#### 3.1. Éléments d'analyse du travail

---

Dans la perspective qui est la nôtre dans cet écrit, nous ne développerons pas ici l'ensemble des enseignements de l'analyse du travail des infirmières d'accueil, qui ont fait l'objet de l'écriture d'un rapport dans un autre contexte universitaire. Néanmoins, nous ne pouvons nous passer d'en synthétiser les points essentiels, afin de mettre en perspective les effets du processus et des résultats de l'analyse sur le collectif et sur l'intervenant. Pour des raisons didactiques, nous séparerons ici les « résultats » de l'analyse des effets liés à son processus, même si le processus lui-même a pu contribuer à la construction de ces hypothèses.

##### 3.1.1. Travail « à la chaîne » et complexité de l'activité

Cinq à dix minutes. C'est le temps qu'il faut aux infirmières pour pouvoir déployer, dans la relation particulière qu'elles construisent avec le patient - « usager », toute l'étendue de leurs alternatives. Dans un environnement où la présence de la norme est forte (procédures et protocoles affichés, informatisés, division des tâches entre infirmières, aides-soignantes et médecins,...) et s'est vue renforcée pendant l'intervention, suite au drame survenu en salle d'attente (nouvelles procédures de surveillance de la salle d'attente, d'inscription des patients à l'accueil,...), la pression temporelle structure le travail de manière majeure et omniprésente. La « *gestion du flux* », « *très aléatoire* », est ainsi relevée comme un problème récurrent et d'une grande importance. Plus complexe à certains moments de la journée, généralement

l'après-midi et en début de nuit, ce flux continu fait « *retrousser les manches* ». Les infirmières, par la médiation de leur outil informatique, visualisent toute la journée, entre chaque patient, les tâches qui les attendent. Face à cet « en cours » commun, telles des ouvrières sur une chaîne de montage où elles ne quittent que très peu leur poste, elles réajustent leur organisation, ouvrent parfois un nouveau box afin d'assurer ce que certaines appellent un « *service complet* » (une infirmière par box, ce qui ne leur permet plus de travailler en binôme), accélèrent les entretiens (les entretiens observés s'échelonnent de 3 à 17 minutes). Ces « *timbres jaunes* » (patients inscrits administrativement, mais pas encore triés) affichés sur les écrans de chaque box deviennent ainsi l'indicateur majeur de leur charge de travail à venir. Elles ne sont par ailleurs pas aidées en cela par un nombre élevé d'interruptions de tâches.

Malgré et au sein de ce contexte extrêmement contraint, elles structurent leur entretien de tri par un nombre important d'étapes systématiques ou optionnelles (nous en avons identifié quatorze), certaines activités pouvant être réalisées conjointement à d'autres, et certaines étant fragmentables.

La présence ou non, la durée et le séquençage des étapes (appel du patient en salle d'attente, rituel d'accueil, première question ouverte,...), sont principalement liés à l'expérience et aux caractéristiques de l'IAO, avec un usage globalement plus « libre » de la prescription chez les professionnelles expérimentées. Néanmoins, ils dépendent également du temps que l'IAO juge disponible pour l'entretien, des caractéristiques relationnelles du patient et des autres professionnels, et de la criticité du risque, évaluée par l'IAO. Provoquant des accélérations quand cette dernière augmente, y compris en cours d'entretien (découverte d'un antécédent d'infarctus, d'une tachycardie,...), déclenchant ou déplaçant des étapes (appel immédiat au médecin avant la fin de l'entretien,...), cette inférence paraît majeure dans la structuration de leur travail.

L'entretien nécessite ainsi d'aller et venir entre le général et le particulier, de vérifier à plusieurs reprises les propos rapportés et de « *rebondir* » parfois sur un mot essentiel caché au sein de longs échanges. Les infirmières procèdent par essais et erreurs, avec des règles d'action précises fondées principalement sur des savoirs scientifiques, à partir des propos tenus en réponse à une question inaugurale, le plus souvent ouverte. Ces règles sont du type « s'il me dit qu'il présente le symptôme X...alors je lui demande s'il présente le facteur de risque Y ou le symptôme Z », l'infirmière ayant en tête que le facteur Y peut provoquer le symptôme X, et que le symptôme Z accompagne souvent, aggrave ou diminue la criticité du symptôme X.

Les infirmières procèdent ainsi à une « percolation » (Clot, Faïta, et al., 2000, p.6) guidée du discours des patients, qui nécessite de « *s'imprégner* » de leurs propos où « *parfois ils racontent leur vie* » tout en filtrant les informations inutiles et en connectant les données

permettant de formuler des hypothèses. Cette phase paraît ainsi sans doute être une des plus complexes, pouvant aller jusqu'à « *perdre* » l'infirmière dans un flux de paroles qu'elle n'arrive plus à hiérarchiser, articuler, ou, comme le nomment les professionnelles, « *mettre en lien* ». La recherche de diagnostic est fréquente malgré son interdit : « *on doit pas avoir de diagnostic, dans nos motifs on doit toujours mettre « suspicion de », c'est ce qu'on nous répète à longueur de temps à la formation IAO, mais si l'épaule pend, c'est que forcément son épaule elle est luxée* ». Au contraire des consignes reçues, il nous a semblé qu'il était parfois essentiel pour les infirmières de passer par cette démarche de recherche d'hypothèses diagnostiques afin de construire leurs actions (une suspicion de phlébite imposant un repos strict, une suspicion de méningite la pose d'un masque, etc...) et de prendre des décisions éclairées (une suspicion de crise d'épilepsie chez un épileptique connu n'est pas traitée de la même manière qu'une première crise convulsive,...). L'entretien fait ainsi l'objet d'une réelle enquête croisant différents types de questionnements pour obtenir les données sources, les infirmières prenant en compte les représentations du patient sur sa maladie.

Rituels d'interaction et rapports de place (entre infirmières et médecins, entre infirmières,..) prennent un espace majeur dans cet entretien, mais beaucoup de leurs activités « suspendues, contrariées ou empêchées » (Clot, 2017, p. 89) paraissent être fortement liées au caractère « flou » de la prescription, en particulier de la catégorisation entre circuit court et circuit long. En effet, pour différencier ces deux secteurs, l'infirmière doit « *prédire* » la quantité de soins dont le patient bénéficiera au regard de son problème de santé. Entrant parfois en conflit avec le nombre de soins qu'elle juge elle-même nécessaires, elle est surtout « *impossible à déterminer* » car les pratiques médicales diffèrent du tout au tout entre praticiens. S'appuyant parfois alors sur la « *grille de tri* » du service, elles sont confrontées aux « *patients qui ne rentrent pas dans les cases* », très nombreux. Elles peuvent alors s'appuyer sur les avis de leurs collègues, mais celles-ci sont parfois « *trop jeunes* » dans la fonction ou n'ont pas toujours de solution. Elles sollicitent alors le médecin, malgré leurs questionnements entre « *dépendance au médecin et autonomie* » : « *c'est un vrai conflit de loyauté* », de « *légitimité* », allant jusqu'à mettre en jeu leurs savoirs. Ces échanges téléphoniques, voire en face en face, sont l'objet de réels enjeux du maintien de la « *face* » de l'infirmière, entendue comme « *valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adopté au cours d'un contact particulier* » (Goffman, 1974, p. 9). Ce n'est donc pas par désinvolture, « *par facilité* », comme certains médecins le pensent, que l'infirmière les sollicite. Elles se retrouvent face à une prescription présentant les ambiguïtés d'une prédiction impossible, dont elles seules ont conscience car chaque médecin est fortement convaincu de la pertinence de ses pratiques. Solliciter les médecins peut alors revenir pour certaines à se faire violence.

Les décisions de tri et d'orientation, qui demandent un simple « clic » dans des listes déroulantes distinctes, sont les derniers champs remplis par les IAO, en toute fin d'entretien. Structurant l'ensemble de l'entretien dont elles constituent le but principal, elles sont interdépendantes et cristallisent de nombreux enjeux du travail. Mais quels buts poursuivent ces infirmières lors de cette prise de décision ? La formation des IAO énonce comme un des buts de l'action de pouvoir répondre de la manière la plus fiable possible à la question : le malade peut-il attendre sans risque ? Mais la réponse à cette question n'est qu'une propédeutique à leur but principal : permettre au patient d'accéder aux soins adaptés à son état de santé, dans des délais ne lui faisant pas perdre de chances, fonctionnelles ou vitales. En effet, notons tout d'abord que, pour les infirmières expérimentées, le but de l'activité « décision de tri » n'est le plus souvent pas la détermination d'un niveau de tri ou d'un secteur « hors sol », correspondant à une décision scientifique à haut niveau de preuve, indépendante du contexte. Beaucoup préfèrent « détourner » le niveau choisi ou le secteur d'orientation, afin d'atteindre leurs buts. D'autres défendent l'indépendance du tri vis-à-vis du contexte et tentent de l'appliquer, en associant à leur prise de décision explicitée, pragmatisée, des actions parfois contradictoires avec le niveau de tri choisi. Pour construire cette « inquiétude » et répondre à la question initiale « le malade peut-il attendre sans risque ? », à laquelle nous apportons donc la précision : « combien de temps le patient peut-il attendre sans risque ? », sont mobilisées les connaissances disciplinaires médicales des infirmières, acquises principalement en formation initiale, ici associées à une méthode de structuration de l'entretien principalement apportée par le CESU. Néanmoins plusieurs facteurs viennent influencer l'évaluation du risque, facteurs que les infirmières doivent apprendre à connaître et manipuler, mais dont elles ont peu conscience : mode d'arrivée, avis et interventions d'autres professionnels, « histoires » analogues, vécues ou rapportées. Nous préférons ici le terme d' « histoire » à celui d' « expérience », car les professionnelles se nourrissent parfois de récits à distance dont la véracité n'est pas toujours démontrée, et dont l'usage peut avoir amplifié la portée. Le phénomène semble ici agir par vagues, l'influence diminuant avec le temps écoulé depuis l'évènement, tout en restant très dépendante de la gravité de celui-ci. Par ailleurs, il semblerait que seuls les évènements ayant eu un retentissement négatif réel ou potentiel sur la santé du patient soient concernés. Ici encore, le décès de la patiente en salle d'attente, dont les suites judiciaires et médiatiques ont amplifié l'effet, paraît avoir cristallisé les craintes autour du tri : « *depuis ce jour-là on flippe à l'IAO* », avec une « *pression que l'on se met soi-même, vu ce qui s'était passé* », « *pression quant à la surveillance de la salle d'attente, de la part des médecins, qui regardaient encore plus nos tris, rediscutaient nos décisions en permanence (« t'es sûre ? »), mais aussi des cadres, qui nous harcelaient plusieurs fois par équipe pour savoir si nous avions surveillé la salle d'attente* ».

Les contraintes de la prescription, de l'organisation et de l'environnement sont donc fortes. Mais l'entretien, loin de relever d'une structuration automatisée, répétitive et sclérosée, constitue un espace de « jeu » et de « je » dont la plasticité révèle toute la subjectivité des infirmières, quand elles peuvent la déployer. C'est justement dans cette subjectivité, face à une organisation qui n'en organise pas les confrontations, que se nichent de nombreux facteurs de conflits.

### 3.1.2. Hiérarchisation des buts et confrontation des mondes

Chaque IAO hiérarchise un nombre important de buts et sous-buts de l'activité, liés aux missions assignées et à celles qu'elle s'assigne au regard de ses valeurs et de ses représentations des missions d'une structure d'urgences. Sans en aborder ici les sous-buts, nous pouvons en proposer une première catégorisation :

- Faire accéder le patient à des soins adaptés à son état de santé, dans des délais ne lui faisant pas perdre de chances (fonctionnelles ou vitales) : « diagnostic » de la situation, décision d'orientation, installation, diminution du nombre de patients non évalués,...
- Permettre au patient et ses accompagnants de bénéficier de conditions d'accueil et d'attente « humaines » et adaptées à son état de santé : faire diminuer leur anxiété, donner des repères, installer en position antalgique,...
- Permettre au patient et ses accompagnants d'avoir une représentation positive des personnels du service, de la profession, voire du service public.
- Maintenir ou développer le caractère positif des jugements réalisés par les autres intervenants du service sur le travail de l'IAO.
- Satisfaire aux exigences réglementaires.
- Préparer et anticiper la suite de la prise en charge.
- Réduire le nombre de patients consultant dans le service.

Arbitrés par les professionnelles en fonction des situations et des individualités (construisant alors des modèles opératifs différenciés), ces buts et sous-buts ne sont pas tous toujours présents dans l'activité. Nous avons, entre autres, pu analyser que les professionnelles, souvent novices, qui recherchent des hypothèses diagnostiques médicales avant de rechercher les signes émergents du risque, pouvaient se perdre dans des questionnements stériles pour l'action. D'autres affirment leur identité professionnelle en priorisant les buts à visée relationnelle ou en rejetant les buts liés à l'anticipation de la suite de la prise en charge.

Là où certaines, considérant leurs modalités d'action comme « *scolaires* », vont s'assigner les buts corrélés à la prescription de l'organisation ou du métier, d'autres vont prendre des libertés avec la règle.

Ces hiérarchies de buts, différenciées, peuvent entraîner des incompréhensions entre infirmières, voire des conflits. Au centre de ceux-ci est installée la triade constituée des trois buts majeurs que sont la sécurité du patient, la qualité de la « relation de soins », et la mission de « filtrage ». Nous l'avons vu, tenter d'assurer, avec toutes les difficultés que cela comporte, la sécurité du patient durant son temps de présence dans le service constitue une part centrale de leur travail. C'est sans aucun doute celle qui fait l'objet de la part la plus importante des prescriptions, destinées à verrouiller l'ensemble des failles qui pourraient amener à « *passer à côté* » d'une urgence de prise en charge. Le décès survenu en salle d'attente et ses suites n'ont pu qu'augmenter l'importance subjective de ce but. Néanmoins, face à lui se dressent deux buts a priori contradictoires et pourtant majeurs.

En effet, l'aspect clinique et scientifique de la démarche de tri n'en élimine pas la portée relationnelle, malgré un contexte très contraint par le temps disponible, les interruptions de tâches et un environnement offrant peu d'intimité et de sérénité. C'est donc par petites touches éparses qu'elles tentent de construire et maintenir pendant quelques minutes ce qu'elles appelleront en entretien d'autoconfrontation une « *bulle relationnelle* », à l'abri d'une extériorité agressive et perturbante. Leur travail en binôme (souvent dévalorisé par la hiérarchie pour son caractère « *non efficient* ») est ainsi riche d'enseignements. Avec une infirmière « *au chevet* » du patient, posant les questions et « *s'occupant de l'humain* », et une infirmière qui « *se coltine le secrétariat* » à l'ordinateur, le principe reste systématique : la relation dialogique principale reste une dyade, la seconde IAO restant en position de tiers n'intervenant pas dans cette « *bulle* » qui lie l'IAO et le patient. Ce tiers est néanmoins perçu et placé en situation de « destinataire non désigné » (Filliettaz, 2018, p. 35) de la parole échangée avec le patient, puisque c'est lui qui sera chargé d'en retranscrire et synthétiser les données, et d'en aboutir, en co-activité avec la première IAO, à une décision de tri. Cette « *bulle* » fait l'objet d'une si grande attention que lorsque l'IAO « tierce » souhaite une précision, un complément d'information, elle questionne sa collègue et non le patient : « *Est-ce qu'elle a changé de traitement ?* », « *Elle est tombée ?* ». Ces questions sont alors relayées par la première IAO qui les pose au patient. Cet ordonnancement, dont la fluidité étonne même les professionnelles lors des autoconfrontations, n'est certes pas systématique, et est très dépendant de la relation pré-existante entre les deux IAO, de leur partage des mêmes hiérarchies de buts. Mais ces attentions relationnelles s'infiltrèrent également dans les interstices de l'efficacité productive, en particulier dans les moments d'attente, où l'intensité des échanges langagiers diminue, et qui font l'objet par les infirmières d'une attention particulière au maintien d'une relation avec le



patient. Elles explicitent les raisons de leur absence quand elles doivent s'éclipser, ou, quand elles restent, échangent avec le patient sur un registre plus informel, abordant son ressenti afin de le rassurer (« *ça va ?* », « *vous inquiétez pas, on va bien s'occuper de vous* », « *vous êtes venu avec votre fille ?* ») ou s'en rapprochant (en posant par exemple leurs coudes sur le brancard sur lequel est allongé le patient). Elles échangent souvent plus de regards avec lui. Toutes ne se sentent pas à l'aise avec ces moments où l'échange est moins dirigé et la parole plus libérée. Mais toutes, à un moment ou à un autre, démontrent une attention à l'autre et à la nécessaire « alliance dialectique » (Fleury, 2019, p. 20) du soin, où « la qualité des relations intersubjectives entre soignés et soignants [...] sont déterminants, tout comme la reconnaissance subjective réciproque entre patients et soignants » (id.). Cette attention à l'autre entre alors régulièrement en conflit avec la nécessité, pour les IAO, de sécuriser leur prise en charge en accélérant le rythme de l'interrogatoire, en verrouillant les questions, mais surtout en accélérant leur cadence face au nombre de patients potentiellement à risque en attente d'examen. Les infirmières sont donc contraintes d'effectuer des choix, fondés sur une hiérarchisation de ces buts souvent contradictoires. Or ces décisions, peu conscientisées, sont portées de manière individuelle, peu débattues entre collègues, alors qu'elles contraignent l'autre dans le champ de ses possibilités d'action et de propre choix. Quand l'une des IAO consacre un temps plus important à un patient, sa collègue peut se sentir contrainte, par le poids du flux et des patients en attente, à accélérer son travail, à raccourcir le temps consacré aux échanges non productifs, et nécessaire à la sollicitude. Mais « être contraint de mal faire son travail, de le bâcler [...] est une source majeure et extrêmement fréquente de souffrance dans le travail » (Dejours, 2009, p. 37). Cet impact du flux et de la co-activité autour d'un « en cours » commun et dangereux fait alors souffrir, quand il ne fait pas l'objet d'une mise en débat dans le collectif professionnel. Il fait reposer sur les soignantes un dilemme insoluble, l'organisation ne les prenant pas en charge, voire les aggravant par des choix managériaux hors sol.

Par ailleurs, si la législation afférant à la fonction et les procédures de service sont précises quant à l'impossibilité pour les infirmières de réorienter les patients vers un autre service ou vers la médecine de ville sans avis médical, le réel du travail démontre que les infirmières, à différents niveaux, s'assignent une mission de filtrage importante et facteur de conflits interindividuels. Dès l'accueil administratif, ou dans le box de consultation, elles tentent régulièrement de convaincre le patient évalué comme non urgent, à partir de divers critères cliniques ou déclaratifs, du caractère inadapté ou reportable de sa consultation. Elles sont alors amenées à les réorienter vers leur médecin traitant, un spécialiste, un autre service ou d'autres dispositifs de soins. Ces réorientations peuvent se faire de manière plus ou moins directe, plus ou moins imposée et avec différentes manières de convaincre (exagération du

temps d'attente, exposition hyperbolique de l'activité actuelle du service,...). Mais elles sont pour la plupart mises en invisibilité par les soignantes, réalisées de manière furtive et à l'abri des regards de l'encadrement, sans laisser de traces : elles ne créent pas de dossier de soins, n'en gardent aucun écrit, voire les effacent. L'encadrement est amené à rappeler l'interdiction de manière répétée et par différentes voies (affichages, réunions, réajustements quand elles sont prises sur le fait), avec peu ou pas d'effets. Par ailleurs, ces entretiens de réorientation sont souvent facteurs de conflits verbaux, voire physiques, avec les patients, dont les représentations de l'urgence et des missions d'un service tel que celui-ci diffèrent ou s'opposent. Nous pourrions alors nous étonner que ces soignantes prennent une responsabilité qu'elles n'ont pas au regard de la loi, qui leur prend un temps important (l'entretien est souvent plus long qu'un entretien de tri moyen) et qui leur fait prendre des risques. Il faut, pour mieux comprendre ce phénomène, sans doute se pencher sur les relations entretenues par les médecins avec les infirmières et les réactions des premiers, le plus souvent négatives voire méprisantes, face à l'inscription de patients qu'ils considèrent ne pas nécessiter leur examen. Certains vont jusqu'à demander explicitement, en début de journée de travail, aux IAO de « *renvoyer le plus possible dehors* » la « *bobologie* » et les patients « *qui n'ont rien à faire là* ». Les soignantes s'approprient, chacune de manière très différente, ce discours fréquent en médecine d'urgence, lié à l'historicité de ces services et à leurs difficultés structurelles, malgré la contestation assez récente de sa pertinence (Naouri, et al., 2019). Il semble que se jouent ici des mécanismes de valorisation d'une tâche pourtant ingrate que les médecins abandonnent aisément et où les infirmières, à des degrés différents selon leurs histoires personnelles et leur vécu du travail, peuvent voir l'occasion d'une prise de responsabilité les rapprochant d'un corps médical omniprésent. Mais se jouent aussi des représentations différentes des missions hospitalières et plus largement de la maladie et de la santé, entraînant conflits interindividuels (avec les autres IAO, avec le personnel du préaccueil, avec les médecins) et avec la hiérarchie.

Nous pouvons ainsi émettre l'hypothèse de soignantes prises entre plusieurs « mondes », reprenant ainsi dans notre champ d'analyse l'hypothèse formulée pour l'entreprise par Luc Boltanski et Laurent Thévenot, énonçant que « les mêmes personnes pouvaient se référer à toutes les grandeurs, à la différence de l'hypothèse qui attache des systèmes de valeurs ou des cultures à des membres d'une même groupe social ou d'une institution, valeurs intériorisées sous forme de préceptes éthiques ou de dispositions auxquels une personne particulière pourrait obéir dans toutes les circonstances de la vie » (Boltanski, Thévenot, 1991, p. 189). La « présence simultanée de ressources hétérogènes, par leur mode de cohérence et les principes de justice sous-jacents, y est problématique » (id.), car de ces trois buts guidant l'action, aucun ne peut être exclu sous prétexte d'injustice ou de fondements injustifiés. Dans

le « monde de l'inspiration » (id., p. 200-206), la reconnaissance subjective du patient en tant qu'interactant nécessite attention et sollicitude, dans un travail de « care » souvent socialement réduit à une « vocation », à laquelle les infirmières auraient choisi de se consacrer. Dans un rapport d'ouverture pour « accomplir la dignité humaine en rétablissant entre les êtres des relations authentiques » (id.), elles se retrouvent confrontées à une mutation progressive de leur monde en « monde industriel » (id., p. 252) où la performance, la productivité et l'opérationnalité, sous couvert d'expertise, permettent une mesure de qualité par indicateurs chiffrés (temps d'attente, nombre de patients examinés par heure,..). En « filtrant » les patients à l'accueil, les infirmières ne cherchent-elles pas, en partie et à ce moment précis, à rétablir la performance d'un système dont certains patients pourraient gêner les ressources ? Néanmoins ce monde n'est pas à rejeter, c'est toute la difficulté, car par ses objectifs et ses moyens, il porte une vision scientifique d'optimisation, chassant risques et aléas délétères à la santé du patient. En cela peut-être porte-t-il certaines caractéristiques du « monde civique » (id., p. 231), établissant par une vision plus collective qu'individualisée de la santé un « rapport d'équivalence entre les êtres en tant qu'ils appartiennent tous à un collectif qui les comprend et les dépasse ». Mais alors comment concilier ces différentes visées, toutes justifiées, à celles d'un « monde domestique » (id., p. 206) où le respect des règles et procédures énoncées par la hiérarchie exige de prendre ses responsabilités et de ne pas les dépasser, et d'un « monde de l'opinion » (id., p. 222), où, pour accéder à la considération des collègues et du corps médical, il faut justement se libérer des contraintes et rejeter la banalité de la légalité ? Passant ainsi d'un monde à l'autre, ou plus exactement s'y référant de manière hiérarchisée et fluctuante, les soignantes ne peuvent, sans construction d'objets composites communs, que verser dans la discorde, emmurées dans les frottements des mondes.

Les soignantes se retrouvent ainsi dépositaires de « conflits de critères » (Clot, 2017, p. 9), entre vitesse, qualité diagnostique, engagement relationnel, missions hospitalières, qui constituent des choix éthiques majeurs, peu étayés en cela par le collectif et l'organisation. Cette dernière, embarrassée de fortes « Tensions de Gouvernance Publique » non résolues dans le champ hospitalier (Méziade, Rochette, Talbot, 2019), laisse en effet les infirmières dans une « friche » où elles ont à construire leurs modalités d'action, au prix de conflits de personnes et d'une « perte de sens de l'activité [...], déliaison entre les préoccupations réelles des travailleurs - une certaine idée du travail et d'eux-mêmes par exemple – et des occupations immédiates qui leur tournent le dos » (id.). L'ensemble ne les met néanmoins pas, pour la plupart, dans une incapacité totale à agir. Elles construisent en effet en réaction, comme nous l'avons vu et le verrons par la suite, des modalités d'action fondées sur ces conflits.

### 3.1.3. Concepts organisateurs de l'activité

L'étude de la structure conceptuelle de la situation d'entretien de tri, « ensemble des concepts pragmatiques ou pragmatisés qui ont pour fonction d'orienter et de guider l'action » (Pastré, 2018, p. 176) a permis de tenter de dégager quatre concepts organisateurs qui structurent la démarche des infirmières :

#### a. Le risque patient

Concept central, point majeur des formations au poste, entendu comme « la possibilité qu'un événement ou une situation entraîne des conséquences négatives dans des conditions déterminées » (Kouabéan, et al., 2007, p. 22), il repose sur un certain nombre d'indicateurs évalués par l'infirmière et dont la « convergence donne la valeur du concept » (Pastré, 2018, p. 176) : le « qui » (est le patient) ; le « quoi », problématique ressentie / exprimée / mesurée par le patient ; le « comment » ; le « quand » ; le « combien » ; le mode d'arrivée ; les histoires analogues, vécues ou rapportées ; les avis des autres IAO et du MAO ; mais aussi la peur, que nous aborderons par la suite. Nous ne pouvons que constater la faible instrumentation de ces indicateurs, relevant la subjectivité du risque et l'impossibilité manifeste de le démontrer scientifiquement, malgré les grilles et protocoles proposés pour guider l'action.

C'est en effet face aux difficultés individuelles de la perception et de l'évaluation des risques, auxquelles s'ajoutent la gestion psychologique des dissonances cognitives, que se trouvent les infirmières au moment de la prise de décision. Se jouent ici des biais de confirmation (Leneuve, Laville, 2012, p. 8), qui poussent « à interpréter des informations de manière qu'elles corroborent nos opinions et nos hypothèses », mais également des excès de confiance, des effets de « présentation de soi » (Sénémeaud, Somat, 2013, p. 220) et de « besoin d'être approuvé » (id.) (des novices par les expertes, par le médecin). Mises au jour par le décès récemment médiatisé, les « heuristiques de la représentativité » (Leneuve, Laville, 2012, p. 6), raccourcis mentaux qui poussent les infirmières à « croire que le futur ressemblera au passé » et qu'à l'inverse « si un événement ne s'est jamais produit alors il ne se produira jamais », sont loin d'être réduites par une organisation du travail qui, à l'inverse, les exacerbe.

#### b. Le « flux »

Nous l'avons vu, le « flux patient » structure entièrement l'entretien et ne peut être considéré comme une simple inférence. Les indicateurs à disposition des IAO sont nombreux et très

instrumentés. Ici aussi c'est la convergence des indicateurs qui donnera une teinte au concept. Chacun, isolé, est insuffisant pour guider l'action : nombre et caractéristiques des autres IAO ; nombre de patients piétons en attente pré IAO non urgents ou urgents (donnée accessible par la médiation du logiciel, mais aussi des sens des infirmières : bruit, occupation de la salle d'attente,...) ; nombre de patients couchés en attente pré IAO non urgents ou urgents ; nombre de patients en attente d'inscription au préaccueil (file d'attente des patients non inscrits) ; nombre de patients dont la surveillance est sous la responsabilité des IAO ; intensité du travail dans les différents secteurs d'aval de l'IAO ; caractéristiques des équipes médico paramédicales des différents secteurs d'aval de l'IAO ; nombre de brancards disponibles ;...

### c. L' « expérience de l'usager »

Ce troisième concept organisateur est au cœur de grandes disparités entre infirmières, et fait l'objet de souffrances quand les inférences de la situation ou la place des autres concepts l'appauvrissent.

Nous reprenons ici le terme d' « *expérience patient* » utilisé par une infirmière, qui nous semble intéressant en ce qu'il convoque les éléments « actif » et « passif » (Dewey, 2018, p. 223) du vécu du patient lors de son passage dans le service. En effet, « nous subissons les conséquences » (id.) de l'expérience, elle « subit », mais elle « éprouve » également, « nous agissons sur elle, nous faisons quelque chose avec elle » (id.). Or l'entretien IAO est bien une situation de co activité, où l'infirmière, loin de réifier le patient, peut engager une relation et prendre en compte sa subjectivité, tenter d'humaniser une relation que la prescription tend à uniformiser et rationaliser. Elle ne cherche donc pas seulement à ce que le patient « subisse » le moins possible la situation, mais à ce qu'il puisse en faire quelque chose, « *en ressortir content* ».

C'est donc en opposition avec la notion de « patient » que l'infirmière peut structurer son action. Elle cherche ainsi parfois, même si cela est souvent en vain, à ne pas le laisser dans la posture de soumission dont la notion est issue (du latin « *patiens* », « qui supporte, endurent », issu du verbe « *patior* », « souffrir, supporter, endurer »). Il nous a semblé, au regard des entretiens, que toutes y concourent, avec plus ou moins de force, de conviction ou de passivité subie par rapport à un contexte qui d'évidence positionne le patient comme objet de production standardisé. Au contraire, elles recherchent chez lui ses propres moyens d'action, tentent de lui donner, parfois maladroitement, des conseils en matière de santé, se « *mettent à sa place* » par empathie et essayent de le faire rire afin qu'il puisse s'extraire de sa position de passivité. Mais la notion d' « usager », qui pourrait alors paraître plus adaptée, ne répond pas non plus aux buts de l'action chez les professionnelles, qui rejettent très explicitement les aspects

« *utilitaires* », « *déshumanisés* », et proches de la « *consommation* », qu'elles voient dans le terme. Le terme d'« usagent » (Heijboer, 2019, p. 20), « néologisme dépassant la notion d'usager », positionne cet interlocuteur non plus en tant que simple utilisateur d'un service, mais en tant qu'acteur agissant, en co activité. Nous avons montré que les infirmières « s'appu[ient] sur les capacités cognitives et actives » de leur interlocuteur, les « mettent au travail » (id.) lors de l'entretien. Elles ne sont pas à la recherche de simples données à extraire de leur interlocuteur, mais cherchent à lui faire dire son expérience, son vécu. Une infirmière expérimentée nous dira ainsi toute l'importance de « *l'écoute faite à la plainte du patient, même si souvent il a besoin d'être guidé* ». L'infirmière « maïeuticienne » est donc ici en posture de « catalyseur de confiance en son savoir sur lui et sur le monde » (id., p. 78).

Les indicateurs que les infirmières prennent en compte pour donner une valeur au concept paraissent pouvoir être synthétisés ainsi : anxiété observée ou exprimée par l'usagent ; intensité de la douleur ; temps d'attente vécu avant d'être accueilli ; présence ou non d'accompagnants ; facteurs extérieurs d'inconfort (bruit, taux d'occupation de la salle d'attente, présence de patients agressifs, odeurs,...) ; temps évalué comme disponible pour l'entretien IAO, disponibilité psychique ; fréquence et durée des moments de rupture de la communication IAO / usagent ; travail seul ou en binôme.

#### d. La « peur » et sa conjuration

Une « *peur de l'erreur* » s'instille, lancinante et continue, l'IAO étant « *là où on prend le plus de risques* ». Elle est principalement fondée sur le risque patient, mais réélaborée à partir d'indicateurs annexes tels que le flux, la présence de patients jugés à risque en salle d'attente, l'anticipation inquiète de la réaction des médecins et autres soignantes au triage réalisé. Elle est également influencée par les représentations individuelles de la responsabilité. « *Entre 3 et 5 minutes lors de l'interrogatoire à l'IAO, cela me pousse à aller vite et à avoir la crainte de passer à côté d'un élément* », ce « *flux tendu, qui nous pousse à aller vite, mêlé à la peur de passer à côté d'une information qui pourrait changer le tri* ». Présente en filigrane, parfois oubliée, cette « émotion ressentie généralement en présence ou dans la perspective d'un danger » (Natanson, 2008, p. 161) mènerait selon les professionnelles à un tri globalement « *surcoté* » dans le service, frôlant le « *tout le monde en orange [tri 2] et en vert [tri 3]* », à des « *électrocardiogrammes faits hors protocole sur initiative de l'infirmier* », parce que « *juste j'aimais pas sa tête* ». Le risque nourrit ainsi la peur, qui, en retour, parasite l'évaluation du risque. Ainsi elles aimeraient avoir « *un collègue pour confronter son point de vue* », ce qui « *permet d'avoir moins peur* », car « *il y a des trucs pas notables [...], où on a besoin d'un deuxième regard* ». D'autres préfèrent utiliser le terme d'« *inquiétude* » mais qui, là aussi,

guiderait nombre de leurs pratiques quotidiennes : « *revenir en salle d'attente voir un patient qu'on ne sent pas* », « *demander un deuxième regard aux collègues* ». Les novices seraient, pour la plupart, « *inquiètes pour tout* », mais l'inquiétude ne disparaît pas avec l'expérience :

Extrait d'un entretien d'instruction au sosie avec une infirmière expérimentée (IDE) :

– **IDE** : *Ben vous allez voir que y'a certaines situations sur lesquelles vous vous inquiétez plus. De les mettre en salle d'attente ou de...[...] Voilà...Y'a beaucoup de choses qui deviennent des automatismes, et qui ne le sont pas au début donc faut le temps que ça se mette en place...euh voilà, une fois que y'a les automatismes et les réflexes et... Et qu'on a beaucoup moins peur, eh ben ça devient plus facile de faire de l'accueil...*

– **Sosie (S)** : D'accord. Je risque d'avoir peur demain donc ?

– **IDE** : *Hm.. Oui !* (rires)

– **S** : Peur de quoi ?

– **IDE** : *Peur de faire le mauvais tri, peur que y'ait un patient qui décompense en salle d'attente. Euh.. peur de... ouais, de mal prendre en charge les patients...*

– **S** : D'accord, ok. Donc je... je risque d'avoir peur mais là demain il faut pas que je montre cette peur puisque je... si je veux vous ressembler je...

– **IDE** : (rires) *Ouais, je l'ai plus !*

– **S** : J'ai pas peur, enfin... j'ai pas peur ?

– **IDE** : *Moins.*

– **S** : Moins. D'accord.

– **IDE** : *J'ai plus peur sur des... sur certaines catégories de patients, mais bien sûr que les patients graves ils nous font toujours... Ils nous font toujours peur.*

– **S** : D'accord. Mais moi je les vois pas longtemps, pourquoi ils me font peur ? Ces patients-là ?

– **IDE** : *Parce que vous prenez la responsabilité de les mettre ou non en salle d'attente.[...] Et que un patient qui décompense en salle d'attente, c'est votre responsabilité.*

– **S** : D'accord. Donc là c'est quand je le mets en salle d'attente que je... j'ai peur ? Si je le mets en SAUV [Salle d'Accueil des Urgences Vitales]...

– **IDE** : *Ben non, en SAUV il va être directement pris... en charge. [...] Donc après vous pouvez aller regarder le dossier un peu plus...tard... pour voir ce qu'il se passe pour lui.*

– **S** : Ça je peux le faire demain, d'aller voir des dossiers ?

– **IDE** : *Oui. Dès qu'il y a un petit moment vous pouvez regarder...*

– **S** : De là où je suis ou je vais le voir, ou je vais...

– **IDE** : *Euh non, de l'accueil, y'a un visu de l'écran, voilà, et si y'a rien dans le dossier ou des choses comme ça, ce qui peut arriver au dé choc si le patient est vraiment*

*grave... Vous allez voir vos collègues du SAS [autre nom de la Salle d'Accueil des Urgences Vitales] et vous leur demandez ce qu'il se passe pour lui.*

– **S** : D'accord. Donc ceux où je peux avoir peur, c'est ceux que j'ai mis en salle d'attente... les autres ?

– **IDE** : *Oui, parce que au final une fois qu'ils sont installés et qu'ils ont vu un médecin, vous êtes rassuré. [...] Parce que si y'a un critère de gravité il est pris en charge donc...[...] C'est plus, c'est plus... Ceux que vous mettez en salle d'attente, et qui peuvent s'aggraver sans que personne les voit...*

La peur, en tant que « réponse à un aspect concret de la réalité » (Dejours, 2008, p. 105-107) se focaliserait donc principalement sur cette « *fameuse salle d'attente* », lieu de cristallisation des débats, des récentes prescriptions organisationnelles et des revendications d'effectifs. Comment ne pas voir dans le « *sans que personne les voit* » une résonance de l'évènement récent ? En ne permettant pas la fluidité nécessaire à l'examen médical des patients dans les temps prescrits par l'IAO, l'organisation fait d'autant plus reposer ce risque sur les infirmières. En prônant une organisation des soins « efficiente » fondée quasi exclusivement sur des critères de délais d'attente, aveugle à l'intérêt du travail en binôme, l'encadrement réduit la possibilité de partage de l'évaluation du risque. Ce risque « résiduel », car incomplètement prévenu par l'organisation du travail, doit être ainsi « individuellement assumé » (id.). Nous rejoindrons ainsi Christophe Dejours lorsqu'il affirme que « de cette opposition entre la nature collective et matérielle du risque résiduel et la nature individuelle et psychologique de la prévention à chaque instant du travail surgit le problème de la peur au travail » (id.).

Cette peur fait néanmoins l'objet de redéfinitions individuelles de la tâche destinées à diminuer son acuité. Les infirmières sont ainsi amenées à modifier leurs comportements et leurs relations avec les patients :

*« En fait l'accueil c'est ... ouais c'est du travail à la chaine et... et ouais on va.. et c'est pour ça aussi que je voulais pas me faire filmer, on en sacrifie quelques-uns... au détriment des autres pour euh... pour aller vite, pour euh... et c'est vrai que si on pouvait, on prendrait plus de temps... avec chaque patient, mais... pour ça il faudrait peut-être qu'on ait 6 box et 6 IAO pour...[...] Ben c'est vrai que par exemple pour les patients pas graves, par exemple un trauma du pouce ou un truc comme ça... en fait on va même pas leur dire, le temps qu'il y a d'attente, on va même pas leur dire de... comment ça va se passer, on... va leur dire « vous allez derrière les portes blanches » et en fait, nous on le sait, qu'ils vont attendre 6 heures et tout, eux ils le savent pas, et.. Et c'est comme ça qu'on fait monter les gens mais... mais avec ces gens-là qui sont pas graves on peut aller tellement vite... pour garder du temps pour ceux qui sont graves, que.. Ouais clairement, moi j'aimerais pas qu'on me prenne en charge comme*



*ça si je venais, je le sais. [silence]* » (Une infirmière lors du retour sur l'instruction au sosie)

« *On en sacrifie quelques-uns* » : si les mots sont forts, c'est qu'ils sont l'émergence d'une réelle discordance entre les désirs des professionnelles et ce que l'organisation du travail et le contexte leur permettent. Alors elles se construisent les moyens de rendre le travail moins invivable, en opérant des « tricheries » avec les règles, les « bonnes pratiques » :

*« Moi quand je suis aux préads [inscriptions administratives], des fois je ralentis le flux pour diminuer la pression sur les IAO. De toute façon je les vois les patients, ils sont là devant moi ils vont bien. Et sinon je les fais passer en priorité. »* (Une infirmière lors des échanges collectifs)

Comment ne pas voir ici l'amorce d'une conjuration de la peur de « couler », caractéristique des tâches soumises à cadence (Dejours, 2008, p. 115), ici associée à la peur née du risque encouru par le patient, du fait du travail de l'IAO ? Nous avons pu observer que les IAO organisaient très fréquemment leur travail en rythme discontinu, par « vagues », en particulier quand le flux de patients entrant est important. Les infirmières s'autorisent ainsi régulièrement, en fonction de l'attente « pré IAO », à ralentir ou interrompre le flux de tri, avec une limite de temps variable en fonction de chacune. Certaines profitent de ces temps de ralentissement du travail pour faire des pauses, parfois ressenties comme trop longues par leurs collègues. Mais elles s'effectuent généralement près de l'accueil, dans le parking des ambulances, conservant une visualisation continue sur les patients arrivants et sur le flux. Ces moments sont par ailleurs vécus comme des moments d'« accumulation » par les infirmières, point qu'elles ont à l'esprit tout le long de leur pause, dont elles appréhendent ainsi la fin : elles savent que « *quand elles reviennent ça va être chaud* », qu'il « *va falloir passer la deuxième* », en « *travaillant efficacement, t'arrêtes de papoter avec le patient* ». Car « *avoir du monde* » en attente, « *ça s'entend direct à travers les parois, c'est visuellement et auditivement horrible* », « *en ne travaillant pas au fil de l'eau, on ne sait pas ce qui va arriver après, c'est risqué et on peut se laisser déborder* ». « *Prendre la vague* » est alors vécu par beaucoup comme « *un défi* », souvent collectif : « *allez, dans trois quarts d'heure c'est plié, on n'a plus d'attente, ok ?* », permettant d'accéder à des modalités de travail plus vivables : « *dans une heure ce sera vide et on pourra travailler en binôme* ».

Cette organisation par « vagues », associée aux « tricheries » destinées à diminuer l'impact psychologique de l'attente sur les collègues, sont-elles les signes émergents d'une « stratégie collective de défense » (Dejours, 2008, p. 150-158) où la bravoure permettrait de neutraliser la peur ? Nous pouvons en faire l'hypothèse, les soignantes paraissant « opposer à la souffrance (liée à la peur) un déni collectif » (id.), tendant vers la dérision, voire la provocation,

mettant en scène une capacité virile à affronter la tâche avec panache, « *au front* ». Elles tiennent ainsi les objectifs, obtiennent une certaine reconnaissance du corps médical et de leurs collègues, et y trouvent un moment collectif de synergie importante, justifiées « par un discours de maîtrise, appuyé sur la connaissance, le raisonnement logique » (id.). Ces stratégies de défense viriles, rationalisées et qui « fonctionnent comme des rituels de conjuration » (id.) contre la souffrance au travail, se déroulent bien souvent hors du champ visible de l'encadrement (quand elles sont mises en œuvre en réaction à une baisse antérieure de la cadence), et procurent une certaine autosatisfaction. Est-on face à une peur qui, comme celle des agents de conduite des centrales nucléaires écoutés par Guy Jobert, fait l'objet d'un déni « érigé par tous les facteurs en une idéologie défensive de métier nécessaire à la protection psychique des agents et contribuant au maintien du lien social au sein de la communauté de travail » (Jobert, 2014, p. 190) ? Les stratégies collectives de défense viriles des infirmières semblent ici ne pas avoir été l'objet d'une radicalisation du déni. La peur ne s'exprime certes pas ou très peu dans les espaces publics (espaces de détente, réseaux sociaux, fêtes, réunions de service,...), mais elle le peut encore dans des espaces restreints (en face à face, en collectifs restreints,...). Peut-être est-ce là l'effet de métiers du soin, « où la vulnérabilité et la souffrance ne sont pas systématiquement niées, mais plutôt élaborées défensivement à travers des techniques narratives centrées sur des histoires concrètes et maniant l'autodérision » (Molinier, 2010b, p. 104), consistant à « encercler » (Dejours, 2009, p. 147) le réel plutôt qu'à le nier. Néanmoins ces stratégies ne peuvent se construire sans collectif. Collectif que l'on peut questionner quand une infirmière énonce, comme nous l'avons vu plus haut, sa difficulté et sa souffrance face à un autre infirmier au fonctionnement opposé, prenant le temps de la relation sans comprendre l'impact de sa cadence plus faible sur celle des autres et sur le sens qu'ils peuvent investir dans leur travail. La peur est tue et les échappatoires constitués par les ajustements avec la règle (les échanges de secteurs entre collègues, le travail en binôme,...) sont empêchés, avec donc le risque, si les espoirs de rémission s'étiolent et que le collectif ne répond plus, d'une radicalisation en « idéologie défensive de métier » (Dejours, 2008). Cette dernière pourrait mener à une auto-accélération et à une intensification du travail, dont certaines « se saoulent » (id.), ce « *pic d'adrénaline, qui stimule et qui épuise* » dont nous ont parlé les professionnelles. Nous ne pouvons alors que rejoindre Christophe Dejours quand il énonce que « si la peur n'est pas neutralisée de cette façon, si elle pouvait surgir à tout moment pendant le travail, alors, les ouvriers ne pourraient continuer leurs tâches plus longtemps » (Dejours, 2008, p. 150-158).

Lors d'une situation filmée, nous avons pu observer une infirmière, qui, face à un patient pour lequel elle évalue un risque important de pneumothorax (air infiltré dans la plèvre et pouvant être la cause d'une détresse respiratoire), appelle le médecin pour tenter l'installation rapide

du patient en Salle d'Accueil des Urgences Vitales. Le médecin n'adhérant pas à l'hypothèse, l'infirmière use alors de divers moyens afin d'obtenir l'installation rapide du patient en secteur de soins : réalisation d'un électrocardiogramme « hors protocole » afin de faire déplacer le médecin, puis décision discrète, à l'écart du médecin, d'un niveau de tri élevé, et enfin accord avec ses collègues paramédicaux du secteur d'aval pour installer le patient immédiatement. Ces infirmières « jouent » donc avec les prescriptions, les utilisent afin de répondre aux buts qu'elles s'assignent et non simplement comme de simples objets guidant l'action ou la contraignant. Cette tâche redéfinie, véritable « savoir-faire de prudence » (Cru, 2014, p. 79), « prévenant de l'accident mais d'une manière non reconnue par l'organisation du travail [et] par eux-mêmes », détournant la règle en la transformant en instrument de l'action, est ainsi le signe émergent d'un pouvoir d'agir non pas « malgré » la prescription, mais « avec ». Mobilisant ainsi en acte ses « savoirs-valeurs » (Schwartz, 2017, p. 7), l'infirmière « n'apparaît plus comme l'exécutant plus ou moins fautif du travail prescrit, mais comme le créateur permanent de sa propre activité qui dépend de ce que l'opérateur comprend de sa propre situation réelle de travail » (Wisner cité par Clot, 2017, p. 47).

La maîtrise de la peur, voire même sa catachrèse, « usage détourné et inventif d'un outil » (Clot, 2017, p. 91) en instrument quand elle peut être domptée, comprise et analysée, peut ainsi s'approcher ainsi d'une « règle de métier », « préexistant aux actions bien qu'elle soit continuellement réévaluée dans la pratique » (Cru, 2014, p. 117). Ainsi « le passé sert, sous cet angle, à conjurer les risques du présent, [...] On se défend contre la peur en se défendant avec la peur » (Clot, 2017, p. 93). Composant une véritable « loi de composition interne » (Cru, 2014, p. 118), elle ne peut être ni dite ni transmise, hormis par « frayage » (Delbos et Jaurion cités par Cru, 2014, p. 133), « en se « frottant » aux hommes de métier » (Cru, 2014, p. 133), motif certain d'une grande complexité à apprendre le métier. Puisque « la représentation désavouée n'est jamais loin de ressurgir » et que « les défenses résistent mal à un retour brutal du réel : accident, erreur, [...] » (id.), le drame survenu en salle d'attente a pu mettre à jour les difficultés du collectif à prendre en charge ces règles et à les mettre en discussion, afin qu'elles ne se sclérosent pas et ne mènent pas à l'intensification de leurs causes. L'organisation du travail ne semble ainsi pas encore avoir pris la mesure de la nécessité d'y travailler avec les professionnelles.

#### **3.1.4. Une reconnaissance en panne**

L'ensemble des données recueillies par les infirmières lors de l'entretien fait l'objet de mises en relation multiples et de confrontations à leurs savoirs scientifiques afin d'en extraire, non pas le diagnostic le plus probable, mais le risque le plus critique, en termes de gravité et de

probabilité. Ici se niche une problématique importante pour les infirmières, qui, comme nous avons pu le voir, peuvent perdre un temps et une énergie précieux à rechercher un diagnostic médical « *interdit* ». Néanmoins le plaisir que nous avons pu observer chez les professionnelles quand elles apprennent qu'elles suspectaient le bon diagnostic, étaient « *sur la bonne piste* », est patent. Il n'est ainsi pas rare, nous l'avons vu, qu'au décours de tris « *complexes* » ou ayant fait l'objet de désaccords entre IAO, ou entre IAO et MAO, les infirmières regardent, généralement à distance et via la médiation protectrice du dossier informatisé, le diagnostic médical final du patient et son devenir. Notons que lors de chaque autoconfrontation, les infirmières ont souhaité également accéder à ces données. Ce devenir semble ainsi constituer une des seules modalités d'évaluation de leur travail, peu accessible car à distance, bien souvent après leur départ du travail. Il y a en effet, comme dans les simulateurs de centrales nucléaires évoqués par Pierre Pastré, de l'« *hysteresis* dans la réponse du système, en sorte que, dans beaucoup de situations, il ne se passe rien sur le moment et, quand la réponse du système se manifeste, il est trop tard pour la prendre en compte » (Pastré, 2018, p. 275).

Mais, de manière plus précise, comment évaluer la « réussite » d'un tri ? Le diagnostic médical final constitue-t-il un indicateur fiable ? Le tri des IAO est fondé sur la probabilité de survenue d'un danger. Un risque, même très peu probable, doit être pris en compte s'il peut s'avérer grave. Mais la probabilité de l'évènement contraire - donc la non réalisation de ce danger - est le plus souvent plus importante. S'il survient, qu'il y a donc concordance entre le motif principal d'inquiétude et le diagnostic médical, l'infirmière peut accéder à une représentation positive sur l'efficacité de son travail et donc à une forme de reconnaissance. Mais s'il ne survient pas, est-ce une preuve de son inefficacité ? Nous pouvons penser le contraire, mais en l'absence de mise en débat des manières de faire, l'infirmière n'en dispose pas d'autre. En l'absence de « prise d'information qui critèrie l'achèvement » de l'opération, de « test de fin » (Vermersch, 2017, p. 126), comment savoir si le tri était adapté ? Se pose alors la question : « est-ce que je sais si je sais ? » (id.), point aveugle de l'activité des IAO.

Tout l'environnement de travail des infirmières les porte pourtant à penser que le diagnostic médical est un mode pertinent d'évaluation du tri. Nous n'avons pu observer, ni recueillir, aucune indication de jugement positif de beauté (Dejours, 2008) par les pairs sur leur travail ou d'utilité par le médecin, le cadre de santé ou les autres professionnels engagés dans l'action. Les jugements positifs des patients sont recherchés mais très rares, bien que valorisés par les professionnelles quand ils s'expriment. Comme tout travail de care, celui des IAO est « invisible et apparait avant tout quand il n'est pas fait, comme le ménage de la chambre » (Molinier, 2010a, p. 160). Seules émergent, par itérations, quelques anecdotes très rares de tris exceptionnels, souvent liés dans les récits à une « *intuition* » ayant permis la survie d'un

patient. Mais cette « *intuition* » racontée ne participerait-elle pas à la négation des capacités d'agir conscientisées des professionnelles, à leur « intelligence au travail » ? A l'inverse, les jugements négatifs sur des tris qui auraient provoqué une perte de chance, voire mené au décès du patient, semblent nombreux. Ce regard critique va parfois jusqu'à la moquerie, voire au « *mépris* », sans pour autant être exprimé directement à l'IAO : « *il y a des médecins qui prennent en photo sur leurs téléphones les tris des IAO qu'ils trouvent inadaptés pour en rire avec leurs collègues* ». Si les seuls jugements posés sur leur travail portent ainsi sur leurs « *sous-triages* », « *qui semblent parfois mériter l'échafaud* », ne dispose-t-on pas de l'explication la plus simple de la « *sous-utilisation* » du tri 5 (niveau le moins critique), au regard des statistiques attendues par l'organisation ? Mais ces jugements ne sont pas uniquement le fait du corps médical : les novices sont nombreuses à exprimer leurs craintes quand elles acheminent un patient dans un secteur, anticipant les réactions négatives de leurs pairs et des aides-soignantes : certaines préparent intérieurement leur transmission, d'autres laissent discrètement le patient et son dossier et s'éclipsent sans s'étendre sur les raisons de leur orientation, fuyant le jugement de leurs pairs. Il ne semble pas non plus rare qu'un secteur soit le plus possible « *évit*é » pour les patients du jour, afin de ne pas se confronter à certains collègues.

Le décès survenu en salle d'attente n'a fait que cristalliser ces jugements « par la négative » du travail des IAO. Progressivement s'est glissée, dissimulée sous une façade de dérision et d'humour bienfaisant, ce que nous pourrions identifier comme une honte du travail mené par les infirmières dans le service. Elles sont ainsi mises par le drame sous les faisceaux d'une médiatisation culpabilisatrice, et empêchées dans leurs réflexions sur la fonction par une enquête judiciaire dont les résultats se font attendre. Notons qu'au regard du contexte judiciaire, l'Institution a jugé préférable d'attendre les décisions de justice pour entreprendre l'analyse collective systémique de l'évènement, fortement recommandée (HAS, 2019a) et habituellement réalisée sous la forme d'une « revue de mortalité - morbidité » ou autre réunion équivalente. Au silence interne répond donc ici la « publicité externe assourdissante » (Jobert, 2014, p. 254) des médias, tout en déniaient tout discours collectif autour de la situation et de ce qui a pu y mener. Comme dans toute situation de travail impliquant des risques pour la sécurité des personnes, « il est souvent impossible pour les travailleurs de déterminer si leurs échecs procèdent de leur incompétence ou d'anomalies du système technique. Et cette source de perplexité est aussi une cause d'angoisse et de souffrance qui prend la forme d'une crainte d'être incompétent, de ne pas être à la hauteur » (Dejours, 2009, p. 35-36). Nous ne pouvons nier que l'organisation ait tenté de les protéger de ces effets délétères sur leur vécu du travail, par le biais de réunions d'équipe, d'entretiens individuels, d'accompagnements juridiques. Mais face au silence interne « escamotant l'acte, l'épreuve et la personne » (Jobert, 2014, p.

256), nous n'avons pu que constater l'omniprésence progressive de la crainte, comme si le temps en permettait l'expression. Transformée par l'encadrement et les professionnels en menace de survenue d'un nouveau décès, elle est alors devenue l'argument de toute suggestion ou projet d'amélioration, toute procédure mise en place.

N'en finissant plus de tomber, le couperet empêche ainsi toute reconnaissance de la subjectivité mise au travail. Nous savions, par les discours individuels et publics des professionnels sur leur rémunération, l'évidence d'une insatisfaction salariale que les primes annoncées par les pouvoirs publics pendant l'intervention ne semblaient pas résoudre. Mais nous pouvons émettre l'hypothèse que le « bilan contribution-rétribution » (Jobert, 2014, p. 109) est d'autant plus déséquilibré qu'il se confronte à une activité dont la reconnaissance est complexe, peu investie par le collectif et freinée par les événements récents. Nous avons vu que la peur nécessitait une mise au travail par les infirmières pour pouvoir répondre aux exigences de la tâche. Elle n'est certes pas totalement niée, mais elle ne peut pas être reconnue à sa juste valeur, dans un univers où l'exprimer et la reconnaître seraient signe de faiblesses individuelles et organisationnelles. Reconnaître la peur équivaldrait à reconnaître le risque et ainsi à remettre en cause l'idée d'une sécurité totale. Nous avons également pu constater que les ingéniosités et les tricheries mises en œuvre par les professionnelles le sont afin de pouvoir répondre à cette même tâche, souvent avec pertinence, toujours avec justification. L'ensemble réclame donc, « comme tout débordement de l'action opérationnelle par elle-même », un « dû symbolique » (Clot, 2017, p. 251) que les infirmières ne trouvent pas à la hauteur de leur investissement subjectif. Les possibilités de « sublimation de leur souffrance en plaisir » (Jobert, 2014, p. 102-103), permettant une dialectique « de l'individuel et du social » (id.), sont ainsi fortement réduites, puisque « la sublimation ne s'accomplit que si l'engagement rencontre une reconnaissance sociale » (Davezies cité par Jobert, 2014, p. 107).

### **3.1.5. Souffrance éthique et dette sociale**

Stratégies de défense collectives face à la souffrance et tarissement des modalités de reconnaissance paraissent ainsi permettre de mieux comprendre le travail des IAO et ses investissements subjectifs. Néanmoins, il nous semble que nous ne pouvons analyser le processus de l'intervention menée auprès d'elles sans approfondir les modalités et enjeux de l'engagement des professionnelles dans leurs fonctions.

### a. Rationaliser le mal

Nous l'avons vu, il existe chez ces infirmières un rapport difficile « entre les buts auxquels il faut se plier, les résultats auxquels il faut s'astreindre et ce qui compte vraiment pour [elles] » (Clot, 2017, p. 266-267). Mais est-il néanmoins entièrement subi ? Les contraintes (procédures, protocoles, règles professionnelles,...) ou les possibilités créatives suffisent-elles à expliquer l'engagement que mettent les infirmières dans ce travail à flux tendu, qui semble susceptible de les abîmer, entre quotidiennement en conflit avec leurs valeurs et ne leur procure que peu de reconnaissance ? Notre intervention trouve peut-être ici ses limites, liées à son ancrage épistémologique hybride et à la posture spécifique de l'intervenant, ne permettant pas de s'assurer de l'ensemble des précautions disponibles pour manipuler certains concepts cliniques. Mais il nous a semblé pouvoir observer et écouter, de manière répétée, une justification rationnelle des processus de soins particuliers mis en œuvre par l'organisation, valorisant rapidité, efficacité et rendement. Nous avons pu analyser les activités engagées par les IAO pour « *filtrer* » les patients et sélectionner ceux qui, parmi le flux des arrivants, mériteraient leur place. Si ce « tri sélectif des patients fait partie du travail quotidien » hospitalier (Molinier, 2010a, p. 163), il est ici exposé à la vue de tous et constitue l'essence même de la fonction. Relevons que tout le long des entretiens entre infirmières et patients, jamais n'est énoncé spontanément le but principal de l'interaction : la détermination d'un niveau de tri et d'une orientation. Nonobstant les problématiques de temps disponible pour cette explication, pourquoi maintenir ce travail en invisibilité ? L'univers hospitalier du « care » édicte comme règle la prise en compte des individualités de ceux qu'il sert. Les buts de l'action des IAO, tournés en partie vers une « gestion » collective des problèmes de santé, priorisant certains vis-à-vis d'autres, seraient-ils « inavouables » ?

A ces pratiques répond un discours rationnel, très fortement porté par le corps médical et l'encadrement, mais que beaucoup de soignantes se sont approprié, appelant à l'optimisation des organisations face aux flux, à la chasse aux actes dits « inutiles » car non contributifs à la production spécifique de la chaîne de tri. Se rapprochant, de manière ouverte ou non, des techniques de lean management initiées par l'industrie japonaise pour fluidifier et rentabiliser sa production, l'encadrement est amené ainsi à construire des procédures visant rendement et optimisation des ressources (Ghanes, 2016). L'encadrement non médical intervient fréquemment, comme nous l'avons vu, pour séparer les binômes d'infirmières et interrompre les pauses qui s'allongent, afin d'augmenter le volume horaire de patients examinés, et les médecins s'alertent du nombre de patients en attente et de leurs délais de prise en charge. Le « taux d'engagement », « temps de présence sur la chaîne, consacré à des tâches directes de [...] production, une fois soustraits les temps de déplacement, d'approvisionnement, de

pause ou de relâchement » (Dejours, 2009, p. 60) est ainsi valorisé et l'« endurance », « capacité de tenir dans l'instant et la durée, sans « couler » » (id.), devient un des critères principaux d'évaluation individuelle du travail.

La médecine d'urgence est sans doute, avec la chirurgie et le développement de l'ambulatoire, une des spécialités médicales les plus attachées à réfléchir de manière structurée à l'organisation même de ses services (Belorgey, 2011) : thématiques de recherche, congrès scientifiques, réorganisations des secteurs et des flux,... Nous pouvons certes émettre l'hypothèse qu'elle y est contrainte par ses marges de manœuvre réduites sur l'aval et l'amont, devenant ainsi dépositaire de ses difficultés. Mais pourquoi les soignantes, au contact direct du public visé, à même de ressentir la « *frustration* » vécue par les patients d'entretiens trop rapides et le « *sacrifice* » de quelques-uns au bénéfice des autres, s'approprient-elles néanmoins ce discours et ces techniques ? Pourquoi atténuent-elles parfois la douleur exprimée par le patient, moquent-elles son motif de recours qu'elles jugent futile ou inadapté ? Notre intervention nous a pourtant donné à voir un engagement fort et une place importante de la sollicitude, comme nous avons pu le relever précédemment. Il faut alors se remémorer ces mots prononcés par une infirmière à la suite de la relecture de son instruction au sosie :

*« Quand il y a du monde je sais que je suis dure avec les patients ; mais quand il [un infirmier parti du service] en voyait un, j'en voyais 5. C'est bien qu'il puisse faire ça. Lui il prenait son temps, il parlait au patient, tout ça, et c'est bien pour le patient ça. Il me disait « tu leur parles durement », mais je devais prendre en compte le nombre de patients, moi. Je compensais son travail, lui il avait les remerciements des patients, et moi pendant ce temps je voyais les timbres s'accumuler et je me disais « mais il va se passer un truc là avec tous ces patients ». Sauf que ça on peut pas en parler avec les autres, ils me disent juste « ben oui tu devrais ralentir ». Au moins quand on pouvait échanger nos postes et se mettre avec des collègues avec qui on bosse bien, c'était plus facile, c'était plus fluide et plus équilibré entre nous. Alors oui je suis devenue un robot, mais moi quand j'ai commencé c'est moi qui les avais les remerciements, on me disait tout le temps que j'étais empathique. Je ne suis plus moi-même, je ne suis plus l'infirmière que je voulais être. »*

N'est-on pas ici face à une « souffrance éthique », « qui résulte non pas d'un mal subi par le sujet, mais celle qu'il peut éprouver de commettre, du fait de son travail, des actes qu'il réprovoque moralement » (Dejours, 2009, p. 44) ? Car les soignantes ont conscience du rôle actif qu'elles jouent dans cet accueil parfois lapidaire, cette hypothèque du travail de « care » à celui de « cure », souvent inadaptée au réel de la demande du patient. L'analyse que Dejours porte sur le travail trouve ici toute sa force quand il exprime que « ceux qui travaillent font l'expérience [...] que leurs efforts, leur engagement, leur bonne volonté, leurs « sacrifices »



[...] n'aboutissent en fin de compte qu'à aggraver la situation. Plus ils donnent d'eux-mêmes, plus ils sont « performants », et plus ils font de mal à leur voisin de travail, plus ils les menacent, du fait même de leurs efforts et de leurs succès » (Dejours, 2009, p. 16) Cette « conscience douloureuse de sa propre complicité » est ainsi associée à une « peur de la responsabilité » et à une « conscience de culpabilité » (id.). Les infirmières deviennent ainsi les victimes de leurs propres conduites, « de ce qu'[elles] accepte[nt] de faire – quand bien même ce serait à regret – au nom du travail » (Rolo, 2019, p. 53).

Nous pouvons ainsi émettre l'hypothèse que la mise à distance par les infirmières de la souffrance des autres, faisant émerger chez elles parfois mépris et hostilité, vise à combattre leur propre souffrance : « le mépris est un affect qui vise à disqualifier des représentations susceptibles d'entrer en conflit » (Gaignard cité par Rolo, 2019, p. 50). Ne reste alors plus pour certaines qu'à se résigner et rationaliser « le mal » produit, à en fonder des justifications, puisqu'elles se retrouvent dans des situations « où la difficulté d'assurer des soins équitables pour tous donne lieu à des rationalisations défensives qui minorent pour différents prétextes fallacieux le droit des personnes à être bien soignées » (Molinier, 2010b, p104). C'est ainsi, face à cette conscience de la trahison de soi et des autres, non de manière simplement obéissante mais volontaire, qu'il semble que les infirmières soient confrontées au quotidien, « le déni défensif individuel agi[ssant] électivement sur cette conscience » (Duarte, 2019, p. 77) : « les stratégies défensives [fonctionnent] comme un piège qui désensibilise contre ce qui fait souffrir, [...] permettant, parfois, de rendre tolérable la souffrance éthique » (Dejours, 2009, p. 44). La virilité participe ainsi à un certain « retournement de la raison éthique » en « courage » (id., p. 113). Est alors parfois courageux, malgré l'essence contraire du métier, « l'homme qui est capable, lorsque les circonstances l'exigent, de se conduire en bourreau » (id., p. 187). Les spécificités du travail des IAO et l'environnement dans lequel elles exercent expliquent sans doute cette discordance avec une profession peu touchée par les mécanismes virils (id., p. 146). Nous avons pu observer, durant nos années d'exercice professionnel au sein du service, des mécanismes de rejet collectif très forts envers celles qui ne peuvent « tenir » au travail, n'arrivant pas à répondre au rythme demandé, se mettant en arrêt de travail ou démissionnant après un temps court dans le service. Celles qui « fuient » passent en effet pour des « lâches », risquant « aussitôt d'être considéré[es] par les autres hommes comme un homme qui n'en est plus un, comme un être auquel on est fondé à ne pas reconnaître son appartenance à la communauté des hommes » (id., p. 120).

Les mouvements sociaux et expressions de souffrance multiples rencontrés avant et pendant l'intervention pourraient paraître contradictoires avec cette hypothèse qui pourrait faire croire à une résignation active des professionnelles. Nous pouvons en effet penser qu'ils sont la preuve d'une vivification de la subjectivité engagée au travail et d'une forme de clairvoyance

sur soi. C'est en partie vrai (Huon, 2020). Mais, par leurs objets, leurs cloisonnements et leurs luttes intestines, ces expressions de plaintes semblent encore éloignées d'une réelle prise de conscience collective des contraintes nées du travail. Cette dénonciation d'un système qui ne les satisfait pas semble alors, par des mécanismes de lutte contre la souffrance éthique, rendue en partie « compatible avec une tolérance à l'injustice » (Dejours, 2009, p. 28). Les soignantes acquièrent ainsi pour la plupart un état de « normalité souffrante », « résultat conquis de haute lutte contre la déstabilisation psychique provoquée par les contraintes du travail » (id., p. 43).

#### b. « Tenir » au travail : responsabilité, don et dette sociale

Il nous semble que cette analyse du travail des infirmières d'accueil serait alors incomplète sans mieux comprendre ce qui les fait « tenir » au travail, ce qui les pousse à s'y engager, malgré les contraintes, les souffrances, et les distorsions de la reconnaissance qu'elles y trouvent. Les mécanismes de défense mis en place contre la souffrance suffisent-ils à expliquer le fait qu'elles s'y engagent avec force et y investissent « des éléments d'[elles]-mêmes qui ne trouvent pas de contrepartie » (Jobert, 2014, p. 289) ? Il semble que nombre de caractéristiques de leur travail pourrait les mener à se mettre en position de « retrait », mais qu'à l'inverse elles n'ajustent pas « de manière rationnelle leur contribution à la rétribution qui leur est allouée » (id., p. 293). Ne peut-on penser que les infirmières, ici aussi à l'instar des agents de conduite de centrale nucléaire, sont prises dans un mécanisme associant faute, culpabilité, devoir et dette ? En participant à la sélection, certes rationalisée mais culpabilisante, des patients, ne manquent-elles pas à leurs devoirs de soignantes, « sainte loi » (id., p. 357) à laquelle elles sont sensés adhérer et qui prescrit une sollicitude et des « devoirs d'humanité »<sup>13</sup> équitables pour tous, imposant de « soigner avec conscience toutes les personnes quelles qu'elles soient »<sup>12</sup> ? Ces « règles » constituent de fait un argumentaire fort et récurrent utilisé par les professionnelles pour justifier leur vécu difficile. Ne s'instaure-t-il pas ainsi un sentiment de dette né de la transgression de la loi, et s'exprimant dans leur engagement subjectif qui contribue à la « production » de soins, mais était avant tout destiné à soutenir la vie et faire reculer l'échéance de la mort ?

Par ailleurs, la notion de « responsabilité » n'a cessé de ressurgir au fil des échanges avec les professionnels, infirmières comme médecins, encadrants comme formateurs. Si le mot n'est pas neuf dans une profession où, nous l'avons vu, la division du travail et la volonté sécuritaire prennent une place majeure, il nous a semblé être au centre des rapports entre les êtres. Le

---

<sup>13</sup> Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers

référentiel IAO édicte certes que « le tri est l'une des fonctions où l'infirmière a le plus d'autonomie et de responsabilités » (SFMU, 2004), argument supplémentaire pour une future spécialisation (Yordanov et al., 2020), et la formation du CESU y consacre un cinquième du temps de formation. Mais, loin de rester lettre morte, ce discours fait l'objet d'une réappropriation majeure et omniprésente par les infirmières et les différents professionnels du service. Utilisé à la fois pour justifier de l'expérience nécessaire pour occuper le poste, de l'exclusion des infirmières qui ne « tiennent pas la cadence » ou « sont dangereuses », mais aussi pour étayer la plainte d'un travail impossible (« *Ce que vous imposez – vous, enfin la législation – imposez est trop lourd en termes de responsabilités : je fais comment pour gérer mon flux et surveiller la salle d'attente ?* », « *Nous sommes entre ce que l'Homme et la Loi imposent* » nous ont écrit des infirmières), la notion de responsabilité semble ainsi naviguer entre objet de valorisation et objet de souffrance. Le drame survenu en salle d'attente ne fait que renforcer la place de ce professionnel « responsable », « gardien d'une existence qui, par sa faute, à cause de sa négligence ou de sa malveillance, peut être à tout moment perdue » (Sarhou-Lajus, cité par Jobert, 2014, p. 361).

Mais cette responsabilité n'est pas un construit autopoïétique des infirmières, elle est, de manière patente dans l'ensemble des discours recueillis, issue d'une « délégation » faite par le corps médical d'une fonction qu'ils ne peuvent assurer eux-mêmes. L'étude diachronique de la médecine d'urgence nous le montre : la fonction de tri est avant tout médicale. Le législateur l'a appuyé en retirant la responsabilité de l'orientation aux IAO en 2006, précédé en cela par la société savante de la spécialité. Nous pouvons ainsi émettre l'hypothèse d'une fonction initialement déléguée – et non transférée, le mot est important - « par défaut » aux infirmières, qui en construisent progressivement, depuis lors, un étayage scientifique corporatiste. Ces nouveaux fondements sont fragiles, tant les « sciences infirmières » questionnent par leur dépendance épistémologique aux sciences médicales (Nagels, 2020). Il est ainsi intéressant d'analyser les débats actuels dans le champ de l'urgence et dans le service X sur la place de « Médecins d'Accueil et d'Orientation » auprès des IAO, médecins qui pour certains « *retirent de l'autonomie* » aux infirmières, et pour d'autres « *reprennent une place qu'ils n'auraient pas dû perdre* ». Mais, de manière plus profonde, ne peut-on penser que cette délégation de responsabilité revêt une forme de don, contesté, fait par le corps médical aux infirmières, constituant ainsi un cadeau empoisonné résultant d'une « transgression de l'ordre social » (Jobert, 2014, p. 360) ? Ployant sous le poids d'une profession médicale structurée la reléguant au « sale boulot », la profession infirmière se voit ici investie d'une responsabilité qu'elle n'a initialement pas. Nous avons vu les interdits langagiers (« *examen clinique* », « *diagnostic* »,...) entourant cette délégation, les professionnelles s'empêchant d'en valoriser les aspects appartenant initialement à la fonction

médicale. C'est donc encore « en contrebande » (id., p. 360) que les IAO exercent, devant sans cesse justifier de leurs compétences, de leur efficacité mais également de la pertinence même de leur métier. « Sous le regard réprobateur d'autrui », elles « lutte[nt] pour leur reconnaissance » (id.), et nous avons vu que cette lutte est souvent vaine.

Mais Marcel Mauss nous l'avait exposé (Mauss, 2010) : à ce « don » originel, que les professionnelles sont dans l' « obligation de recevoir », devra répondre une « obligation de rendre » ou « contre-don ». De cette triade, « don », « obligation de recevoir », « obligation de rendre » naît certes ce que Mauss identifie comme une « obligation mutuelle », « dette positive » (id.) créant du lien et favorisant les échanges de manière durable. En effet, les rapports des infirmières au corps médical dans les services d'urgence démontrent des spécificités relationnelles de proximité (Peneff, 1992). Mais si Mauss attribue une valeur positive à ce processus, il dépend néanmoins de la valeur accordée au don initial, elle-même fortement dépendante du contexte social et culturel. Or ce don, nous l'avons vu, est contesté par certains, remis en jeu quotidiennement et bouleversé par le décès initiant notre intervention. Quand des médecins souhaitent « *simplifier le travail des IAO* » en promouvant la présence d'un médecin (le « MAO ») dans les box d'accueil, et quand le décès médiatisé renvoie à leur incapacité, peut-être fantasmatique mais latente, à assurer la dette, il n'est sans doute pas étonnant que les infirmières en soient déstabilisées. La dette sociale est ainsi lourde et porteuse d'un « sentiment de honte » (Jobert, 2014, p. 360). S'il est nécessaire de « rendre à autrui ce qui est en réalité parcelle de sa nature et de sa substance » (Mauss, 2010, p. 175), le moins que l'on puisse dire est que dans cet échange, les infirmières investissent et déploient toute l'étendue de leurs alternatives. Ce « don, même gratuit, a besoin d'être accueilli, reconnu, faute de quoi la dynamique du don finit par s'épuiser et épuiser » (Grevin, 2018, p. 175). Engageant des « savoirs-valeurs » (Schwartz, 2017, p. 7) qui se confrontent à une tâche souvent impossible, l'activité des infirmières peut ainsi, prise dans un « malaise du don » (Grevin, 2018, p. 175), perdre son sens et entamer leur pouvoir d'agir. Si « le sens de l'activité réalisée c'est le rapport de valeur que le sujet instaure entre cette action et ses autres actions possibles » (Clot, 2017, p. 266), alors notre analyse ne peut que relever la complexité de leur travail.

## **3.2. Éléments d'ingénierie pédagogique**

---

### **3.2.1. Quels développements proposer pour quels savoirs ?**

Nous l'avons souligné, notre intervention portait dès ses prémisses une promesse d'opérationnalité formalisée par une réingénierie de la formation menant au poste et la faisant

vivre au quotidien. Il fallait pour cela analyser les savoirs nécessaires à l'action, et proposer des dispositifs adaptés à ceux-ci, aux professionnelles et au contexte d'action.

### a. Articuler les savoirs

Nous l'avons vu, les savoirs mobilisés par les infirmières dans la situation sont nombreux et polymorphes, et font l'objet d'usages et de développements dépendant des situations et des hiérarchisations de buts.

Les savoirs disciplinaires médicaux ont bien sûr une place très importante, en vue de l'évaluation du risque patient. Le guidage de l'entretien et la décision de tri nécessitent des infirmières des savoirs importants dans des champs médicaux très variés et leur demandent une réflexion à partir de plusieurs symptômes, qu'elles vont devoir confronter, mettre en lien, comparer. En particulier, les signes de gravité clinique revêtent une grande importance pour la détection des urgences vitales et fonctionnelles. Si l'ensemble de ces savoirs est en principe « acquis » en formation initiale, renforcé en formation au CESU, force est de constater qu'il s'avère très complexe pour les infirmières novices de les mobiliser en situation, de les « pragmatiser » (Pastré, 2018) en les transformant en instruments de l'action.

Conjointement à ces savoirs disciplinaires, des savoirs techniques, majoritairement acquis en formation initiale et pour l'essentiel incorporés, permettent aux infirmières de réaliser les mesures de paramètres vitaux (tension, température,...) et autres paramètres paracliniques de manière très automatisée, laissant la place à d'autres tâches qui peuvent être réalisées conjointement. Néanmoins les nouvelles professionnelles, majoritairement jeunes diplômées, n'ont pas toujours incorporé ces savoirs, et ces activités conjointes sont parfois complexes voire impossibles à réaliser sans erreur ou oubli.

Les infirmières mobilisent également leurs connaissances de la tâche, dans l'ensemble de ses composantes : procédures, protocoles, règles écrites ou transmises, recommandations des sociétés savantes, réglementation et responsabilités,... Ces savoirs, parfois lacunaires même chez des professionnelles expérimentées, ont pu être construits par la lecture de documents, mais surtout dans l'action, en fonction des situations rencontrées et des transmissions orales des autres infirmières, lors de l'intégration ou des séquences de travail à deux. Nous avons vu que, loin de faire l'objet d'un carcan constant pour l'action, ces connaissances sont utilisées en fonction des buts poursuivis.

Une part majeure des savoirs mobilisés relève ainsi de « connaissances en acte », « savoirs pragmatiques » (Pastré, 2018) construits dans l'action. Pas ou peu conceptualisés, ils sont nombreux : connaissances du fonctionnement des premiers secours et de l'articulation des

services d'urgence avec la médecine de ville, connaissances sur la structure hospitalière X et ses ressources, sur la population accueillie, ses caractéristiques de santé et ses représentations de la maladie, connaissance des lieux de l'activité, du matériel et de son utilisation, savoirs relationnels,... Ces savoirs sont pour la plupart acquis au cours et au décours d'activités qui ont nécessité leur construction par le biais de pairs ou d'essais-erreurs, procédant par inférences à partir de « régularités dans le réel » (id.). Mais ils peuvent aussi s'avérer faussés, influencés par les propres représentations de l'infirmière ou celles de ses co-intervenants. Les attributs de santé donnés à certains patients du fait de leur ethnie ou de leur origine sociale, l'attribution d'une gravité moindre à des symptômes dont les délais d'apparition sont éloignés, font souvent partie de ces savoirs ancrés mais faussés. Les axes de formation proposés, entre autres, par le CESU lors de la formation IAO en matière de communication et d'interculturalité ont ainsi beaucoup de peine à déconstruire ces représentations.

Parmi ces savoirs pragmatiques, la reconnaissance des caractéristiques différenciant les patients à orienter dans chaque secteur, en particulier entre circuit court et circuit long, revêt une importance particulière. Si une grille de classification par motifs de recours et paramètres vitaux existe, son apprentissage ne peut se faire que par répétition, ce qui s'avère trop long et complexe pour les infirmières novices. De fait, il se fait par « immersion » dans le réel, lors des premiers mois de travail dans le service. Exerçant dans l'ensemble des secteurs, les infirmières prennent en charge les patients adressés par les IAO, observent les motifs de recours et les paramètres, les échanges entre paramédicaux et médecins sur les problématiques d'orientation. Elles y apprennent les caractéristiques de chaque médecin (facilité à prescrire un nombre plus ou moins important d'actes, typologie interactionnelle avec les paramédicaux,...) et, principalement lors de leurs journées en Salle d'Accueil des Urgences Vitales, repèrent les patients nécessitant une prise en charge rapide. A partir de ce matériau, qu'elles maillent et mettent en regard des tâches prescrites, elles commencent à identifier des régularités dans le réel et à construire des classes de situation simplifiées, selon le secteur d'orientation et la nécessité ou non d'une intervention urgente. Par la même occasion elles ont construit des « coordinations agies » (Pastré, 2018) sur le fonctionnement général de la structure et sur leurs interlocuteurs, puisque, en les distinguant entre eux, elles « commencent à découvrir le diapason commun dont ils se servent, le gabarit des actions que chacun retouche à sa façon » (Clot, 2017, p. 128-129). La conceptualisation ne viendra que plus tard, bien souvent avec la pratique de la fonction et les premiers essais-erreurs. Les infirmières ne sont pas aidées en cela par une tâche complexe à évaluer et une organisation n'offrant pas d'espaces de mise en débat des normes de l'activité.

L'apprentissage de la structure de l'entretien de tri, de la gestion des flux s'effectuera de la même manière, à partir des observations réalisées pendant les premiers mois de travail, puis

lors des premiers tris, souvent par imitation. Le suivi de la formation en stage au CESU sera pour certains l'occasion d'une prise de conscience et de la construction de représentations conceptuelles de la situation, parfois très structurantes. Mais l'expérience au poste est bien sûr contributive, par la pluralité des situations vécues, de savoirs qui pourront être réutilisés par la suite dans des situations analogues. Ces savoirs-histoire sont très valorisés par les professionnelles expérimentées. Néanmoins, nous avons pu voir les risques que font parfois courir ces « heuristiques de la représentativité » (Leneuve, Laville, 2012), quand elles ne font pas l'objet d'échanges et de mises en débat dans le collectif.

Enfin, par la multiplicité de ses composantes, la situation d'entretien engage également les « savoirs-valeurs » (Schwartz, 2017, p. 7) des infirmières, construits tout le long de leur vie personnelle puis professionnelle et entrant parfois en contradiction avec les modalités du travail. C'est ainsi, nous l'avons vu, par une meilleure connaissance de soi, une meilleure articulation de leurs savoirs-valeurs avec les buts qu'elles s'assignent, que les infirmières peuvent trouver une satisfaction au travail.

L'exercice de la fonction IAO nécessite ainsi la mobilisation de nombreux savoirs. « Savoir-exécuter » (Hatchuel et Weill, cités dans Pastré, 2018, p. 73) pour la réalisation de certaines tâches (mesure des paramètres vitaux, remplissage des champs obligatoires,...), « savoir diagnostiquer » (id.) pour d'autres (compréhension du problème de santé, détermination du risque), mais surtout « savoir combiner » car « il n'y a pas une seule bonne solution et qu'il faut combiner un grand nombre de facteurs [...] pour arriver à une solution acceptable » (id.). Il paraît intéressant de souligner que les formations en stage et les recommandations professionnelles portent plus souvent sur le « savoir diagnostiquer » (tout en niant cette notion même de « diagnostic »), certes nécessaire mais réduisant la portée subjectivante de l'activité. Car c'est dans le « savoir combiner », stratège, que « la pluralité des objectifs liés à l'action se déploie dans toute sa diversité. » (id.).

### [b. Alors, comment apprendre ?](#)

La complexité de la fonction n'est plus à démontrer. Mais comment l'apprendre ? Une analyse rapide permet de mettre en exergue le fait que la formation institutionnelle, organisée par le CESU et réalisée par des professionnels du monde de l'urgence, ne traite qu'une partie de la structure de l'activité. Elle est essentiellement tournée vers l'analyse du risque patient et fondée sur la transmission de connaissances disciplinaires médicales, avec pour objectif de permettre aux infirmières de structurer le maillage de leurs données cliniques. Les manières de procéder et l'évaluation de l'activité par son résultat sont peu questionnées. Par ailleurs, les situations, pourtant si riches d'inférences, y sont « asséchées », réduites le plus souvent à

un catalogue de données que l'IAO n'aurait plus qu'à cueillir, à travers des cas cliniques très peu contextualisés. Il ne semblait pas suffisant de faire reposer le développement des compétences des IAO sur un éventuel transfert en situation de leurs acquisitions faites en décontextualisation, « ceteris paribus », toutes choses étant égales par ailleurs. Mais fallait-il pour autant rejeter l'utilité de cette formation ? Il semble tout d'abord que cette formation puisse contribuer, quand elle est précédée d'une activité en situation, à la construction de représentations et à la conceptualisation d'une partie de l'analyse du risque. Par ailleurs, simplifier la situation de travail en formation initiale au poste IAO peut répondre à une volonté de progressivité dans les apprentissages. Les apports et réflexions menés en groupe sur les notions de responsabilité, sur les aspects communicationnels et interculturels de la fonction paraissent également, comme nous l'avons vu, pouvoir présenter une certaine pertinence. Enfin, la rencontre de professionnels d'autres structures paraît pouvoir faire travailler les infirmières sur leurs représentations de la fonction et contribuer à la construction de leur identité professionnelle.

Mais, nous avons pu le souligner, les savoirs sur la tâche (procédures, protocoles,...) ne sont pas toujours maîtrisés ou, quand ils le sont, sont peu mis en débat avec le réel de l'activité. Ici des formations internes courtes, laissant place à un débat autour des normes professionnelles, pour partie assurées par des infirmières expérimentées mais surtout pédagogues, paraissent pouvoir répondre aux questionnements. Par ailleurs, l'expérience de travail au sein des différents secteurs a paru, nous l'avons vu, incontournable pour l'apprentissage des caractéristiques de l'Autre et pour la démarche de classification des patients court / long / SAUV. Les apprenantes ne découvrent pas le poste IAO leur premier jour de tri. Elles y ont suivi leur tuteur lors du mois d'intégration, et occupent fréquemment le poste des « préinscriptions » pendant leurs premiers mois dans le service. Ce poste est en relation étroite avec le poste IAO, et elles acquièrent, par observation itérative et par les relations qu'elles entretiennent avec leurs collègues, une première connaissance des enjeux de la fonction et de la structure générale de l'entretien, ses étapes systématiques et optionnelles.

Mais comment préparer aux effets de dissonance cognitive et former à l'analyse et à la gestion des flux ? Comment travailler sur les savoirs-valeurs structurant l'« expérience usagent », ainsi que sur le retentissement de la peur sur le tri et l'individu au travail ? Comment former à ces « savoir combiner », si essentiels à la fonction, si l'ensemble des données de la situation ne peut être mobilisé et que les professionnelles ne sont pas confrontées à la nécessité de hiérarchiser les buts de leur activité ? Nous pourrions penser que des journées de travail « en doublure », parfois dénommées « en tutorat », très utilisées dans le champ paramédical, seraient une réponse idéale, puisque permettant un apprentissage situé et accompagné. Mais il faut pour cela regarder de plus près ce qu'il s'y passe. Il peut arriver qu'une infirmière soit



positionnée « *en plus* » sur le planning, et que l'encadrement ou les infirmières elles-mêmes puissent, dans une perspective d'apprentissage, la positionner « *en formation* » au poste IAO. Mais il s'avère que cet apprentissage se voit souvent empêché. Il semble ici intéressant d'explorer les trois types de configuration de participation à l'activité identifiés par Filliettaz, Rémerly et Trébert (2014) dans le champ de la petite enfance : observation, co-animation et monstration. En effet, par manque de temps disponible de l'infirmière expérimentée, par « *solidarité* » envers leurs collègues, mais aussi du fait d'habitudes d'apprentissage ancrées dans la profession, l'infirmière novice est le plus souvent positionnée comme « *petite main* », co-activité cantonnée aux parts d'exécution de la tâche (mesure des paramètres vitaux,...). Elle peut également faire l'objet de monstractions, souvent liées aux aspects procéduraux de l'activité. Et, quand elle est en position d'observation, il est rare que celle-ci soit guidée et discutée. Beaucoup repartent ainsi de ces journées avec un ressenti de grande facilité (lié à la part exclusive d'exécution de la tâche qu'elles ont réalisée), ou à l'inverse avec une représentation de très grande complexité, puisque, observatrices, elles n'ont pu accéder aux arbitrages internes réalisés par l'IAO. Une infirmière récemment arrivée nous dit ainsi : « *Quand j'ai fait de l'IAO les premières fois, j'ai vu une infirmière qui posait beaucoup de questions au patient, il venait pour céphalées et elle lui a demandé s'il avait eu la tuberculose. Je n'ai rien compris, je ne voyais pas le rapport, je me suis dit que je n'allais jamais m'en sortir et qu'il fallait que je révise toute ma sémiologie* ». Certaines disent ainsi, les fois suivantes, avoir tendance à « *se réfugier derrière leur ordinateur* » du poste d'inscription administrative, plus loin des IAO, permettant par la même occasion à leurs collègues d'être « *pour une fois confortables* » car disposant d'une infirmière expérimentée en plus des effectifs habituels. Les apprentissages des infirmières novices reposent ainsi à l'heure actuelle sur leurs capacités à se confronter à la tâche, à se construire leurs propres filets de sécurité (sollicitations des IAO, du MAO,...), et sur l'espace pédagogique aléatoire inféré par l'environnement et leurs collègues.

Une piste pédagogique semblait alors pouvoir être formulée afin de ne pas laisser ces infirmières seules face à l'apprentissage de cette activité combinatoire et aux dilemmes qu'elle engage. Il semblait pertinent de proposer aux apprenantes un espace pédagogique « en situation », leur permettant de construire leurs propres modèles opératifs, non par imitation mais par confrontation au réel de l'activité, dans l'ensemble de ses composantes. Une progression pédagogique est possible et sans doute nécessaire. Mais sans confrontation à la complexité et à la multi modalité des situations, sans mobilisation des affects et des savoirs-valeurs, et sans explicitation des raisonnements, les « *coordinations agies* » (Pastré, 2018), plus ou moins stables et pertinentes, ne pouvaient faire l'objet de conceptualisations en savoirs pour l'action. La simulation, que le service avait expérimenté il y a quelques années dans le

même domaine, avait montré son intérêt (structuration de l'entretien, « automatismes » à acquérir, mise en œuvre appliquée des procédures,...) mais aussi ses limites. Il semblait en effet impossible de reproduire « en laboratoire » le travail réel des IAO, confrontés à l'interaction singulière avec chaque patient, aux interactions fonctionnelles avec leurs collègues, aux flux, à la peur de la survenue d'un drame. Il semblait ainsi que proposer, face à aux spécificités du travail IAO, une formation par simulation placerait les infirmières dans ce que Canguilhem identifiait comme une « situation pathologique », car « à moins d'admettre que les conditions d'une expérience sont sans influence sur la qualité de son résultat, [...] on ne peut nier la difficulté qu'il y a à assimiler à des conditions expérimentales les conditions normales » (Canguilhem, 2013, p. 122). Néanmoins cette piste ne devait pas exclure les autres modalités d'apprentissage, elle devait au contraire y être articulée. C'est dans une ingénierie pédagogique plus large que l'ensemble de ces modalités a donc pris place.

### **3.2.4. L'ingénierie pédagogique proposée**

#### a. Articulation des actions de formation

Proposer une ingénierie pédagogique nécessite de prendre en compte le contexte dans lequel elle s'implante. Nous avons vu la complexité de la situation du service X, et connaissons, en tant que cadre de santé de la structure, les contraintes en matière de ressources humaines. Néanmoins, l'importance de la formation des IAO avait été relevée dans les suites de l'évènement de décembre, ce qui pouvait faciliter l'implantation d'un dispositif construit et argumenté, malgré son impact en matière de ressources humaines.

Nous avons ainsi proposé et initié l'expérimentation d'un dispositif pédagogique articulant une première période d'intégration, puis une période d'immersion / observation, des formations internes aux procédures dans les 6 premiers mois, processus se clôturant par la formation assurée par le CESU et des formations en situation de travail. Nous ne reviendrons pas ici sur le détail de cette ingénierie, qui pourrait paraître complexe à mettre en œuvre. Précisons que seuls deux dispositifs de formation étaient à créer parmi l'ensemble proposé (formations internes et formations en situation de travail). C'est à une attention plus importante à l'articulation des actions de formation avec le réel de l'activité et les savoirs à mobiliser que nous nous invitons et invitons la structure. Au regard de l'importance fonctionnelle du poste pour cette dernière et des nombreux enjeux individuels et collectifs qui l'entourent, le dispositif proposé paraissait alors adapté, voire nécessaire.

## b. Les formations en situation de travail

Il nous semble ici important de nous pencher sur l'action de formation en situation de travail proposée, au regard de ce qu'elle a pu apporter à l'intervention. Mais rappelons qu'elle s'intègre dans le parcours pédagogique plus global exposé ci-dessus. Elle ne possède pas plus de valeur que les autres actions de formation proposées et que l'expérience professionnelle des apprenantes au sein du service, quand elle peut faire l'objet de conceptualisations.

Nous avons vu l'intérêt pédagogique de ce type d'action au regard des savoirs à développer, en particulier les « savoir combiner ». Fondée sur une articulation entre activité et explicitation de l'activité, elle a pour but de développer la conceptualisation nécessaire à l'action. Mais nous souhaitons qu'elle permette, par le même biais, de développer la réflexivité des nouvelles professionnelles et la construction de leur identité au travail. Ne pouvaient-elles également permettre un dialogue interprofessionnel sur l'activité et ainsi renforcer le collectif de travail ? Pouvions-nous espérer qu'elles contribuent à développer la reconnaissance professionnelle des infirmières expérimentées, leurs capacités d'analyse du travail et d'accompagnement pédagogique ?

### i. Modalités proposées

Nous avons proposé et expérimenté pour le service les modalités suivantes, cherchant à créer des espaces de développement adaptés à l'analyse de travail, tout en respectant les critères de formalisation (décret n°2018-1341 du 28 décembre 2018 relatif aux actions de formation et aux modalités de conventionnement des actions de développement des compétences) :

- Deux journées de formation pour chaque infirmière nouvellement arrivée, en binôme de deux apprenantes. Le choix d'un binôme plutôt que celui d'une formation individualisée répondait initialement à des contraintes en matière de ressources humaines. Mais il a vite paru pertinent, au regard des débats qu'il convoquait et de son potentiel en termes de construction d'un collectif. Il demandait néanmoins une certaine confiance entre les deux apprenantes, explorée en amont par le cadre de santé lors d'échanges individuels.
- Une « infirmière accompagnatrice » (le terme a été choisi pour le disjoindre de toute modalité d'évaluation) pour chaque séquence de deux journées. Volontaire, expérimentée (le choix a été porté sur une expérience minimale approximative de trois

ans) mais ayant surtout développé des capacités réflexives sur son activité, son choix pouvait s'avérer complexe pour l'encadrant que j'étais. En effet, nous avons pu observer une complexité pour les infirmières dites « expertes » à pouvoir favoriser l'analyse de l'activité, qu'elles pouvaient avoir tendance à comparer à un standard de « bonnes pratiques » qu'elles jugeaient seul pertinent. Leur participation à un dispositif d'analyse du travail tel qu'il a été proposé (instruction au sosie, autoconfrontation) a néanmoins semblé les aider à développer une posture d'explicitation, par l'ouverture à d'autres possibles que l'expérience a pu leur offrir, via la finesse de l'activité. Afin de ne pas faire reposer le dispositif sur une seule professionnelle, et de pouvoir débattre des pratiques d'accompagnement, il a également été proposé que plusieurs infirmières soient mobilisées, mais une seule sur chaque séquence de deux jours. Par ailleurs, être observé par une collègue n'est pas toujours chose aisée. Des enjeux extérieurs à l'apprentissage entrent en jeu, c'est pourquoi il nous a semblé nécessaire d'échanger ici aussi en amont avec les apprenantes sur leur appréhension ou non vis-à-vis de la posture de l'infirmière accompagnatrice choisie.

- Une articulation des séquences de mise en situation et des séquences réflexives sur chaque journée :
  - o Une première séquence de mise en situation de plus de deux heures pour l'infirmière apprenante n°1, accompagnée par l'infirmière accompagnatrice, et observation auprès d'une autre IAO pour l'infirmière apprenante n°2
  - o Une seconde séquence inversant les rôles de mise en situation et d'observation
  - o Une dernière séquence, réflexive, en salle, commune aux deux apprenantes et articulant les pratiques réalisées et observées le jour même, avec les traces de l'activité disponibles (fiches IAO, dossier patient informatisé,...) et l'ensemble des matériaux exprimant les références extérieures de l'activité (procédures, protocoles, recommandations, référentiels de bonnes pratiques,...). Pendant cette séquence sont explorés les buts de l'action, ses modalités réfléchies et ses inférences. Elle est l'occasion de débats sur les normes et de conceptualisations. Cette phase, essentielle au processus pédagogique, devait faire l'objet d'un accompagnement méthodologique des infirmières accompagnatrices et d'un suivi particuliers par l'intervenant. Les biais liés à l'expertise des infirmières, le cadre de bienveillance, mais surtout la nécessité d'un étayage de l'explicitation des pratiques semblaient nécessiter la présence d'un tiers. Dans le cadre de notre expérimentation, nous avons proposé que cet accompagnement soit réalisé par l'intervenant-cadre de santé, formé à l'analyse du travail puis, en cours d'intervention, à l'entretien d'explicitation. Des séquences réflexives individuelles pouvaient néanmoins être organisées par

l'infirmière accompagnatrice ou l'intervenant, en fonction des échanges avec l'apprenante.

Il a été proposé, pour des raisons organisationnelles et pédagogiques (consolidation des acquis, développement de la réflexivité) que les deux journées de formation soient si possible séparées d'au minima une semaine, sans dépasser trois semaines.

Mais il a semblé rapidement nécessaire que les professionnelles différencient avec clarté ces modalités de formation de deux autres modalités plus courantes et plébiscitées dans le champ hospitalier:

- le tutorat ou le mentorat : par la formalisation de séquences réflexives et l'aménagement pédagogique des situations de travail
- la simulation : par la mobilisation des compétences en situations réelles, au poste de travail, avec des patients nécessitant réellement un examen clinique et un triage IAO.

Nous avons ainsi rencontré chaque apprenante et chaque infirmière accompagnatrice en amont afin de convenir d'une démarche initiale commune, de préciser l'intérêt des postures respectives, d'éclaircir les points obscurs. L'expression des apprenantes sur leurs attentes et leurs représentations de la fonction était ainsi favorisée, le cadre de bienveillance posé et toute possibilité d'utilisation de la formation à visée évaluative exclue. Un document (sous forme de fiche missions pour les accompagnatrices et de convocation en formation pour les apprenantes) venait ensuite à l'appui des explications données, avec comme objectif parallèle de valoriser et légitimer la démarche, auprès des professionnelles, mais également des interlocuteurs externes (service de formation continue, Direction des soins,...). Nombre de professionnelles ont ainsi pu dénommer ces formations « *simulations in vivo* », signe à la fois d'une appropriation du dispositif, mais sans doute également d'une dépendance du milieu à la scientificité supposée et à la technicité de dispositifs pédagogiques tels que la simulation. Il a ainsi fallu convaincre les professionnelles, leur encadrement et les médecins de la probable pertinence d'un tel dispositif, plus lourd et engageant que le tutorat, mais ne bénéficiant pas a priori du caractère porteur, car ludique et technique, de la simulation. Beaucoup de professionnelles paraissaient enthousiastes, au regard de l'analyse faite, à l'idée de formations « *enfin* » ancrées dans le réel du travail, mais d'autres ne s'en représentaient pas la pertinence. Elle restait alors à construire dans le réel de la formation.

## ii. Particularités des phases de mise en situation

Les phases de mise en situation répondaient à un triple impératif :

- Une construction pédagogique progressive. Le choix des situations pouvait être adapté par l'infirmière accompagnatrice afin de permettre cette progressivité : choix des patients en attente, prise en compte ou non du flux, choix du box, introduction de contraintes simulées (lettre de médecin non montrée en phase initiale,...),... La plupart de ces choix et obstacles « simulés » ont été introduits par les infirmières accompagnatrices elles-mêmes, démontrant là aussi une appropriation du dispositif associée à une créativité pédagogique de grand intérêt.
- Un « droit à l'essai ». Il était impératif que ces mises en situation permettent la mobilisation chez l'apprenante de l'ensemble des savoirs développés auparavant, et qu'elle puisse s'« essayer » à la pratique de la fonction IAO. L'infirmière accompagnatrice veillait ainsi à laisser l'apprenante réaliser seule l'ensemble de la prise en charge, de l'accueil du patient jusqu'à son installation dans le secteur d'orientation choisi, sous réserve des impératifs exposés ci-après. Ceci n'excluait néanmoins pas de courtes séquences d'échanges entre l'apprenante et l'infirmière accompagnatrice entre chaque situation, voire pendant pour les premiers tris.
- Une sécurisation du dispositif. Le dispositif pédagogique ne devait impacter en aucun cas la qualité et la sécurité de prise en charge des patients. Le contexte actuel ne faisait que renforcer cet impératif. L'infirmière accompagnatrice était donc présente en continu dans le box lors des mises en situation de travail, en retrait vigilant. Elle pouvait intervenir à tout moment si les pratiques ou les décisions de l'apprenante risquaient d'impacter la qualité ou la sécurité de la prise en charge, ce qui n'a été le cas qu'à de rares occasions, principalement liées à la nécessité d'accélérer la prise en charge. Dans la mesure du possible, l'infirmière accompagnatrice n'intervenait donc qu'à la fin de la prise en charge pour compléter ou réajuster cette dernière (questionnements supplémentaires au patient, réajustement du niveau de tri,...).

### iii. Particularités des phases d'observation

Initialement instaurées « par défaut », pendant que l'autre apprenante était en situation, ces phases ont rapidement fait l'objet par les professionnelles apprenantes d'un « retravail », mobilisé pour accéder à d'autres types de raisonnements sur l'action. Diverses modalités ont ainsi été proposées et mises en œuvre : observation sans intervention, observation participante, observation « armée » en confrontant les données observées avec les procédures et grilles de tri, avec les supports de formation du CESU,... Une co-activité pouvait être proposée, mais il a été demandé aux professionnelles d'éviter les processus habituels de simple monstration ou cantonnant les apprenantes aux tâches d'exécution.

Rapidement a également été proposé par les binômes, quand la confiance entre apprenantes le permettait, que la seconde infirmière apprenante observe la première pendant ses phases de mise en situation. Ce dispositif nécessitait certes de grandes précautions et un accompagnement bienveillant, mais notre expérimentation a montré qu'il pouvait nourrir le débat des phases réflexives en vitalisant le dialogue professionnel autour de l'activité, à l'instar d'une autoconfrontation croisée, ici sans support filmé. Cette modalité de développement a alors été proposée systématiquement aux binômes pour la seconde journée, la première séquence réflexive ayant renforcé les contours d'une posture bienveillante sur l'activité d'Autrui.

### 3.2.5. Pour quels développements ?

Est-il réellement possible, après quelques mois d'expérimentation, d'évaluer les effets du parcours pédagogique mis en œuvre et, en particulier, des actions de formation en situation de travail ? Tout dépend bien évidemment de ce que l'on entend par évaluation. La plus aisée et courante, par la satisfaction des apprenantes, réalisée en fin de formation sous forme d'un entretien collectif, semble montrer que le dispositif répondrait à certaines attentes, en particulier celle d'une activité débutée « avec un filet de sécurité », contribuant à la construction d'une « confiance » nécessaire, d'une « désacralisation » du poste. Cette forme d'évaluation mériterait sans doute d'être développée et rationalisée, l'entretien collectif n'assurant bien évidemment pas une exemption de l'influence de la présence des autres, en particulier de celle du cadre de santé, organisateur de la formation et décisionnaire quant à l'« habilitation » des apprenantes à la fonction.

Nous pourrions également émettre le souhait d'une évaluation basée sur les résultats, en termes de développement de compétences au poste de travail. Nous ne pourrions aborder ici les problématiques afférentes à l'évaluation des compétences. Retenons néanmoins que dans le contexte spécifique de notre intervention, beaucoup souhaiteront sans doute évaluer le dispositif au regard de son « efficacité » et de sa « performance ». Nous l'avons vu, le jugement sur le travail est rendu complexe par l'activité-même des IAO. Plusieurs médecins proposent de juger ce travail à l'aune d'une comparaison entre le tri effectué et un tri médical théorique à partir des données recueillies et de grilles de bonnes pratiques. D'autres proposent d'évaluer la qualité du tri au regard des proportions de chaque niveau de tri, comparées aux attendus nationaux. Nous avons vu pourquoi ces deux modalités sont caduques, mais elles sont encore fortement portées par beaucoup, sous prétexte de scientificité. L'idée de professionnelles « compétentes en toute situation » et de leur double négatif, « incompétentes en tout », traversait les discours de beaucoup de professionnels, infirmières, médecins,

encadrants. Rares étaient ceux qui ne promouvaient pas une évaluation individualisée, qui permettrait ainsi de réajuster les « performances » individuelles par des moyens organisationnels ou pédagogiques. Notre parcours pédagogique, développé collectivement, pouvait-il y contribuer ?

Il nous a semblé qu'à l'inverse l'ensemble du travail mené avec les équipes relevait de manière patente qu'il était impossible d'« identifier les compétences isolément ou à distance du travail » (Dejours, 2003, p. 36), mais surtout qu'il n'existait « aucune proportionnalité entre performance et travail » (id., p. 30). La mobilisation subjective des IAO, leur intelligence au travail, leur créativité sont non seulement mises en invisibilité par l'essence même de leur travail, mais ne peuvent en aucun cas garantir une efficacité, tant productive que qualitative. Nous ne pouvons exclure la possible présence de « tire-au-flanc » (Dejours, 2009, p. 40), les erreurs d'appréciation clinique, les problématiques de hiérarchisation des buts. Mais, dans la plupart des cas, ce sont justement ces activités invisibles, ce « zèle » (Dejours, 2003, p. 43) dont font preuve quotidiennement les infirmières, dépassant de loin la prescription de la tâche, qui permet aussi, et peut être surtout, à l'ensemble de fonctionner. Ceci ne rend pas impossible l'erreur, l'évènement grave qui pourrait se produire malgré toute la subjectivité mise en actes par les travailleurs. Mais, au lieu de penser l'évènement grave comme significatif d'un dysfonctionnement individuel ou d'une « collection » d'individus (ce qui revient au même), ne peut-on émettre l'hypothèse, certes contestable, qu'il peut être le signe émergent d'une efficacité collective si bien portée que jusqu'alors, elle avait su contrer ce que l'organisation lui fait risquer ?

Evaluer la performance individuelle serait dénier le travail réel, majorer la peur et contribuer à l'isolement (Dejours, 2003, p. 47). Toute évaluation n'est « néanmoins pas en soi aberrante » (Dejours, 2009, p. 218) et, au regard de ce que nous avons pu voir du travail des IAO, nous rejoignons Christophe Dejours quand il énonce que « seule l'évaluation quantitative et objective est fautive en son principe » (id.). L'évaluation, comme « épreuve de jugement qualitative, portant sur la qualité du travail accompli, [...] en accordant la place qui lui revient de droit à l'évaluation des compétences collectives » (du Tertre cité par Dejours, 2009, p. 218) a au contraire une légitimité scientifique, mais aussi une place majeure, nous l'avons vu, dans la psychodynamique de la reconnaissance et l'« accomplissement de soi par le travail » (Dejours, 2009, p. 218).

Il nous a semblé ainsi que le parcours pédagogique proposé pouvait ainsi contribuer, non au développement de la performance et à son évaluation, mais à la vivacité du dialogue professionnel sur l'activité, à la prise en compte des inférences et à la mise en discussion des représentations. Des infirmières y ont découvert la « *subjectivité du tri qui n'est pas une*



*science exacte* » mais devient « *personnel et situationnel* ». Elles ont pu, en collectif, élaborer des questionnements éthiques, aborder leurs difficultés et leurs craintes et découvrir ou mieux comprendre celles des autres. Il n'est pas anodin que les dialogues réflexifs de chaque journée aient porté pour beaucoup sur les interactions avec les autres (collègues, médecins, patients, encadrement) et sur leurs difficultés face à des règles de travail jugées impossibles. Ces aspects, points quasi-aveugle des formations institutionnelles, leur ont permis, au moins pendant quelques heures, d'ouvrir le champ des possibles, par une redécouverte de leur propre action et une ouverture aux alternatives portées par le collectif.

Mais le dispositif a également permis de déposer, au centre de la table, craintes et peurs face à la responsabilité et face aux autres. Le décès survenu en salle d'attente a réémergé, malgré l'absence de vécu « de l'intérieur » de la situation par les apprenantes. Elles ont pu parler de leur « *honte en salle d'attente* » et rendre cette peur instrument de l'action : « *si on n'a pas peur on n'y arrive pas, on commence à dédaigner* », nous disait un infirmier lors d'une séquence réflexive. On ne peut préjuger des suites de ce moment souvent idéalisé que constitue la fin d'une formation, car « toute activité de formation [...] comporte une face de travail et une face d'illusion. L'illusion y est tout aussi inévitable que le travail : c'est parce qu'on poursuit la première que l'on s'engage dans le second. » (Kaës, 2007, p. 119) Il faudra sans doute pour ces infirmières « passer par la désillusion » (id.) de l'« accroissement de puissance » (id.). Mais nous pouvons tout de même penser que ces journées ont la potentialité d'un développement du collectif de travail quand une autre apprenante nous dit, lors d'un échange sur la posture particulière adoptée par chacun durant ces deux jours : « *Du coup, quand j'aurai des choses à questionner, ça donne une posture et un exemple à donner, en termes d'encadrement et de travail en collectif. Ca va s'étendre... Et finalement [...] on peut se faire confiance. Alors qu'habituellement on se méfie des autres, surtout des nouveaux infirmiers, même entre nous. Je te ferai confiance Charlotte [prénom modifié] parce que je t'ai vu trier. Et les autres auront aussi confiance, parce qu'ils ont vu qu'on était formé* ». Des infirmières « accompagnatrices », « expertes », nous diront également avoir redécouvert une part de l'activité, et s'être ouvertes à de nouvelles modalités d'action. L'observation de l'autre, permise par la confiance et soutenue par un travail réflexif commun, peut être ainsi sans doute rapprochée du processus d'autoconfrontation croisée, de ses fondements et de ses effets. Le « genre professionnel », « sorte de préfabriqué, stock de « mise en actes », de « mises en mot », [...] prêt à l'emploi » (Clot, 2017, p. 107) y est très présent, malgré l'expérience courte des apprenantes. Ces dernières se sont en effet déjà, pour la plupart, approprié « ces genres qui définissent non seulement la façon dont les membres du collectif doivent se comporter dans les relations sociales mais aussi les façons de travailler acceptables » (id.). Mais elles sont encore, en entrant en formation, souvent dans l'impasse d'une imitation qui « se heurte à

l'immobilisme de l'imité » (id., p139), ce dernier ne les autorisant pas à s'en départir. Au travers des observations et des échanges sur l'activité, chacun (y compris les infirmières « expertes ») découvre de nouveaux possibles, et se confronte ainsi, dans l'arène de l'activité, à des styles individuels qui « sont le retravail des genres en situation », « dans l'histoire réelle des activités au moment d'agir, en fonction des circonstances » (id., p109). Les apprenantes apprennent ainsi à « jouer avec le genre » (id.), lui donnant « vitalité et plasticité », le « gardant en état de marche ». Il ne s'agit donc pas d'une simple « libération de la parole », mais d'une réelle dynamique de développement où « le novice, à la longue, triomph[e] du geste transmis grâce aux armes de celui-ci et, en le perfectionnant éventuellement, le contr[aint] à se dépasser lui-même » (id., p. 140). Le geste individuel contribue ainsi au développement du geste collectif.

« Dire et analyser l'expérience professionnelle constitue une donnée de base de l'andragogie » (Champy-Remoussenard, 2005) : parmi d'autres modalités pédagogiques possibles basées sur une analyse préalable du travail, les actions de formation en situation de travail ont semblé ici offrir l'opportunité de permettre un développement individuel personnel, mais également un développement du processus de travail. Elles ont contribué à l'activité déontique par une réinvention possible des règles de travail, contributive à la coopération (Dejours, 2003, p. 72). L'analyse du travail pour la formation et la formation par l'analyse du travail ont ainsi toute capacité à investir ce cinquième point cardinal, central, des quatre pôles proposés par Guy Jobert : « formations dans l'intérêt de l'employeur et formations dans l'intérêt des travailleurs » et « formations adaptatives et formations [...] de développement des travailleurs » (Jobert, 2001). Au carrefour d'une activité de formation et de développement qui répondrait aux intérêts du travailleur et de l'employeur, elles ont sans doute le potentiel pour permettre un développement de l'individu contributif à une meilleure adéquation du poste de travail à celui-ci.

Peut-on aller jusqu'à y voir le développement d'une plus grande intrication entre ce que Pierre Rabardel nommait « activité productive », transformation du réel par l'homme, et « activité constructive », transformation de l'homme par lui-même (Pastré, 2011) ? Si ces deux modalités d'activité n'ont pas à être opposées, puisque l'« activité médiatisante ordinaire, quand elle n'est pas empêchée, est productive de capacités » (Clot, 2017, p. 266), il semble tout à fait possible d'espérer que cette modalité pédagogique puisse, bien menée, limiter ces empêchements.

---

## 4. Intervenir dans la vie des autres<sup>14</sup>, intervenir sur soi

---

### 4.1. Intervenir sur le collectif et les individus

---

#### 4.1.1. Contribuer à l'activité déontique et à la construction de l'accord

Nous l'avons vu, l'intervention a permis d'établir certaines hypothèses d'analyse du travail des infirmières d'accueil et proposer en regard un dispositif pédagogique permettant d'initier une démarche ajustée. Mais la posture choisie d'une intervention d'ordre psychosociologique nous indiquait, dès l'initiative du projet, que « le processus de recherche ne se situe pas hors de l'histoire, mais contribue à son accomplissement. Le surgissement de l'inédit, dans la pensée comme dans le discours, ne laisse pas la réalité intacte. » (Dubost, Lévy, 2016, p. 409). Puisqu'intervenir est toujours, avec ses dangers et ses espoirs, « intervenir dans la vie des autres » (Schwartz, 2002), quelles hypothèses pouvons-nous alors formuler sur les déplacements induits par le processus même de l'intervention, sur le collectif et ses différents acteurs, et par là même sur leur travail ?

Par ses différents dispositifs enchâssés, l'intervention souhaitait faciliter l'émergence individuelle, mais surtout collective, de paroles sur l'activité, afin, non pas de simplement les recueillir et les laisser sur le seuil d'un développement possible, mais de permettre un « travail sur le travail », l'« exercice d'un « métier au carré » collectivement organisé » (Clot, 2017, p. 147), dépassant les impasses et contribuant à la vitalité du collectif par la coopération. Nous en verrons les limites mais nous avons vu que l'activité a pu faire l'objet de ce « retravail » souhaité, mettant au centre des débats une activité incarnée, portant la subjectivité de manières d'agir différenciées, en réponse à des buts plus ou moins partagés, plus ou moins contradictoires. Les débats ont été parfois vifs lors des sessions de travail, les désaccords profonds, principalement au regard des discordances de buts et des représentations du « bon » travail. Mais l'intervention avait débuté par l'expression de plaintes multiples, vis-à-vis de médecins, de cadres de santé, mais également de collègues soignantes, qui « *ne reconnaissaient pas leur travail* », les « *méprisaient* », les « *faisaient souffrir* ». Les propos étaient parfois violents. Ces plaintes étaient bien sûr doublées de manière très forte par d'autres, orientées sur l'intensification du travail, sur une organisation « hors sol », injuste et blessante. Mais, alors que ce second type de plainte trouvait à s'exprimer entre autres par les différents mouvements sociaux, de manière collective voire publique, le premier type, portant sur des « querelles de personnes », ne trouvait pas de répondant dans le collectif, car muselé

---

<sup>14</sup> Nous empruntons cette formule à Yves Schwartz (2002)

en dehors des espaces protégés de discussion entre pairs, ou à l'inverse exprimé de manière violente au cours du travail. Nous avons, en tant que cadre, observé à de nombreuses reprises des conflits entre soignantes, entre infirmières et médecins, remettant en cause de manière réciproque les compétences ou la personnalité, le « *savoir être* », de chacun, sans jamais trouver d'issue à l'échange. En considérant cette plainte comme un « opérateur analytique de la régulation du milieu, de ses caractéristiques culturelles et des moyens d'existence et de reconnaissance des individus dans une organisation » (Foli, 2008, p. 416), notre intervention a ainsi tenté d'en déplier les fondations, par le truchement de l'activité qui les produit, par une plongée dans le réel du travail. Il nous semble qu'ainsi elle a permis, de manière itérative et partielle, de « déplacer la plainte vers un recentrage sur l'activité effective » (Ulmann, 2017, p. 129), faisant place à une « dispute » professionnelle (Clot, 2017, p. 261) contributive au positionnement du collectif comme ressource. Nous l'avons vu, les conflits autour des réorientations « *sauvages* » faites – ou non faites – par les IAO, ou les incompréhensions et tensions liées au choix individuel de « *prendre son temps* » avec un patient, rendaient les infirmières dépositaires de choix éthiques réalisés dans l'isolement. En mettant à jour les buts et sous buts sous tendant l'action, les représentations différenciées de la santé ou des missions hospitalières, l'intervention a peut-être favorisé l'intercompréhension des professionnelles. Un des infirmiers affirmait ainsi « *réaliser qu'on a tous des manières de faire différentes, mais que l'on n'est pas seul, pas seul dans mon coin* ». Cette activité dialogique à différents niveaux, initiée par l'intervention, a ainsi permis, tout au long de l'intervention, de peut-être contribuer, à son humble niveau, à la construction d'un compromis entre les mondes distincts investis par les professionnelles. Ces compromis semblent néanmoins fragiles, tant les échanges mériteraient d'être poursuivis et remis en circulation dans un collectif plus large. Nous sommes encore loin de la construction d'« objets composites » relevant de différents mondes, dotés « d'une identité propre et qui pourraient ainsi rendre le compromis plus résistant ». (Boltanski, Thévenot, 1991, p. 339). Si les soignantes s'accordaient, en fin d'intervention, pour établir que nombre de leurs « querelles de personnes » était lié à des conflits de normes non résolus, aucun compromis n'avait ainsi pu être construit, entre autres, sur les problématiques de filtrage dont l'organisation les rendait dépositaires. On ne peut qu'émettre l'hypothèse suivante : les éléments composites nécessaires à la construction de l'accord ne pouvaient être assemblés qu'au travers d'échanges plus larges que le collectif initial, mobilisant l'institution dans ses fonctions hiérarchiques à différents niveaux.

Même si la construction de compromis nécessiterait donc la poursuite du travail, nous pouvons penser que les débats de normes entretenus entre professionnelles par le biais de l'intervention ont pu contribuer à une activité « déontique » (Dejours, 2003, p. 73), activité de construction de nouvelles règles de travail, à poursuivre mais bien réel. Ces « accords

normatifs » (id.) supposent le « courage de parler et d'apprendre à parler aux autres, à se faire comprendre d'eux, à leur rendre intelligible ce qui ne se voit pas. Il faut aussi écouter l'autre » et « accepter des renoncements qui permettent de trouver un accord ensemble » (id.). Il semble que le cadre instauré et l'analyse du travail aient permis l'intelligibilité du travail réel et la circularité des échanges. Les infirmières expérimentées ont ainsi pu remettre en jeu leurs pratiques et les novices en proposer de nouvelles modalités. Ici la fin de l'intervention ne détermine pas la finalisation du processus. C'est dans la poursuite du dialogue, après l'expérience vécue, que se joueront les conséquences de ce travail. Mais le processus est engagé.

#### **4.1.2. Contribuer à la construction d'une catachrèse de la peur**

Nous l'avons dit, l'intervention n'était pas celle d'un psychologue du travail ou d'un psychodynamicien, qui auraient sans doute tous deux traité l'objet de la peur de manière différente. Mais nous ne pouvons nier que l'intervention, sur son chemin singulier, a permis de la faire émerger dans les discours, dans un milieu spécifique qui, comme nous l'avons vu, ne facilite pas son expression. Il nous semble qu'au-delà d'une simple parole déposée, dont l'intervenant aurait pu ne savoir que faire, cette peur a pu faire l'objet de débats collectifs intenses et ainsi trouver une porte de sortie dans l'activité. Le décès survenu en salle d'attente avait fait effraction au sein même du travail, de manière brutale et bruyante. Peu préparées à cela par des stratégies collectives destinées à diminuer la perception du risque, les professionnelles se retrouvaient mises en incapacité d'agir, exposées, remises en cause, fragilisées. Il a d'ailleurs semblé, nous l'avons vu, pertinent d'attendre que les dynamiques de l'après-coup s'atténuent. Nous ne prétendons pas que notre intervention ait pu aider les professionnelles de manière pérenne à surmonter cet impensé initial de l'organisation. Il nous semble que pour cela d'autres espaces, individuels ou collectifs, sont nécessaires. Mais l'intervention a pu identifier la peur comme constitutive de l'activité, contribuer à en construire une pensée collective, et à en faire un instrument de l'action. En substituant à la sidération une dynamique développementale en construction, le processus lui-même, suivi des actions de formation, a pu proposer de réaliser une « catachrèse de la peur » (Clot, 2017, p. 92) qui, réinvestie de sens, peut « devenir objet de son rapport avec le monde » (id.). La peur peut ainsi être « réhabilitée » et « les sujets [peuvent] se protéger de « la peur de mal faire » en « se faisant peur » » (id.). Avec le collectif, toujours présent et vivant, l'intervention contribue ainsi peut-être à ce que les stratégies collectives de défense ne se radicalisent pas en idéologies défensives sclérosant l'activité. A l'inverse les professionnelles ont ainsi pu, dans une certaine mesure, mettre en mots leurs souffrances et identifier leurs stratégies pour y faire face. Sans pour autant souhaiter pour ces professionnelles une conscience pleine et entière de leurs

mécanismes intérieurs qui risquerait d'empêcher l'action, nous pouvons émettre l'hypothèse d'une contribution de l'intervention à la santé du collectif.

#### 4.1.3. « Etrangéifier » le réel

Il fallait pour cela que le collectif puisse disposer d'un recul réflexif sur ses modes de fonctionnement individuels et collectifs. Le dispositif mis en œuvre a sans doute contribué à ce questionnement sur soi, associé à un évènement invitant d'ores et déjà à réexaminer le travail, puisque « des normes ne sont reconnues pour telles que dans des infractions », que « c'est l'anormal qui suscite l'intérêt théorique pour le normal » (Canguilhem, 2013, p. 183). Par ses modalités individuelles et collectives à plusieurs niveaux, l'intervention a en effet encouragé les professionnelles à réobserver les évidences et les prêt-à-penser, les « *automatismes* » dont elles nous parlaient initialement et dont elles ont découvert l'étendu de l'investissement subjectif et des alternatives. Nous l'avons vu, l'observation du travail « produit de l'activité chez l'observé », l'« obligeant » à s'observer lui-même (Wallon cité dans Clot, 2017, p. 223). Mais ici comme souvent dans l'activité de travail, le problème n'était pas nouveau, les soignantes y sont engagées, pour la plupart, depuis de nombreux mois voire années. Il est intéressant de relever qu'il a globalement été plus facile pour les novices de réexaminer leur travail, encore non stabilisé, que pour les professionnelles les plus expérimentées. Néanmoins ces dernières ont pour beaucoup initié ou poursuivi un travail réflexif lors de l'intervention. L'intervention aurait-elle su créer les conditions de l'étonnement, par ses prismes variés sur l'activité, mais aussi le caractère ludique et inhabituel de ses méthodes ? Nous pouvons émettre l'hypothèse que par son « processus d'« étrangéification » du réel » (Thievenaz, 2017, p. 99-101), la dynamique a pu permettre à l'acteur d'« entretenir à l'égard [du problème] une relation de nouveauté ou d'étrangeté » (id.). Il fallait sans doute une forme de « choc de l'esprit qui procède de l'incompatibilité d'une représentation [...] avec les principes qui se trouvent déjà dans l'esprit comme fondements » (Kant cité par Thievenaz, 2017, p. 100). La médiation de la vidéo et des écrits produits par le groupe, l'expérience vécue de la confrontation au sosie ont pu contribuer à ce choc, certaines nous exprimant d'ailleurs le caractère « *déstabilisant* » du processus. John Dewey nous indiquait que « où il y a étonnement, il y a désir d'expérience [et] seule cette forme de curiosité garantit avec certitude l'acquisition des premiers faits sur lesquels pourra se baser le raisonnement » (Dewey cité par Thievenaz, 2017, p. 101). Le travail peut alors, sous l'effet de ce phénomène « déclencheur de l'activité réflexive » (Thievenaz, 2017, p. 101), devenir « espace potentiel de pensée » (Mayen, 1999).

A travers les débats collectifs, les autoconfrontations, mais également les formations en situation de travail, nous avons vu que les « styles » individuels ont pu se confronter, débattre et dépasser ainsi le premier accès, parfois conflictuel, à l'activité de l'autre. Ils ont ainsi pu s'enrichir, plusieurs professionnelles exprimant un sentiment de « découverte », d'« intérêt » aux autres manières de faire. Lors des autoconfrontations, le rire ou la complicité ont bien souvent souligné les étonnements des professionnelles à la découverte d'autres manières de faire ou d'autres buts les étayant. Exerçant pourtant dans un milieu ouvert à l'observation continue des autres, il semble que l'intervention ait permis une re-découverte de sa propre activité et de celle des autres, contribuant à sa vivification. En faisant « découvrir au professionnel ses propres capacités d'innovation », telle cette infirmière qui découvrait la richesse de ses stratégies de détournement de la prescription pour obtenir la bonne orientation du patient, l'expérience devient « expérience » et se construit, non plus « seulement subie, vécue » (Ulmann, 2013). Les professionnelles ne sortaient pas des entretiens d'autoconfrontation en exprimant le souhait d'une imitation simple de leurs pairs à la suite de l'observation d'une séquence « réussie ». A l'inverse, elles réexaminaient leurs propres pratiques en les confrontant à celles des autres, et semblaient proposer une rénovation de leurs modèles. En multipliant ainsi les possibles « variations de soi » dans l'activité et en enrichissant les styles, les professionnelles semblaient ainsi pouvoir retravailler le genre, dimension « transpersonnelle » (Clot, 2017, p. 258) du métier, complétant ainsi le travail effectué sur la dimension « impersonnelle » par leur activité déontique et les dimensions « intrapersonnelles » et « interpersonnelles » (id.) par le dialogue sur l'activité.

#### 4.1.4. Reconnaître

Il ne paraît pas anodin que l'un des retours les plus fréquents des infirmières lors de la finalisation de l'intervention fut l'expression d'un ressenti de reconnaissance de leur travail. Nous avons vu le plaisir que les professionnelles semblaient ressentir à la découverte de la pertinence de leurs actions d'un point de vue clinique, et les difficultés d'accès à une reconnaissance du travail par l'intermédiaire de jugements d'« utilité » et de « beauté » (Dejours, 2003, p. 52) fondés sur le travail réel. Les discours sur le travail d'autrui étaient rarement positifs, et ne portaient que sur leurs résultats, souvent faussés. Nous avons observé, pendant l'intervention, une grande curiosité de la part des infirmières, découvrant les manières de faire de leurs collègues, leurs astuces, leurs tricheries et leur créativité. Nous avons vu que, loin d'être de « simples exécutantes » (le terme est très usité dans le milieu), les infirmières étaient « les créat[rices] permanent[e]s de leur propre activité » (Clot, 2017, p. 47). Mais elles n'en ont, pour la plupart, qu'une conscience fragile. Par la médiation du dispositif, elles semblent alors en avoir fait émerger des représentations positives, visibles par

des sourires et des regards complices, des expressions d'étonnement et d'admiration pour leur propre travail ou celui des autres. Les processus mis en œuvre en binôme pour protéger la « *bulle relationnelle* » construite autour du patient, le « *bal* » de la coactivité réglée et souple de deux infirmières, les tricheries destinées à réduire la pression du flux, mais aussi et de manière moins inédite la prise de conscience de la complexité du processus de tri ont produit de manière itérative des moments de jugement positif sur les modalités de réalisation du travail. Proférés « par ceux-là mêmes qui connaissent le travail de l'intérieur » (Dejours, 2003, p. 52), ces jugements de beauté, « en référence au réel du travail, aux difficultés de la tâche et aux efforts déployés par le travailleur » ont ainsi pu trouver un espace pour s'exprimer et se déployer. Si ces jugements « sont les plus précieux » (id.) dans la psychodynamique de la reconnaissance, ils nécessitent « confiance et loyauté entre celui qui travaille et celui qui juge » (id.), ce que le cadre instauré semble donc avoir permis.

Mais il paraît ici primordial d'indiquer que ces jugements, comme l'ensemble des discours échangés devant l'intervenant, étaient multi-adressés. Par l'intermédiaire des autoconfrontations simples et des instructions au sosie, un travail « du collectif dans l'individu » (Clot, 2017, p. 222-226), avec comme « subdestinataire » le sujet de l'activité, s'est réalisé, nous l'avons vu, de manière parfois bousculante. Mais les soignantes n'ont pas été laissées en l'état, et le dialogue a été redoublé dans le collectif, par le biais des autoconfrontations croisées et des sessions collectives. Cette reprise dialogique, conservant la « motricité du dialogue » (id.) en en déplaçant les contextes, a semble-t-il permis le renforcement du « furet dialogique » (id.) contributif à la vivacité du genre professionnel. Mais cette polyphonie a toujours été médiée par - et réalisée devant - l'intervenant-supérieur hiérarchique. Certes la présence de ce dernier a sans aucun doute influencé les propos échangés, nous l'avons vu. Mais loin de rompre la confiance ou le dialogue, il semble que la présence de cet autre destinataire ait pu permettre de le rendre facilitateur et témoin de ces moments d'exposition de la beauté des « gestes de métier ». Le dispositif paraît ainsi avoir, dans un geste dialogique circulaire, permis de replier le jugement de beauté sur celui, attendu et, nous l'avons vu, souvent absent, d'utilité, « proféré par les supérieurs hiérarchiques » et portant sur « l'utilité technique, sociale ou économique de la contribution » (Dejours, 2003, p. 52). Rappelons que ce jugement d'utilité, contributif à la reconnaissance, ne correspond pas à un jugement ou une mesure de performance ou de rentabilité. Or nous avons pu analyser la difficulté, sans socle de valeurs stabilisé, d'un accord sur l'utilité, au sens de Dejours, de la fonction de ces infirmières. Ne reste alors pour ces dernières que la piste d'une reconnaissance de leur travail par ce qu'elles y engagent pour être conformes aux règles de l'art, par leur adresse et leur virtuosité. Beaucoup nous diront ainsi avoir ressenti « *une grande*



*reconnaissance* » du fait de la mise en valeur, par l'intervenant-cadre de santé, de ces gestes de métier, associée à une reconnaissance de leurs difficultés et de leurs souffrances.

Dire cela ne permet néanmoins pas de penser que le problème serait résolu, par une simple reconnaissance qui « résoudrait la souffrance » (Molinier, 2010b, p. 106). Cela serait illusoire et risquerait à l'inverse de renforcer les stratégies collectives de défense, élevées alors au rang de facteurs de santé. Car « ce qui définit la santé c'est, d'un certain point de vue, la possibilité de se passer des défenses en les dépassant quand elles sont devenues des normes de vie rétrécies » (Clot, 2017, p. 95) : la santé est normativité et « il n'y a proprement tendance conservatrice que dans la maladie, que l'organisme sain est caractérisé par la tendance à affronter des situations nouvelles et à instituer de nouvelles normes » (Canguilhem, 2013, p. 178). La reconnaissance facilitée par l'intervention ne peut donc se suffire, car « la « vraie » reconnaissance du travail s'inscrit matériellement dans l'organisation du travail sous la forme des moyens qui sont accordés pour le faire avec soin. Ces moyens ne sont économiques qu'en partie. Ce qui est en jeu est aussi « la considération du point de vue des salariés sur ce qu'ils font, comment ils le font et pensent devoir le faire » (Molinier, 2010b, p. 107). Ceci ne pouvait se faire sans un déplacement de l'encadrement, nous allons voir qu'ici la posture spécifique de l'intervenant interne – encadrant a pu fournir des pistes d'action et de réflexion.

#### **4.2. Intervenir sur soi : déplacement des représentations et mutations de l'activité managériale**

---

Nous ne pouvons discuter des déplacements que l'intervention a pu réaliser sur les représentations et l'action du cadre de santé – intervenant sans revenir brièvement sur mon parcours et mes modalités d'action. Comme tout intervenant, la mise en jeu de ma propre subjectivité dans l'intervention, cette « idiosyncrasie » « qui fait qu'une part de nous se projette dans nos travaux », « oblige à développer une dimension réflexive » (Delcroix, 2019, p. 38) dans la conduite de nos travaux. Cela rend ainsi nécessaire l'analyse de mes « options et visées », non pas « biais ou [...] filtres à neutraliser mais [...] ressources pour l'intervention, à la condition qu'elles soient reconnues et débattues » (Lhuillier, 2017, p.69). Ici entre par ailleurs en jeu le statut particulier de l'intervenant interne, redoublé par ma position hiérarchique singulière. L'idée n'est donc pas ici de tenter un état généralisable du management hospitalier, mais de cerner les modèles opératifs singuliers structurant mon activité, avant que l'intervention ne vienne les déplacer. Nous pourrions alors tenter de formuler des hypothèses sur les différentes formes de développement qui ont eu lieu.

#### 4.2.1. La « fabrication »<sup>15</sup> d'un cadre de santé

Comme un nombre de plus en plus important de cadres de santé, je suis venu à la fonction après un exercice assez rapide du métier infirmier, six années, dont la majeure partie a la particularité de s'être déroulée sur mon lieu de travail actuel, où j'exerce donc maintenant avec des responsabilités différentes. J'ai connu, là aussi comme beaucoup, cette « impression de tourner en rond » (Divay, Gadéa, 2015, p. 90), ce « sentiment de lassitude » (id.), malgré un métier désiré et aimé. Conjointement je m'étais progressivement investi dans des groupes de travail où j'exerçais différents niveaux de responsabilité, ainsi que dans des formations où je pris goût à l'animation de séquences pédagogiques dans mon domaine d'activité. L'ensemble fut l'objet pour moi d'un « surinvestissement professionnel » (id.) qui me donna accès à une vision nouvelle des tâches des cadres, tout en majorant le sentiment de lassitude du travail « clinique ». Il me fut alors proposé « ce poste « fantôme » » (id.) de faisant fonction de cadre de santé (dans un autre service clinique), sorte de double mise à l'épreuve, de soi vis-à-vis de la fonction, et de la fonction vis-à-vis de soi. Il fallait alors, littéralement du jour au lendemain, être à la hauteur pour « ne pas décevoir la confiance » (id.) de celles qui m'avaient, d'une certaine manière, offert la possibilité d'y accéder. Ma posture fut alors celle d'un manager légaliste, fondée sur la règle et le droit, vivant dans ce « monde civique » où Luc Boltanski et Laurent Thévenot établissent un « rapport d'équivalence entre les êtres en tant qu'ils appartiennent tous à un collectif qui les comprend et les dépasse » (Boltanski, Thévenot, p. 231). Mes actions et les jugements qui les fondaient se devaient d'être indépendants, fondés sur les responsabilités, la lutte contre les individualismes. La règle était omniprésente (procédures, règlements,...) mais protectrice et justificatrice de mes actions.

La formation suivie à l'Institut de Formation des Cadres de Santé fut l'occasion d'une ouverture à la sociologie, mais principalement à la sociologie des organisations, « qui met l'accent sur les acteurs, leurs stratégies, leurs calculs, sans analyser plus finement la nature des rapports sociaux observables en milieu hospitalier et les dimensions collectives et politiques qui les sous-tendent » (Divay, Gadéa, p. 92). Je me retrouvais d'une certaine manière conforté par l'institution dans ma posture initiale et ai investi mon nouveau poste, de retour dans le service X, avec l'envie d'y mener des projets, de répondre aux objectifs qui m'étaient assignés, bénéficiant d'une connaissance du travail qui m'offrait une légitimité vis-à-vis des professionnels, faisant reposer mon statut en grande partie sur une « expertise métier ». J'avais intégré, par un processus de professionnalisation singulier, les « normes managériales » et les défendais avec une certaine ardeur. Les pratiques étaient encadrées

---

<sup>15</sup> Nous empruntons cette formule à Hugues (cité par Divay, Gadéa, 2015, p. 90), qui abordait la conversion identitaire des étudiants en médecine : « The making of a physician » (1958)

par des verrous procéduraux construits de manière appliquée et rigoureuse. Par la mise en valeur de la règle et des normes institutionnelles, je trouvais les leviers d'action nécessaires dans une grande palette de situations complexes. Travailler sans règle renforce la nécessité des arbitrages, et la maîtrise fait alors place à l'incertitude déstabilisatrice. La règle me protégeait et m'offrait une assise confortable.

#### **4.2.2. Un management à la croisée des mondes communs**

Mais manager n'est pas si simple. Certes les projets pouvaient être menés à bien, les réorganisations faites avec succès. Rigueur, organisation et communication pouvaient permettre d'atteindre les objectifs fixés, parfois avec fierté. Au « monde civique » rassurant des débuts, se trouvaient confrontés de nouveaux mondes, moins attendus mais qu'il fallait s'approprier. La forme de productivité scientifique demandée par le nouveau « monde industriel » hospitalier, via la promotion du pilotage par indicateurs et l'efficacité des organisations, put trouver initialement du répondant dans le caractère procédural de mon mode de fonctionnement habituel. Nonobstant ses lourdeurs administratives, mon mode de réponse satisfaisait les commanditaires par une réponse appliquée à leurs commandes. Je ne peux nier y avoir trouvé de la satisfaction, trouvant dans celle du commanditaire un encouragement à l'application à la tâche. Le statut offert par cette satisfaction offrait également une liberté d'action appréciable, permettant un espace de créativité.

Mais l'environnement hospitalier, comme d'autres, est particulièrement instable. Une fois dépassées les premières illusions des responsabilités élargies, je fus rapidement mis à l'épreuve du réel. Malgré l'énergie et l'investissement mis dans la fonction, malgré la connaissance supposée du travail, malgré l'attention au collectif, je ne pouvais que constater, progressivement, les premiers frottements, puis les difficultés voire les échecs à vouloir manager par ces méthodes. Les procédures étaient écrites, les process clarifiés, mais la plainte des personnels sur leurs conditions de travail ressenties comme « dégradées », les retours négatifs des patients sur la qualité de leur prise en charge, se faisaient toujours entendre et de manière de plus en plus criante. Plutôt qu'abandonner l'illusion de la maîtrise, je n'ai fait que la renforcer. Les listes de tâches se sont sans doute faites plus réalistes, moins denses, les délais de réponse aux courriels quelque peu plus longs, mais la tension n'en a fait qu'augmenter. L'illusion de la perfection est devenue en partie structurante. Au prix d'un envahissement du travail dans l'ensemble des sphères privées, mais également de relations de travail courtes, impersonnelles, respectueuses de « ce qui se fait », comme vidées d'une part de leur humanité.

L'argument de la règle se renforçait face au « monde inspiré » (Boltanski, Thévenot, 1991) qu'habitaient certaines soignantes et dont l'expérience vécue, qui se soustrayait à la mesure, ne trouvait pas de compromis avec mes mondes. Quand, face à une réorganisation des processus au sein du service, elles me faisaient part de problèmes d'ordre personnel ou subjectif, je répondais par l'équité, l'importance d'une vision plus large et collective du problème. Attaché au « mythe d'un collectif soignant » (Sainsaulieu, 2008), je ne pouvais voir son instabilité et la difficulté à accorder représentations et aspirations. Quand elles me disaient souffrir de la charge de travail ou des conditions de leur exercice, je regardais le plus souvent leur plainte au prisme de ma propre expérience, ce qui m'amenait souvent à la relativiser ou à « diagnostiquer » une incompatibilité avec la tâche, reposant sur l'individu. Leurs plaintes pouvaient m'être violentes, face au zèle que je mettais moi-même à la tâche. Il me semblait ne plus comprendre cette activité que j'avais pourtant moi-même exercée et vécue. Mais, malgré la fatigue qu'elles exprimaient, malgré les pleurs de certaines dans nos bureaux, il fallait continuer et, tout en protégeant celles qui tombaient, solliciter celles qui tenaient encore debout.

Nous l'avons vu, c'est dans un de ces moments de friction de mon activité avec le réel, dans cet échange d'empêchements, que notre intervention a pris racine. Tentons maintenant de cerner ce qu'elle a déplacé.

#### **4.2.3. De l'inconfort comme ressource**

L'intervention se situait pour moi dans une période spécifique de transition où le cursus universitaire venait réinterroger mon rapport au travail et, « en visant une action sur le monde, [faisait] aussi retour sur soi » (Jobert cité par Ulmann, 2018, p. 173). C'était donc avec un regard porteur d'un premier décalage que j'observais le travail. Mais il restait difficile à comprendre, comme un objet trop habituel que je cherchais à analyser sous un nouveau prisme, sans réellement pouvoir, malgré ma volonté, me départir de mon expérience et de mon vécu. Comment s'étonner d'un travail dont mon expérience de cadre me renvoyait une « maîtrise » de la tâche, et dont celle d'infirmier une « maîtrise » de l'activité ? Comment alors accéder à l'étonnement, dont nous avons vu qu'il constitue un « ressort de l'expérience » (Thievenaz, 2017) ? Comment rendre à nouveau « étranges » ces phénomènes vécus par les prismes de deux fonctions différentes mais complémentaires ? Ici il semble, comme nous l'avons vu pour les infirmières, que les méthodologies employées ont permis, par leur caractère peu habituel, voire discutable, dans le champ managérial, de revitaliser le regard. En instaurant des espaces inhabituels d'échanges, structurés mais ouverts à la plainte et à l'expression des subjectivités, sans volonté initiale de trouver des compromis mais de

développer l'intercompréhension, je me retrouvais dans une posture nouvelle. « Réhabitant » ma fonction en l'ouvrant aux possibles, hors du cadre plus usité et confortable des méthodologies préconstituées du champ de métier, je pouvais tester de nouveaux modes de fonctionnement, de nouvelles modalités relationnelles avec les soignantes. Ces espaces d'échanges ont ainsi constitué un terrain de « jeu » où différentes configurations spatiales, différentes méthodes pour faire circuler la parole ont été expérimentés : écrits, affiches, vidéos, ... Ils sont devenus des espaces de convivialité, assortis de quelques victuailles, et le « bien cordialement » des premiers mails a fait place au « bien à vous » plus engagé dans la relation.

En allant filmer le travail, je me retrouvais auprès d'elles mais d'une autre manière, regardant le travail dans sa finesse et sa complexité. Il prenait ainsi de la valeur puisqu'il méritait regard. Puis, lors des autoconfrontations, ma position d'intervenant, contribuant à la motricité du dialogue, prolongeait cette attention au réel de l'activité – ce qu'elles font, mais aussi ce qu'elles ne font pas, par empêchement ou par choix. En autoconfrontation, le sujet « lutte contre une compréhension incomplète de son activité par ses interlocuteurs » et souhaite la prévenir, « il vise à s'approprier pour les modifier leurs mobilisations respectives » et « voit sa propre activité « avec les yeux » d'une autre activité » (Clot, 2017, p. 127). Alors comment ne pas émettre l'hypothèse d'une mutation du rapport à l'intervenant-supérieur hiérarchique, dont il est souvent reproché une vision « hors sol » du travail ? Cette réappropriation en cascade du « je » et du « nous », s'éloignant progressivement du « on » générique, se produisait avec le cadre de santé, incluant ce dernier dans une expérience de remobilisation du genre, dont il est ordinairement exclu. Mais loin d'en être le simple témoin, il en est le déclencheur et le médiateur.

Dans le prolongement de cette expérience, la posture particulière du sosie, que j'endossais parfois avec difficulté au regard de ma connaissance de la fonction, m'autorisait, grâce au cadre institué initialement, à constituer pour la professionnelle un « moyen détourné » (Clot, 2017, p. 185) de contact avec elle-même. Ne nions pas l'espace de jeu mis alors en œuvre par les professionnelles qui pouvaient à cette occasion « *faire vivre de l'intérieur* » leur activité, avec ses plaisirs mais aussi ses empêchements, ses difficultés et ses souffrances au cadre de santé fréquemment incriminé de ne pas les comprendre, restant à distance du travail, « *derrière son ordinateur* ». Par le biais du langage lors de l'expérience du sosie, « les activités se réorganisent et se modifient » (id.). Cette ouverture d'alternatives dont le cadre de santé devient, par l'expérience de l'instruction, témoin et acteur, paraît alors pouvoir constituer un objet-lien d'une grande richesse, quand il est recueilli avec attention pour la personne et son vécu.

L'« étrangeté » du dispositif et de ses effets sur la relation entre le cadre et les professionnelles a ainsi pu contribuer à rendre son « étrangeté » à l'activité des infirmières. De cette nouvelle posture « hors cadres », le cadre de santé que je suis n'est pas sorti indemne. Cette confrontation à mes savoirs managériaux antérieurs a en effet pu conduire à une prise de « distance par rapport à moi-même », et ainsi à « sortir de soi », processus qualifié de « maïeutique de l'entraînement mental » par Desroche (Betton, 2014) dans la recherche-action. Face aux contraintes du milieu et de la fonction, il fallait trouver les pistes nécessaires. L'expérience a ainsi fait émerger une créativité, un « bricolage » au sens de Levi Strauss, dans la construction de ma posture et de mon action, créativité néanmoins « réfléchie » car fondée sur des savoirs et des référents théoriques. La « sérendipité » du processus, amenant à « trouver autre chose que ce que l'on cherche » (Jobert, 2015, p. 14-15), a sans doute été facilitée par cette capacité nouvelle, « vicariante », à « sortir de la répétition du déjà-connu pour explorer des voies nouvelles, inventer des solutions nouvelles plus efficaces ou plus élégantes à des problèmes » (id.).

Le processus en lui-même a donc produit un déplacement. Il faut néanmoins discuter également ici des effets qu'ont pu produire les « résultats » de l'analyse, ces savoirs expérientiels sur l'activité des infirmières et qui venaient bousculer mes représentations antérieures. Ces dernières étaient ancrées par l'importance de mon expérience, donnant peu de marges à la réflexivité. Mais face à cette polyphonie de subjectivités en acte, de dilemmes vécus et de souffrances souvent tues, émergea un réel inconfort. Yves Schwartz nous l'indiquait : « décider de se laisser interpellé par l'activité produit toujours un basculement, un « repositionnement » des exercices professionnels et sociaux » (Schwartz, 2018). Ici nous a semblé entrer en jeu un point de rupture majeur au sein de l'intervention, quand une forme de malaise intérieur s'est installée. Les travaux de Georges Devereux nous éclairent quand il affirme qu'« un trait commun à toute recherche est qu'à un certain point de l'expérience un événement est converti en perception » (Devereux, 2012, p. 146), et que cette perception, souvent anxiogène, est trop souvent « décontaminée » par des défenses professionnelles destinées à réduire les angoisses. Ici la perception du « mal » (au sens mobilisé par Dejours) infligé aux autres par une organisation dont j'étais, peut-être malgré moi, mais « par la force des choses » partie prenante, aurait pu contribuer à la construction d'un refuge où se protéger de cette réalité violente. A l'inverse, il nous semble que la recherche a facilité une mise à disposition de soi et que, par le cadre de confiance instauré et les effets du dispositif sur les relations, mais aussi par les allers retours avec les sciences du travail, s'est progressivement instaurée la possibilité d'accueillir cet inconfort comme une possibilité d'action. Car « ce n'est pas l'étude du sujet, mais celle de l'observateur, qui nous donne accès à l'essence de la situation d'observation » (id., p. 19). D'une analyse qui renforçait les empêchements

managériaux par le constat d'une organisation blessante, nous pouvions alors passer à une analyse vectrice de mobilisation et de mouvement. Il fallait certes pour cela s'écarter de la prescription du métier et prendre le risque de la rupture. Mais c'était l'occasion de dépasser ma propre souffrance éthique et de renaître en santé, prenant à mon compte les propos de Canguilhem, pour qui « l'homme sain ne se dérobe pas devant les problèmes que lui posent les bouleversements parfois subtils de ses habitudes [...] ; il mesure sa santé à sa capacité de surmonter les crises pour instaurer un nouvel ordre » (Canguilhem, 2013, p. 174). Cette normativité constitutrice de santé était le fait d'un mouvement de retour sur l'activité qui permettait d'avancer, telles ces voitures pour enfants qui, par rétrofriction, emmagasinent l'énergie pour la restituer et la développer.

#### 4.2.4. Un choix

Regarder en face sa propre souffrance éthique n'est néanmoins pas chose aisée. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une levée du déni pouvait être salvatrice pour ne pas, à l'instar des infirmières, radicaliser les défenses. Mais prendre conscience du « mal » fait aux autres pouvait aussi paralyser l'action ou aboutir à une révolte menant à l'inaction managériale. Traversé alternativement par ces deux possibilités face à une réalité bouleversante, la question s'est d'autant plus posée qu'elle prenait place dans un mouvement social dont les discours rejoignaient pour beaucoup les difficultés relevées. Si ne rien faire aurait été laisser le problème en l'état et d'une certaine manière prolonger le malaise ressenti, refuser et porter un discours contestataire radical pouvait paraître pouvoir contribuer à une forme de rachat des peines infligées.

Ce rachat a vite semblé pouvoir porter une rhétorique potentiellement libératrice, mais toutefois en partie stérile. Les soignants portaient un message fort par l'intermédiaire d'un mouvement inédit et protéiforme, bousculant les structures habituelles de revendication, et né de l'expression de conditions de travail et de prise en charge jugées inacceptables du fait de leur violence, leur précarité et leur intensité. La parole de ces personnels « non médicaux » était médiatiquement rare. Si elle avait réussi à toucher le grand public, c'est que le message était incarné, réfléchi, moderne, au prix de certaines actions sans doute discutables. Mais c'est aussi sans doute qu'il reliait, depuis les premiers jours de revendication, la santé des patients à celle des personnels. « *Donnez-nous les moyens d'être(s) humains* », « *Ce n'est pas parce que nous sommes en grève que vous attendez, c'est parce que vous attendez que nous sommes en grève* » : autant de slogans qui rappelaient de manière vive que soigner n'est pas un métier comme un autre. Ils revitalisaient un débat dont on avait sans doute oublié qu'il pouvait ne pas qu'être celui des philosophes, des experts et des médecins.

Où se trouvait alors la place du management dans ce mouvement ? Fallait-il prendre fait et cause pour leurs revendications, porter le même message ? Le poids d'une parole managériale complémentaire aurait sans doute pu appuyer leurs récits et leurs revendications, éventuellement en donner une légitimité auprès de ceux qui mettaient en doute la véracité de leurs propos, le caractère aigu de leur souffrance. J'ai eu l'occasion de le faire, mais par petites touches prudentes (Bastide, 2019).

On l'aura compris, ce n'est pas le choix principal que j'ai fait. Est-ce l'effet de savoir-faire expérientiels de prudence face au risque qu'aurait fait encourir une parole de révolte sur une carrière et un positionnement dans l'institution ? Sans aucun doute. Mais il faut ici également se souvenir des motifs profonds de ma souffrance. Elle ne résidait pas sur ma simple application à réaliser une tâche qui m'était donnée et dont je m'apercevais des aspects délétères, mais d'un zèle à la réaliser, dépassant la prescription jusqu'au déni. Prenant conscience de la part d'action du management de proximité dans la problématique, je ne pouvais m'en départir en faisant reposer cette activité délétère sur des problèmes d'effectifs ou de moyens. Mon intervention me le montrait, il s'agissait aussi de repenser les interactions, la fabrication et la discussion des règles, de réintroduire une éthique dans l'organisation, au plus près du travail. Mon expérience d'encadrant me le montrait, ma position dans l'institution me le permettait, la révolte pouvait être portée par d'autres modalités d'action. Il s'agissait, par un jeu de billard à trois bandes, non d'une attaque mais d'une transformation profonde du travail qu'il s'agissait de mener. Il paraissait possible d'inventer de nouvelles formes de management.

Il fallait sans doute pour cela ne pas se laisser déborder par l'expérience dans la projection, en tant que porteur d'une dette envers celles qui m'avaient ouvert la porte de leur activité. « La posture qui vise à comprendre les situations n'équivaut pas à une caution des pratiques », nous indique Paule Bourret (Bourret, 2017, p. 20). Dans l'éventail des possibles, le beau geste n'est en effet pas toujours le bon au prisme des normes de l'institution, et certaines pratiques, si ingénieuses qu'elles soient, étaient à discuter. Nous l'avons vu, la place laissée par un jugement d'utilité amputé avait permis au jugement de beauté sur le travail des infirmières de se déployer chez l'encadrant-intervenant. Cela pose une question importante sur la place du management.

Mais cacher les pratiques « hors cadre » sous un manteau d'autorité (« je ne veux pas le savoir arrêtez ça ! ») ou de déni revient au même. Les nier c'est aussi les faire perdurer, au prix d'un maintien de la souffrance et d'une insécurité du patient. Les nier c'est aussi, et peut-être surtout, oblitérer la créativité et les possibilités multiples de réajustement d'une prescription, nous l'avons vu, souvent défailante.

Il fallait donc pouvoir maintenir un regard critique dont nous savions qu'il était vain de le porter seul en tant que manager. Notre posture éthique nous interdisait néanmoins d'utiliser cette



nouvelle connaissance des « pratiques clandestines » (Dejours, 2003, p. 18-19) pour « accroître notre pouvoir d'agir » (id.) managérial « au détriment de celui des « exécutants » pour simplement les « routiniser » » (id.). C'était donc à un rapprochement qu'il fallait procéder : le management ne pouvait pour avancer que prendre en compte le travail tel qu'il était fait, mais aussi non fait ou empêché, pour le discuter en collectif, et en extraire un objet composite, compromis ajusté des mondes vécus.

Je faisais alors le choix, discutable comme l'aurait été un autre, de laisser aux soignants le poids des revendications d'effectifs et de moyens, tout en leur apportant un soutien stratégique lors d'échanges avec les Directions. J'obtenais auprès de ces dernières une certaine écoute, liée en partie à mon zèle passé à dépasser la tâche, mais aussi et de manière nouvelle aux arguments solides que je pouvais avancer, fondés sur une connaissance fine du travail et de ses impacts sur les soignants et les soins.

Il me semblait que porter les messages d'une manière plus éclatante aurait fait prendre le risque d'une parole inaudible pour l'organisation du travail, engluée comme je l'étais précédemment dans une justification scientifique et rationnelle de ses actions.

Mais il me fallait surtout investir la scène du travail, qui me semblait être ma place, là où d'autres investissaient la sphère publique ou médiatique. Il s'agissait d'inventer de nouvelles formes de management, mais mon expérience vécue m'indiquait que cela ne pouvait se faire sans travailler sur les représentations de chacun, à tous les niveaux. Un nouveau travail s'engageait alors, porté par le désir profond d'une reprise en mains, par chacun, de son activité et un refus du processus de « banalisation » du mal (Dejours, 2009). En ce sens la révolte, en tant que « transformation du monde au lieu de se satisfaire de ses imperfections » (Sarthou-Lajus, 2008, p. 662) était bien présente, faisant mienne « la nécessité de l'adhésion sans laquelle la révolte dégénère en dogme révolutionnaire de la table rase, et la destruction l'emporte sur le désir de transformation » (id.).

S'est alors enclenché un travail progressif, tout le long de l'intervention et dans ses suites, pour transformer le management et le rapprocher du travail. Mon statut de cadre étayait ces possibles, ce n'est pas le moindre de ses avantages. Sans doute n'aurait-il pas été si « simple » d'organiser les réunions collectives, de programmer et maintenir les formations en situation de travail malgré les difficultés de planning, si je n'avais pas été en possession de ces leviers. Nous l'avons vu, l'adresse faite aux propos n'aurait pas été la même et la mise en mouvement du collectif n'aurait peut-être pas trouvé autant de répondant. Le processus était complexe tant il était pris dans un contexte particulier à la suite du décès survenu en salle d'attente. Le service était observé, analysé à différents niveaux, faisant l'objet d'injonctions à des modifications rapides, structurées par une prescription forte. Les procédures devaient être réexaminées à l'aune de l'évènement, les pratiques verrouillées pour éviter un nouvel accident. Dans ce flot continu de commandes, la place était mince pour la prise en compte de

l'activité et de ses empêchements, dont nous avons pourtant vu à quel point elle pouvait avoir contribué à la qualité du travail. D'une certaine manière, le travail était au contraire coupable, il fallait le soigner par des traitements structurés ne laissant plus de place aux aspérités. Or nous savions que la surprescription empêcherait plus qu'elle ne permettrait. Il fallait prescrire mais en laissant des espaces d'expression des subjectivités, de réalisation de choix éthiques. C'est à un travail de fond que je me suis alors attelé, discutant des procédures, les modulant, cherchant à construire des compromis entre ces différents mondes qui s'entrechoquaient.

Ici nous ne pouvons nier l'importance de l'échec, tant la commande était verrouillée et les délais imposés. Les soignantes n'ont pas été sollicitées, les règles ont été édictées « hors sol », sclérosant tant l'activité qu'elles ont produit par ricochet de nouveaux conflits de personnes et de nouvelles difficultés au travail. Mais, en démontrant sa résistance à la normalisation à outrance, le travail réel est venu en retour questionner à nouveau les autres managers sur leurs modalités d'action. Aidés peut-être en cela par ce que je pouvais, à mon niveau, leur apporter de compréhension du travail, ils ont commencé progressivement et de manière fragile à se départir des antennes managériales d'une supposée « résistance au changement » qui expliquerait toute impossibilité de modification des pratiques. Le travail résistait, mais il avait ses raisons.

Le processus a ainsi pu, progressivement, par une succession d'essais, d'erreurs et de réussites, infuser dans l'action managériale, en dehors des temps privilégiés dédiés à l'intervention. De la défense argumentée des modalités de travail en binôme contre les visions négatives que pouvaient en avoir les autres encadrants, à la construction de nouveaux locaux adaptés au réel du travail, en passant par l'argumentation en comité de direction d'une impossibilité à augmenter les cadences tout en optimisant la surveillance sans moyens supplémentaires, nombre d'actions se sont fondées sur l'analyse réalisée. De manière moins éclatante mais tout aussi importante, il semble que le processus lui-même ait produit un déplacement des relations entre les soignantes et moi, une intercompréhension mutuelle, une diminution de la plainte adressée à l'encadrant-personne pour la substituer partiellement par une plainte ciblée sur les processus, les règles et les difficultés à les faire vivre en collectif. Idéaliser l'intervention ne servirait ni l'analyse, ni ses possibles poursuites à l'avenir. C'est un risque que nous avons approché, quand certaines soignantes venaient nous voir en nous exposant que la démarche constituait à présent pour elles « *une véritable bouée de sauvetage* » leur permettant de tenir au travail. Il n'est pas rien, pour un manager habitué à la critique, d'entendre des propos d'une telle intensité à l'égard d'une action qu'il a initiée. Mais la posture éthique adoptée dès l'initiation du processus nous l'indiquait : loin de souhaiter fabriquer un énième « coussin compassionnel » (Clot, 2011, p. 32), nous souhaitions faire émerger un processus de développement du travail. Certaines actions managériales auraient sans doute pu avoir lieu sans l'intervention, d'autres furent sans doute maladroites ou fondées

sur une trop forte projection sur les professionnelles. Mais toujours s'est maintenue l'exigence éthique d'un réglage des actions prenant en compte l'activité dans toutes ses dimensions : personnelle, interpersonnelle, impersonnelle et transpersonnelle. Il fallait oser prendre en charge ce questionnement, remettre en cause les méthodes, « prendre les risques de la controverse » (Bourret, 2017, p. 145). Mais nous le savions, le travail peut être opérateur de santé, et la santé des personnels est elle-même opératrice d'efficacité et donc de santé pour les patients.

Il faut sans doute ici parler de la restitution du travail d'analyse, que nous avons proposé de réaliser initialement auprès du chef de service, de plusieurs médecins, et de l'encadrement paramédical. Cette restitution avait fait l'objet de beaucoup de débats au sein du collectif de professionnelles, débats liés aux effets qu'elle souhaitait provoquer. Beaucoup espéraient ainsi amener les responsables à prendre conscience de la pénibilité du travail, afin que puissent être engagées de nouvelles modalités de management. Mais leurs paroles nous l'avaient indiqué : les fondements de la coopération et de la reconnaissance étaient entamés par un travail malmené par l'organisation et les acteurs qui y étaient engagés. La solution ne pouvait se trouver dans la « simple » exposition d'une plainte, qui risquait de mettre les médecins et les cadres en position de défense. La psychodynamique du travail nous l'a indiqué, « les descriptions situées, les stratégies subjectives et collectives que ces descriptions mettent en visibilité lorsqu'elles sont bien menées, ne provoquent jamais, en soi, des changements » (Scheller, 2017, p. 144). Il faut se les approprier. Ce n'était donc pas de la réception de la restitution par les décideurs qu'il fallait se préoccuper le plus.

Elle fut d'ailleurs pour beaucoup, dont l'intervenant, décevante, démontrant un intérêt pour le travail réalisé, pour la « *parole incarnée* » et la finesse du travail réalisé, mais sans choc réflexif en retour. Certaines infirmières furent ainsi étonnées de la réaction d'un encadrant exprimant ses « *félicitations pour le beau travail réalisé* », sans aucun commentaire sur la souffrance exprimée. Mais n'était-ce pas justement pas ici qu'il fallait s'arrêter, non sur le résultat mais sur le processus engagé ? La parole échangée durant ces longs mois de l'intervention avait pris valeur par elle-même, par ce qu'elle relevait, mais n'était-elle pas aussi précieuse par le processus qui en avait permis l'émergence ? Autrement dit, les différents acteurs n'avaient « pas attendu la validation du diagnostic final pour mettre en mouvement méthodologiquement et socialement la question des transformations » (Benchekroun, 2017, p. 99). Le dialogue était engagé, le genre professionnel revitalisé, la reconnaissance possible. Il n'est sans doute pas étonnant que le retour positif principal des professionnelles en fin de restitution (réalisée par l'intervenant pour ne pas mettre en difficultés les professionnelles, mais en présence de beaucoup d'infirmières) ait été un ressenti de reconnaissance face à la parole portée par un cadre sur leur travail. Le diagnostic était essentiel, mais la « démarche d'organisation de la

participation et de l'agir collectif » (id.), mettant en mouvement les professionnelles et un management empêchés, créait les conditions possibles d'une transformation.

Nous ne pourrions aborder ici les suites de l'intervention, dont le processus est en cours et les discussions encore vives. Le statut singulier de l'intervenant interne – cadre de santé offre à l'intervention la possibilité de ne pas avoir de fin, de se prolonger pour en démultiplier les effets. Mais il fait également porter au cadre de santé la lourde responsabilité de ce prolongement qui pourrait aussi décevoir, tant peuvent être fortes les attentes. Il aurait pu être tentant de faire de l'expérience un moment unique, de le valoriser, d'en diffuser les résultats, puis de passer, comme souvent dans le champ actuel du travail, à un autre projet (Schlubach, 2009). Mais la dette est forte et le désir de transformation important. Ainsi, lors d'une seconde restitution, à d'autres médecins et au groupe élargi des infirmières et des aides-soignantes, a émergé l'idée de la création d'espaces pluriprofessionnels de discussion sur le travail, ayant pour objet de faire émerger les désaccords et les conflits de critères nés des règles du travail, puis d'en formaliser des propositions de compromis. L'intervention avait relevé l'importance des désaccords et des conflits, loin de « poser la coopération en postulat » (Benchekroun, 2017, p. 108) comme le fait habituellement le management. En mettant en perspective les conflits de personnes dans le collectif et en posant que « la condition de possibilité des règles ne fait qu'un avec la condition de possibilité de l'expérience des règles » (Canguilhem, 2013, p. 230), ce prolongement de l'intervention initiale suit Canguilhem en érigeant la normativité en pivot de la santé individuelle, et la nécessité d'une activité déontique comme source de santé organisationnelle.

---

## 5. Vers une clinique managériale fondée sur le travail réel

---

### 5.1. Quand les achoppements de l'intervention questionnent le management

---

L'intervention nous a démontré ce qu'une posture managériale différenciée, fondée sur une expérience de rencontre avec le travail réel, pouvait apporter aux individus comme aux collectifs. En tant qu'expérience singulière, elle a, par divers chemins de traverse, impacté le travail, en tentant une synthèse entre des logiques a priori inconciliables. Les actions managériales mises en œuvre pendant l'intervention y ont été réformées, nous l'avons vu. La reconnaissance s'y est vue offrir de nouvelles perspectives, et la mise en débat du travail a pu permettre l'ouverture d'alternatives individuelles et collectives, participant à un désempêchement du travail. Ce n'est pas rien, dans un champ d'activité dont nous connaissons les achoppements et les difficultés. La place du processus de souffrance individuelle liée au travail dans le champ hospitalier n'est plus à démontrer, problématique démultipliée par la centralité de la sollicitude dans le travail de care. Celle-ci, malgré les injonctions, ne se prescrit pas. Elle n'est pas non plus innée, mais se développe auprès des autres, et peut aussi s'étioler quand les conditions du travail ne la permettent plus. Peut-être notre intervention a-t-elle pu permettre de freiner ce processus.

Mais nous ne pouvons éluder la précarité de ces avancées. Ici le caractère « interne » de l'intervention a permis, dans ses suites, d'en suivre les incidences. Là où nous aurions pu, en interrompant notre présence auprès des soignantes après la restitution, n'observer qu'une part du réel et en retirer un savoir tronqué, notre posture interne nous a permis d'en étendre la connaissance et d'en dépasser l'idéalisation. Plusieurs phénomènes méritent ainsi une attention particulière. Malgré l'implication d'un collectif de travail élargi, notre intervention n'avait mis en mouvement qu'une petite partie du groupe de professionnelles. Nous l'avons vu, elle en avait également perdu certaines en chemin, et déçu d'autres. Il a semblé que l'intervention était ainsi « passée à côté » du plus grand nombre, qui, soit n'en connaissait pas les objets, soit n'y avait pas trouvé de réponses ou d'ouvertures. Ici entre en jeu la complexité de toute intervention, et il aurait été sans doute illusoire d'espérer de plus profonds bouleversements. Nous suivrons néanmoins Yves Schwartz quand il énonce que « si les renormalisations qui les portent ont toujours un ancrage individuel, c'est toujours à travers la socialisation de ces renormalisations que ces réserves d'alternatives peuvent vraiment *faire histoire*, c'est-à-dire émerger dans une histoire visible, retravaillant les rapports sociaux » (Schwartz, 2014). L'intervention avait permis un premier niveau de socialisation, que ma posture d'intervenant avait permis d'observer, mais le cadre de santé que j'étais ne pouvait qu'en constater la moindre portée dans le collectif. Avantage ou châtement de Sysiphe de l'intervenant interne, ma posture me démontrait que l'ouvrage était à reprendre.

Nous avons vu l'importance du collectif dans la problématique. Mais c'était par le déplacement des représentations individuelles, par le biais d'une mise en débat du travail, que notre intervention avait trouvé toute sa pertinence. Restait alors à tenter un nouvel essaimage. Celui-ci passait par la mise en place de nouveaux espaces collectifs, mais il a très rapidement été patent qu'il se retrouverait confronté aux représentations et modes d'action des différents managers de la structure, médecins « chefs » et cadres de santé. Entre le « début » et la « fin » de l'intervention s'était produit un changement de chefferie de service, dont une des causes était peut-être le drame vécu en salle d'attente. Les dogmes portés par les nouveaux managers du service X reposaient en grande partie sur une scientificité organisationnelle, un management de type « lean » et une volonté de réduire les espaces de discussion, représentés comme « stériles ». Le défi était donc grand pour maintenir et développer la prise en compte par le management du réel de l'activité. Mais les réactions de ces managers souvent perplexes à nos échanges sur le processus et les résultats de l'intervention, leur opérationnalité rétive aux récits complexes de vécu du travail, leur rationalisation récurrente des processus facteurs de souffrance, ne faisaient qu'appuyer la centralité de la posture managériale dans le processus. Par ailleurs, les perspectives de reconnaissance qui avaient pu être ouvertes lors de l'intervention semblaient se refermer par l'effet de décisions stratégiques et de choix individuels de certains managers de la structure. L'édifice démontrait ainsi sa fragilité, malgré l'engagement mis dans le dispositif, malgré ses effets probants et ses perspectives. Avec la fin de l'intervention et de la contrainte qu'elle exerçait pour déformer la problématique initiale, il semblait, qu'au moins d'un point de vue collectif, cette dernière ressurgissait, par un phénomène d'élasticité en grande partie dû à l'activité managériale. A travers ce phénomène, il m'était donné à voir ce que ma posture antérieure pouvait avoir de difficultés à appréhender, comprendre et s'adapter au travail réel.

C'est ainsi sans doute, en mettant au centre de l'analyse du dispositif le déplacement vécu par l'intervenant, que nous pouvons trouver des pistes d'action pour faire vivre au management ce que le processus a fait vivre partiellement aux infirmières : revivifier le genre par un « retravail » du style. Cette refondation expérientielle du management à partir du travail réel n'a en effet pas été simple, mais peut peut-être nous fournir quelques clés de compréhension des modalités d'accès à une mutation des représentations managériales du travail. Comment, au-delà mais à partir de la singularité de l'intervention ici décrite, peut-on penser l'accès managérial au réel du travail et, à partir de ce dernier, la réorganisation de l'action du manager, donc du gouvernement du travail ? Tentons d'initier ici quelques pistes de réponse.

## 5.2. Se frayer un accès au réel de l'activité : souffrance, créativité, étonnement, prudence

---

Nous ne reviendrons pas ici sur les modalités d'accès au réel de l'activité expérimentées lors de l'intervention. Nous ne pouvons nier leur caractère singulier, contextuel, lié à une approche de recherche-action et aux développements particuliers que j'étais amené à vivre par mon cursus universitaire. Le temps offert à l'intervention, la disponibilité qu'elle a demandé aux professionnelles et à l'intervenant, semblent également hors des cadres de la temporalité habituelle des organisations hospitalières et de leur management.

Nous sommes donc face à une expérience, qui doit être comprise telle qu'elle est, c'est-à-dire éminemment subjective, conjoncturelle. C'est donc « dans la perception des relations ou des continuités auxquelles elle conduit » qu'elle prend toute sa valeur (Dewey, 2018, p. 224). Il nous semble donc que ce n'est pas dans sa méthodologie « princeps », ou dans ses « techniques » de recueil du réel qu'il faut aller en chercher la substance. L'idée pourrait être attirante et adaptée aux méthodologies classiquement adoptées par les dogmes managériaux. Associant ainsi au problème une méthode, à un « besoin » une technique, nous pourrions penser avoir identifié des pistes intéressantes de recueil et d'action pertinentes. Mais il nous semble que ce serait oublier qu'il n'a pu y avoir déplacement du management qu'uniquement parce qu'il y a eu déplacement des représentations individuelles, comme nous avons pu l'exposer. Il faut donc en explorer les facteurs et les conditions, après en avoir rappelé les empêchements.

Il a été ici question de souffrance éthique, tant du point de vue des soignantes que de ceux qui les managent. Ces derniers, dont nous discutons ici, peuvent ainsi « éprouver de la souffrance de commettre, du fait de [leur] travail, des actes qu'il[s] réprouve[nt] moralement » (Dejours, 2009, p. 44). L'intervention ici contée ne peut nous indiquer le caractère généralisable du phénomène, mais elle nous montre son importance dans le processus psychologique de prise de conscience du travail réel.

Les managers hospitaliers, et en particulier les cadres de santé, ont en effet vu, au fil de leur professionnalisation, « une logique professionnelle [...] vaincue par la logique organisationnelle et gestionnaire » (Divay, Girard, 2019, p. 77). L'évolution progressive de la formation et du contenu du travail des cadres de santé démontre un éloignement progressif du travail de soin, dont ils sont pourtant tous issus. Loin de rester observateurs passifs de cette évolution, « avec la diffusion du NPM [Nouveau Management Public], une partie des infirmières et surtout leurs cheffes ont été imprégnées par l'idéologie managériale, attirées par ou poussées vers les opportunités professionnelles offertes par les hôpitaux sous forme de postes de manager » (id. , p. 79). Le développement actuel de méthodes de type « Lean

management » dans le champ hospitalier, ou d'autres sensées répondre à des « besoins » de plus en plus variés (« slow management », « management bienveillant »,...), est pour une majeure partie issu du champ de l'entreprise. Ce n'est pas en soi une indication d'inadaptation au contexte du travail de soin. Mais force est de constater que ces méthodologies « partant du souci d'associer le « terrain » aux préoccupations du siège - mais jamais l'inverse » sont rarement « le point de départ pour échanger sur le travail réel et le besoin de travail d'organisation » (Dujarier, 2015, p. 180-181). Car la tâche prescrite aux soignantes n'est que le « modèle refroidi » (Clot, 2008, p. 212) des propres activités du manager - cadre de santé, résultat du « compromis toujours instable d'une constellation d'activités diverses entre conception économique-stratégique, organisation du travail, ingénierie et activités proprement dites d'exécution » (id.). Or l'activité d'« endogénéisation de la prescription », « capacité de réinvestir l'évènement [l'activité réelle] dans l'organisation » (Hubault, 1998, p. 8), est d'une très grande complexité, les cadres ne le savent que trop bien et notre expérience nous l'a à nouveau montré. Ils « savent que la prescription qu'ils produisent est surabondante dans la forme mais insuffisante à faciliter le travail opérationnel » (id. p 178), rendant les soignantes dépositaires de ces contradictions et arbitrages. Contribuer à un travail « délibéré » (Detchessahar, 2019), fondé sur une « régulation conjointe » (Reynaud, 1979, p. 372), construction de « règles générales, acceptables de part et d'autre, et constituant un ensemble raisonnablement cohérent » (id.) est donc loin d'être aisé et nous pouvons nous demander si « ergo-manager » (Schwartz, 2018) en prenant en compte les « dramatiques d'usage de soi » (id.) de ceux que l'on manage est encore possible.

La « division morale du travail, avec la distribution sociale des coûts subjectifs liés à cette nouvelle division du travail d'organisation » (Dujarier, 2015, p. 182), est donc ici sans doute à questionner. Car c'est justement dans cette prise de conscience, ce savoir sur les conséquences de leur propre activité, que les managers engrangent des coûts subjectifs dont ils ne peuvent se protéger, sauf par des stratégies collectives de défense qu'ils ne peuvent conscientiser sans risque. Dans un champ où la légitimité des cadres de santé est souvent menacée (Rivière, 2019), et où leur travail, ils le prennent comme postulat, serait « invisible » (Bourret, 2006), il leur est nécessaire d'en démontrer la portée. Dans l'impossibilité de décrire le travail de soin à partir des activités, il leur est demandé de se fonder sur les résultats du processus, dont nous avons vu la difficile pertinence pour l'évaluation de ce type de travail. Nous ne pouvons que suivre Christophe Dejours, la recherche de la « qualité totale », qui « n'existe pas et n'existera jamais » (Dejours, 2009, p. 215), mène à ce que l'« encadrement se déleste de la solidarité technique et déclare ouverte l'ère de l'autonomie, c'est-à-dire du regard exclusivement porté sur les résultats en termes de quantités mesurables, objectivement. [...] Quant au chemin à parcourir pour atteindre lesdits objectifs, le n + 1 n'en



veut plus rien savoir : autonomie prescrite = silence ! » (id.). A ces indicateurs « technoscientifiques » (Dejours, 2009, p. 83), sont associés l'idée péjorative de « facteurs humains » délétères (id., p. 85), et un aveuglement sur les aspects contextuels de l'activité. Le travail fait alors l'objet de ce qu'Yves Schwartz dénomme un « blanchiment » des résultats de l'activité : « on veut les objectifs mais on ferme les yeux sur les « usages de soi » par soi nécessaires – et peut-être impossibles, qui le sait ? - pour y parvenir » (Schwartz, 2017, p. 8). Nait alors un déni du réel où seul le zèle mis au travail peut vaincre - provisoirement - la peur de leurs difficultés. Car quoi de plus difficile que de se vivre « garant de la qualité et de la sécurité des soins » (l'expression leur est plus que familière : identitaire) quand ils ne peuvent ni en contrôler le processus, ni les résultats ? La mécanique est par ailleurs parfaitement clôturée par un « devoir de réserve » omniprésent, « variable élastique demandant à s'ajuster politiquement à l'air du temps, [...] que la loi n'impose ni même ne définit » (Ocqueteau, Pichon, 2011, p. 125), qui clôt tout débat et peut mener au verrouillage des pensées.

Rationalisant ainsi leurs activités, leurs décisions et celles de leur hiérarchie, les cadres, nous pouvons en émettre l'hypothèse, élaboreraient un discours collectif protecteur, radicalisé en idéologie défensive car partagé. Là où, quelques années auparavant, ils pouvaient défendre, en tant que professionnels du soin, le temps nécessaire au travail de care, l'importance de la coopération et des temps d'échange, ils rationalisent, quand ils deviennent managers, la nécessité d'une efficience du système de soins, le rendement de la chaîne de tri, les instances de communication ciblées en contenu et en temps. Nous en sommes persuadés, il n'y a pas ou peu de place ici pour la perversion ou la volonté de nuire. A l'inverse, il est question de fragilité, d'obéissance, de victimes « inévitables », car « personne n'y peut rien » (Dejours, 2009, p. 134). Il a semblé, nous avons tenté de le montrer, que le management ne peut se penser sans s'intéresser à ceux qui le font et au caractère idiosyncrasique de l'activité. Ainsi, comme nous l'indiquait Dejours, la « lutte défensive contre la souffrance [...] a une incidence sur les postures morales singulières et les conduites collectives dans le champ politique » (id., p. 44).

Reste alors à explorer comment ce processus de « banalisation du mal » peut être contré pour construire des modalités de travail opératrices de santé, pour les professionnelles comme pour leurs managers.

Nous avons suivi à quel point les instances de dialogue sur l'activité (collectif de pairs, autoconfrontations, instructions au sosie, espaces de réflexivité des AFEST,...) avaient pu constituer le terreau d'une mutation des représentations managériales sur le travail réel des soignantes. Nous ne pouvons ainsi ici que confirmer l'affirmation de Dejours, qui, à la suite d'Habermas, suggère que « l'analyse empirique des situations de travail suggère que l'écart

entre organisation prescrite et organisation réelle du travail ne peut être rationnellement géré que par la construction de compromis entre des points de vue distincts », compromis « passant nécessairement par la confrontation argumentée des points de vue et des expériences » (Dejours, 2009, p. 82-83). Cela nécessite des « espaces de discussion », des « conditions d'intercompréhension » et une « mobilisation subjective des opérateurs dans cette confrontation » (id.). Car pour « avoir accès à la connaissance du travail, [...] il faut en passer par la subjectivité des travailleurs », et que « la seule médiation que nous connaissions pour accéder à la subjectivité [est] la parole » (Dejours, 2003, p. 30). Mais Dejours complète son propos en nous affirmant que des « composantes involontaires, inintentionnelles ou inconscientes apportent leur lot de déformation à la discussion » (id., p. 84). Il en est ainsi des motifs profonds de chaque professionnel à s'engager dans la discussion, car quand ils le font, « c'est non seulement pour défendre leurs intérêts, mais aussi pour construire le sens de leur souffrance au travail, et pour pouvoir risquer la question de leur identité dans le champ social de l'entreprise » (Dejours, 2016, p. 133). Or, nous pourrions émettre l'hypothèse qu'au regard de la difficile légitimité des cadres de santé et du fait de leurs stratégies collectives de défense construites collectivement, le risque pris à remettre en question leur identité lors d'espaces de discussion pourrait paraître supérieur aux avantages qu'ils pourraient en retirer. Il ne serait donc pas étonnant de les voir rétifs à l'organisation de tels espaces. De ce point de vue, ils seraient en quelque sorte « freinés » par leurs défenses à pouvoir retirer de ces espaces de nouvelles possibilités d'agir.

L'espace de discussion ne constituerait ainsi pas en lui-même un facteur d'intercompréhension, car dépendant a minima des représentations et risques acceptés à échanger autour des difficultés et des risques du travail réel. Il peut être, nous l'avons vu, le théâtre d'étonnements facilitant le déplacement de ces représentations, mais cet étonnement ne se fait pas sans conditions. Si ici il est patent que le cadre de santé - intervenant était prêt à « risquer son identité » dans l'intervention, nous pouvons penser qu'il a été aidé en cela par les contraintes exercées par son travail, mais également par sa maîtrise de la tâche et une dynamique groupale singulière.

Nous avons pu analyser la souffrance vécue par le manager face au vécu singulier du travail des soignantes. Sans aller jusqu'à poser en condition de l'action l'expérience intime de la souffrance, il semble qu'ici cette dernière ait joué un rôle prépondérant dans une dynamique réactionnelle et créative. C'est ainsi dans cette « vulnérabilité », ce « manque à être » (Lhuillier, 2015, p. 115), que s'est étayée la création, « possibilité de demeurer « sujet », capable d'initiatives dans un champ de normes et de contraintes » (id., p. 106). Ces normes et ces contraintes étaient, par l'expérience du cadre de santé, tant maîtrisées qu'il ne restait plus qu'à en jouer, puisque « la création part toujours d'un prédonné auquel elle s'étaie, pour opérer par

tricherie selon un processus fondamental de « subversion » » (Dejours, 1993, p. 54). Les méthodes utilisées, nous l'avons vu, ne répondaient ni à l'orthodoxie managériale, ni à celle de leurs fondements épistémologiques dans le champ des sciences du travail. Ce « bricolage », ce « jeu » avec les règles, que l'on pourrait juger hasardeux voire inopportun, a néanmoins trouvé du répondant. Enfin, l'ensemble paraît avoir été appuyé par la dynamique collective de l'intervention, « matrice » (Chouvier, 2017, p. 56 à 59) groupale protectrice et créatrice, dont le « besoin d'assises narcissiques renforcées » (id.) serait sans doute ici aussi à questionner vis-à-vis de sa conformité à la norme managériale. Si le « travail préparatoire » (id.) à la création fut ainsi collectif, facilité par le caractère co construit de la recherche, la création, au sens d' « expérience constructive, mais traversée par la souffrance de la mise en question de ses propres fondements psychiques » (id.) ne pouvait être qu'individuelle.

Cette créativité fondée sur une renormalisation du travail managérial nous a semblé pouvoir soutenir le repérage et la protection des renormalisations propres à l'activité soignante, de telle manière qu'elle a permis d'éviter « les seuls comportements de simulacre que l'on est conduit à offrir à sa hiérarchie pour éviter les risques d'incompréhension » (Amado et al., 2017, p. 23). En rebattant les cartes d'un management réinventé, même à la marge, nous pouvons penser qu'elle a favorisé la mise en visibilité de quelques « récréations » quotidiennes du travail par les soignantes, leur donnant accès à la reconnaissance et facilitant par là leur développement.

Il semblerait incomplet de discuter des modalités managériales d'accès au travail réel sans appuyer le cadre de confiance et la prudence avec lesquels ces accès ont pu être frayés. C'est, nous l'avons vu, par l'instauration dès le départ de ces conditions éthiques essentielles à l'intervention que les choses ont pu être dites, tout en ne les cautionnant pas mais en saisissant toute la portée subjectivante. Nous serons amenés à discuter à nouveau par la suite de cette « éthique de la prudence », mais il paraît important d'en considérer la portée dès la prise de connaissance par le manager du réel de l'activité.

### **5.3. Pour une éthique du courage managérial**

---

Nous l'avons décrit, le renouvellement de la posture managériale, né de la confrontation réflexive au réel, a nécessité la levée de défenses pourtant protectrices puisque contributives au « déni de perception de ce qui fait souffrir » (C. Dejours in Lhuillier, 2009, p. 228). Il faut ici s'arrêter sur ce point de bascule critique.

Si ces défenses, tant individuelles que collectives, « ont pour principe de rétrécir, d'engourdir la capacité de penser », c'est qu'elles ont pour but de « sauvegarder l'équilibre psychique, et la vie physique aussi » (id.). Alors de quel droit, et avec quels risques s'engager dans ce

processus, ce « réveil douloureux de la pensée » (Weil, 2002, p. 104) ? C'est ici, il nous semble, qu'entrent en jeu morale et éthique individuelles. Car, nous l'avons vu, l'inconfort né de la levée des défenses aurait pu emprunter d'autres chemins : mener à la paralysie de l'action, ou, à l'inverse, à une révolte « frontale et souvent désespérée » (Sarhou-Lajus, 2008, p. 662). Car « la conscience de l'injustice agit dans le cadre de la souffrance éthique [...] est pour le sujet à la fois l'élément le plus déséquilibrant du point de vue psychique et une condition *sine qua non* de la capacité d'agir et de résister dans les situations de souffrance » (Duarte, 2019, p. 78). Ni se dédire, ni se retrouver seul face au reste du monde. C'est dans ce « réglage » réflexif, considérant la peur comme constitutive de l'action, et non comme frein ou processus à désavouer virilement, que de nouvelles pistes pour l'action du manager nous semblent s'ouvrir. Telles les infirmières d'accueil face à leurs patients, il s'agit d'atteler la peur comme instrument : ni la nier, ni la laisser nous déborder. Nous pourrions ici reprendre à notre compte l'expression de « contrat d'attelage » chère à Pierre Vermersch (Vermersch, 2017). Car c'est bien, ici, dans une forme de contrat interne, clarifiant pour soi les objectifs, la posture et les modalités d'accompagnement, que nous nous engageons.

« La résistance est un travail » (C. Dejours in Lhuillier, 2009, p. 231), et, comme tout travail, il ne va pas de soi. Il demande ruse, tours de mains, stratégies et gestes de métier. On ne parle évidemment pas ici, nous l'avons dit, de « résistance au changement », terme si usité dans le vocabulaire managérial qu'il mène à une vision du management comme métier de l'affrontement. C'est, à l'inverse, à une lutte contre « la condition humaine habituelle » (id.), dans des espaces « où la lutte ne peut plus se faire à visage découvert » (id.), principalement intimes, qu'il nous semble que le management peut trouver les fondements d'une action réglée sur l'activité. « Rapport à la vie en soi et capacité à supporter d'être seul quand les autres pensent le contraire de soi » (id., p. 232), la résistance ici initiée nécessite donc agilité. Agilité pour soi, agilité pour autrui. Mais nous pourrions alors penser à nouveau pouvoir conclure habilement en édictant divers préceptes, diverses techniques, pouvant mener à une nouvelle forme de management habile, respectueux de soi et des autres. Ce serait, il nous semble, créer une nouvelle forme d'injonction managériale, réduisant le processus à une « teknhê », « disposition à produire accompagnée de règles » (Aristote cité par Delassus, 2016, p. 7). Elle perdrait ici tout son sens car « ce serait oublier que si on ne délibère que sur les moyens et non sur les fins, c'est précisément parce que la fin elle-même n'a pas à être discutée, la fin de toute action est le bien » (id., p. 8). Nous sommes donc face à la nécessité d'une forme d'« intelligence pratique » permettant de « se saisir intellectuellement de la réalité dans ce qu'elle a de contingent » (Paillé, 2007, p. 8). Mais plutôt qu'à une forme d'« intelligence rusée » - la mêtis d'Aristote -, c'est à une « sagesse pratique », une prudence - la phronèsis - qu'il semble que nous ayons à nous atteler. Car cette dernière exige délibération. Elle n'est

pas habileté ponctuelle, méthodologie prescrite et à appliquer, mais « disposition permanente » (id., p. 8). En ce sens elle ne peut qu'être individuelle, même si, nous l'avons souligné ici, elle se construit aussi auprès des autres. Cette délibération interne « exige beaucoup de temps » (id.) et implique « une relation à l'intentionnalité et par conséquent la responsabilité » (id.) : c'est donc à une refondation de l'éthique managériale, par la prudence, que nous avons été invité.

Il pourrait paraître paradoxal de soutenir l'idée de rendre essentielle la prudence dans un champ d'action prônant le plus souvent réactivité, technique, vivacité. Mais il nous paraît, à l'inverse, essentiel de décaler le regard sur cette fonction aux représentations virilistes majoritaires, pour construire une éthique du courage managérial fondée sur la prudence, acceptant et « vivant » la peur (Fleury, 2010, p. 17), en en « destituant la clandestinité » (id., p29). Nous nous rapprochons donc du renversement épistémologique de la notion de courage opéré par Christophe Dejours : être courageux ne serait plus la capacité à « neutraliser la peur en soi » (Dejours, 2009, p. 186-189), mais, à l'inverse, à « pouvoir éprouver sa souffrance en soi » et de « s'y arrêter » (id.), au risque de « s'exclure de la communauté des forts et des virils » (id.). Il nous semble que dans cette capacité à faire usage de soi et de son vécu, dans cette écoute d'une vérité souvent blessante, cette « aptitude à être sous le regard de soi-même » (Fleury, 2010, p. 141), se trouvent les germes de nouvelles possibilités d'agir. Cela demande volonté, et donc « rapport politique à soi-même » (id., p.38). Certes, cette « entrée en résistance est d'autant plus difficile que la capitulation revêt des apprêts recommandables » (id., p129), et les principes démocratiques doivent s'adjoindre de pratiques en regard : d'une effectivité. Mais la posture nous semble, loin d'être déconnectée de l'action, pouvoir mettre en mouvement le management et créer de nouveaux espaces de délibération et de travail, cette fois collectifs.

Ce sont donc, au moins en partie, dans les perspectives nées du processus que se nichent les modifications profondes du processus de soins. Dans ce « réglage de la capacité d'écoute en rapport avec la capacité d'agir » (Hubault, 2009, p. 10) pourrait se trouver la clef d'un inconfort créateur et facteur d'intervention. Une forme de « clinique managériale », au plus près du vécu des autres et de soi. Acceptant donc la vulnérabilité, « disposition à être blessé, atteint » (Antenat, 2003, p. 1), celle de l'Autre comme celle de soi, « affecté par l'autre que soi » (Ricoeur cité par Zielinski, 2011, p. 90), dans le prolongement d'une relation de soin qui mobilise une dialectique proche (Zielinski, id. ; Delassus, 2020, p. 78). Loin d'être écrasé par le poids des choses, le manager pourrait, en s'y autorisant, se réapproprier le travail d'organisation, mais pas au même niveau : celui d'une organisation de la démocratie, et non d'une « simple » organisation du travail. Il faut pour cela penser la démocratie comme « fait moral », « croyance en la capacité de l'expérience humaine de générer les buts et méthodes

qui permettront à l'expérience ultérieure d'être riche et ordonnée » (Dewey, 1939, p. 47). Le processus pourrait alors constituer une voie de sortie à la souffrance éthique au sein des organisations et ouvrir la possibilité d'une démocratie sociale.

Mais la dynamique ne peut rester solitaire. Nous l'avons dit, le groupe d'infirmières a contribué à la sécurisation de la levée des défenses. Elle a ainsi sans doute pu atténuer une forme de « solitude du résistant ». Car être « seul contre tous » (C. Dejours in Lhuillier, 2009, p. 233) n'est pas tenable. Ici intervient également le processus universitaire, protecteur par ses échanges et ses lectures, ses « dialogues avec la pensée des autres » (id.), même s'il demande « endurance à ce travail » (id.). Se pose donc la question de la capacité de l'organisation et du manager à pouvoir trouver des appuis à cette démarche clinique, des tiers sur lesquels appuyer sa résistance. Ici trouve-t-on sans doute une des raisons de l'échec partiel du processus, quand la solitude, après l'intervention, a pu produire un épuisement et demander à trouver d'autres formes de résistance. Le réglage réflexif ne semble pouvoir trouver de réel répondant que s'il peut, après l'étape solitaire, se déployer dans un environnement capacitant. Il doit donc se faire à tous les niveaux, et, pour cela, passer par des instances de régulation et de partage des subjectivités au travail. En somme, le collectif doit se l'approprier.

---

## Conclusion

---

*« Ce qu'il y a de terrible sur cette terre, c'est que tout le monde a ses raisons. »*

Jean Renoir. La règle du jeu. 1939.

On ne peut sans doute pas tenter de conclure ce travail sans évoquer ici la crise sanitaire majeure survenue pendant l'écriture de ce mémoire, et donc dans les prolongements de l'intervention. Par son intensité, ses spécificités et sa durée, la « vague » de patients atteints de la maladie dite « COVID-19 » a, dans le service X comme dans une très grande partie des structures hospitalières, bouleversé les conditions de réalisation du travail.

Nous pourrions penser que les services d'urgences, historiquement rompus à la « gestion de flux » et à la prise en charge rapide de patients aux problèmes de santé potentiellement critiques, auraient pu traverser cette période avec plus de facilité. Ce serait bien évidemment oublier, non seulement l'impact psychologique individuel majeur d'une telle crise, mais aussi les caractéristiques mêmes du travail telles qu'explorées précédemment. En opérant un déplacement de l'activité vers des soins plus « techniques », « réanimatoires », tant en termes de fréquence que d'intensité, en nécessitant la réorganisation complexe de la totalité des parcours de soins face au risque de contamination, la prise en charge de l'épidémie a induit de nouvelles modalités de travail et de nouveaux circuits décisionnels. Les soignants, confrontés à une mutation de leurs activités (hausse de l'intensité, processus modifiés quotidiennement, relation de soins bouleversée par la peur de la contamination et le port d'équipements de protection,...), ont alors vécu de manière prolongée une « nouvelle » organisation du travail. Il faudrait sans doute modérer le caractère « innovant » de ces organisations locales, car très proches de celles mises en œuvre lors d'évènements antérieurs complexes (mais à la temporalité différente), à l'instar des attentats de Novembre 2015 ou de la canicule de l'été 2003. Mais les soignants n'ont pu que constater le décroisement des services, la rapidité décisionnelle, la facilité avec laquelle ils ont pu obtenir ce dont ils avaient besoin pour réaliser leur travail et que, parfois, ils demandaient depuis des années. Les logiques de concurrence se sont vues suspendues, le sentiment d'utilité exacerbé. A alors émergé la représentation, partagée par beaucoup, d'une « parenthèse enchantée » de l'organisation hospitalière, renforcée par les marques médiatiques et sociales d'une « reconnaissance retrouvée ».

Les décisions étaient pourtant pour la plupart prises en « cellule de crise », à distance du travail, sans réelle place pour le dialogue ni échange sur le vécu des situations. Elles étaient

ensuite relayées, avec complexité mais de manière descendante, par l'encadrement de proximité, vers un « terrain » qui avait alors la possibilité d'en exprimer en retour les difficultés de mise en œuvre, difficultés qui faisaient l'objet d'un « reporting » ascendant avant la prise de décision suivante.

L'expérience vécue pourrait dès lors remettre en question notre hypothèse portant la nécessité d'un management fondé sur la prudence et la prise en compte des vulnérabilités, alors qu'une organisation « de crise », obérant l'échange dialectique sur le travail, semblait pouvoir répondre aux attentes des professionnels et leur faire dire : « *on n'a jamais aussi bien travaillé* ». Le travail de soins était-il ainsi habituellement grevé de discussions stériles et chronophages, éloignant le travail de sa finalité ? La solution était-elle à trouver dans une simplification des processus, à distance du travail ? Nous aurons compris que cela n'est pas notre hypothèse.

Il ne s'agit pas ici de nier que les soignants aient pu, pendant cette période, « éprouv[er] malgré la fatigue, les vertus du pouvoir d'agir » (Clot, 2020) en faisant « sauter les cloisons de la division du travail » (id.). Nous y avons observé une appropriation forte des outils de travail, une créativité renouvelée (même si, le plus souvent, par la contrainte) et un management à l'écoute du vécu des professionnels. Mais il ne faut pas oublier que ce sont avant tout les caractéristiques temporelles de la crise, son « explosivité », et ses spécificités (risque de contamination, gravité), qui ont nécessité le raccourcissement des processus et leur simplification. Ce qui a été nécessaire en temps de crise ne peut pas faire l'objet d'une simple juxtaposition en temps « ordinaire », de manière décontextualisée. Mais surtout nous ne pouvons adhérer totalement à l'idée d'un hôpital « gouverné par l'intelligence des situations » (id.) où « la décision en circuit court a retourné la table » (id.). La période actuelle nous le montre, nous ne pouvons en effet pas affirmer que « le soin s'est remis à gouverner les structures de l'hôpital » (id.). Car c'est en ces temps actuels d'accalmie post crise<sup>16</sup>, puis de reprise d'une activité normalisée, que trouvent à s'exprimer les subjectivités qui se trouvaient amputées par l'urgence de la réponse. Les échanges se portent alors sur ce qui n'a pas eu lieu, sur les points aveugles de l'activité. A l'efficacité des soins techniques, des traitements mécaniques ou médicamenteux, répond alors le vécu des soignants, des patients et de leurs proches, d'une relation de soin oblitérée par l'intensité, d'un travail de « care » une nouvelle fois hypothéqué à celui de « cure » et qui n'a pu s'y exprimer. Les logiques d'industrialisation du soin, dont nous avons vu la prégnance dans les structures d'urgences, n'ont pu que se voir exacerbées, au détriment d'un pan entier de l'activité. La crise va ainsi jusqu'à questionner les missions des structures d'urgences, entre technicité curative et accompagnement au plus près

---

<sup>16</sup> Cette conclusion est rédigée en juillet 2020



du vécu du malade (Galichon, 2020). L'expérience vécue est alors l'occasion de réinterroger à nouveau les rapports à la finalité de l'activité, et, par là-même, de reprendre appui sur ce qui fait tenir au travail. En retrouvant les procédures et règles qui freinent habituellement leur pouvoir d'agir, les soignants expriment le souhait d'une simplification facilitante, mais fondée sur le dialogue et répondant au réel de leur activité.

C'est donc à un renforcement dialogique que nous invite la situation. Si la simplification des processus permet d'accéder à un premier palier d'adaptation au réel, le suivant ne pourra être atteint que par le dialogue sur l'activité et la construction patiente de compromis.

Or, nous l'avons vu, ce dialogue passe, du point de vue du manager, par une réflexivité et une posture renouvelées, une éthique managériale refondée sur le réel de l'activité. La singularité de l'intervention ne doit pas, selon nous, en relativiser les enseignements. A l'inverse, en tant qu'expérience subjective, elle nous indique sans doute une voie de recomposition possible du travail tel qu'il se fait. Il fallait pour cela accepter la complexité de la situation, entendue comme « tissu (*complexus* : *ce qui est tissé ensemble*) de constituants hétérogènes inséparablement associés » (Morin, 1990). Il ne fallait plus « isoler et disjointre » les dimensions du réel, tâche historique et habituelle du cadre, mais « distinguer et conjointre » (Pagès, 2016). Ici l'intervention et la recherche ont contribué à l'apprentissage du dialogue, lui-même contributeur d'une meilleure compréhension de l'Autre. Cela ne s'est pas fait sans se départir d'une forme de technique, tant managériale que pédagogique, en s'ouvrant aux possibles ouverts par l'intervention.

Nous l'aurons compris, c'est dans l'enchâssement de ses trois pôles (analyse du travail, formation, intervention) que le dispositif a pu trouver sa pertinence et mettre le collectif en mouvement. Le projet initialement formalisé prévoyait un dispositif d'analyse sur lequel s'appuierait une formation ajustée, au plus près de « besoins » qui y auraient été identifiés. Mais l'analyse du travail, loin de constituer un objet froid sur lequel faire reposer un dispositif de formation, a constitué une ressource pour l'intervention, qui, elle-même en retour, a fait vivre l'analyse. Les séquences réflexives des formations en situation de travail sont, encore à ce jour, des espaces où s'expriment des échanges vivants sur l'activité réelle, mettant en perspectives de nouveaux champs inexplorés. Nous ne pouvons qu'espérer que les espaces de discussion du travail amenés à prolonger l'intervention sachent en renouveler la portée. Pour reprendre Clot, le « dernier mot » de cette analyse n'est ainsi « jamais dit », contribuant à ce que le « dernier geste » ne soit « jamais accompli » (Clot, 2006, p. 168).

La question n'est donc plus ici de savoir si l'intervention a dépassé le « simple » cadre de la formation pensée initialement comme nécessaire, car la focale des situations de travail l'a bouleversée. Cette « formation-intervention », ou « intervention formative » (mais peut-il en être autrement ?), a ainsi pu repositionner les professionnels - infirmières comme manager - au centre de leur activité et par là même questionner l'organisation. La démarche, si elle est accueillie comme une opportunité de développement, peut alors soutenir une véritable prise de conscience des problématiques, mais surtout des alternatives, et ainsi contribuer au développement intrinsèque de l'organisation.

Nous avons vu que ce rapprochement avec le travail réel pouvait produire inconfort et angoisse chez le manager, en lien avec sa position intermédiaire et sa propre participation à la souffrance et aux empêchements, qu'il observe ou qu'on lui donne à observer. Le réel du travail a ainsi questionné en retour le réel du management. L'hésitation, en suspendant le temps pour la réflexion, a porté ce que nous pourrions penser comme une « entrée en éthique ». C'est à cette condition que l'intervention interne est devenue vectrice de démocratie sociale. En ouvrant des espaces de discussion et de pensée sur le travail, elle a également permis l'émergence d'une demande plus large d'intervention maintenant portée par l'institution.

Sauf à penser que la démocratie n'est possible qu'après avoir fait l'expérience de la souffrance, il semble donc urgent, pour toutes les raisons que nous avons avancées, que le gouvernement du travail puisse prendre à bras le corps l'expérience de ceux qui le font. De manière que, par le travail du dialogue, le « psychosocial [ne soit] pas seulement un risque mais aussi une vraie ressource possible » (Clot, 2010, p. 10). Cette démarche réflexive, nous l'avons vu, peut passer par des dispositifs d'analyse, de formation et de dialogue fondés sur l'activité. Mais elle nécessite avant tout une posture collective, soutenante, acceptant le risque de la vulnérabilité. Résister, donc, pour « maintenir ouverts, dans la trame serrée de la réalité, des espaces où des situations peuvent advenir » (Fleury, 2009, p. 66-67). N'oublions pas que le travail est cet « irremplaçable médiateur de la réappropriation et de l'accomplissement de soi », et en cela « puissant moyen mis au service [...] de l'apprentissage et de l'expérimentation de la solidarité et de la démocratie » (Dejours, 2009, p. 201). La question est donc politique. Mais c'est sans doute à cette condition que l'organisation pourra se renouveler, et construire de nouvelles alternatives opératrices de santé.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages ou chapitres d'ouvrages

---

Amado, B., Bouilloud, J.P., Lhuilier, D., Ulmann, A.L. (2017). Introduction. In Amado, G., Bouilloud, J.P., Lhuilier, D., Ulmann, A.L. *La créativité au travail*. 7-25. Paris : ERES (Coll. Clinique du travail).

Aubenque, P. (2014). *La prudence chez Aristote*. Paris : Presses Universitaires de France (Coll. Quadrige).

Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*. Paris : Editions La Découverte (Coll. Textes à l'appui / Enquêtes de terrain).

Benchekroun, T.H. (2017). Organiser la participation et l'agir collectif en situation de coopération conflictuelle. In Ulmann, A.L., & al. *Intervenir. Histoires, recherches, pratiques*. 91-109. Paris : Octares éditions.

Boltanski, L., Thévenot, L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard (Coll. nrf essais).

Bourgeois, E., Nizet, J. (2005). *Apprentissage et formation des adultes*. Paris : Presses Universitaires de France (Coll. Education et formation).

Bourret, P. (2006). *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*. Paris : Seli Arslan.

Bourret, P. (2017). *Prendre soin du travail. Un défi pour les cadres à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan.

Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France (Coll. Quadrige).

Chouvier, B. (2017). Groupalité et processus sublimatoire. In Amado, G., Bouilloud, J.P., Lhuilier, D., Ulmann, A.L. *La créativité au travail*. 47-59. Paris : ERES (Coll. Clinique du travail).

Clot, Y. (2001). Clinique du travail et action sur soi. In Baudouin, J.M., Friedrich, J. *Théories de l'action et éducation*. 255-277. Paris : De Boeck Supérieur (Coll. Raisons éducatives).

Clot, Y. (2008). *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris : La Découverte.

Clot, Y. (2015). De Mayo à Oddone, l'instruction au sosie. In Oddone, I., Re, A., Briante, G. *Redécouvrir l'expérience du travail*. 7-39. Paris : Les éditions sociales.

Clot, Y. (2017). *Travail et pouvoir d'agir (2<sup>e</sup> édition)*. Paris : Presses Universitaires de France. (Coll. Le Travail humain).

Cru, D. (2014). *Le risque et la règle. Le cas du bâtiment et des travaux publics*. Paris : ERES (Coll. Clinique du travail).

Danet, F., Brémond, M., Robert, D. (2015). Le travail du médecin aux urgences : reniement, adaptation ou transformation ? In Clot, Y., & al. *Perspectives en clinique du travail*. 137-156. Paris : ERES.

Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*. Paris : INRA Editions.

Dejours, C. (2008). *Travail, usure mentale (édition 2008)*. Paris : Bayard.

Dejours, C. (2009). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Editions du Seuil.

Dejours, C. (2016). *Situations du travail*. Paris : Presses Universitaires de France.

Delassus, E. (2020). *Philosopher avec les managers*. En ligne : <https://www.atramenta.net/telecharger-ebook-gratuit/oeuvre81845.html> [consulté le 14 juillet 2020]

Detchessahar, M. (2019). *L'entreprise délibérée. Refonder le management par le dialogue*. Paris : Nouvelle Cité (Coll. GRACE).

Devereux, G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion (Coll. Champs essais).

Dewey, J. (2018). *Démocratie et éducation*. Paris : Armand Colin (Coll. Individu et société).

Dubar, C., Tripiet, P., Boussard, V. (2015). *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin (Coll. U).

Dubost, J., Lévy, A. (2016). Recherche-action et intervention. In Barus-Michel, J., & al. *Vocabulaire de psychosociologie*. 408-433. Paris : ERES.

Dujarier, M.A. (2015). La division sociale du travail d'organisation dans les services. In Clot, Y., & al. *Perspectives en clinique du travail*. 173-184. Paris : ERES.

Filliettaz, L. (2018). *Interactions verbales et recherche en éducation. Principes, méthodes et outils d'analyse*. Genève : Université de Genève (Coll. Carnets des sciences de l'éducation).

Fleury, C. (2010). *La fin du courage*. Paris : Fayard. (Coll. Biblio essais).

Fleury, C. (2019). *Le soin est un humanisme*. Paris : Gallimard. (Coll. Tracts).

Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris : Les Editions de Minuit. (Coll. Le Sens commun).

Huon, H., et le Collectif Inter Urgences (2020). *Urgences. Hôpital en danger*. Paris : Albin Michel.

Jobert, G. (2014). *Exister au travail. Les hommes du nucléaire*. Paris : ERES. (Coll. Clinique du travail)

Juven, P.A., Pierru, F., Vincent, F. (2019). *La casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public*. Paris : Raisons d'agir.

Kaës, R. (2007). *Fantasme et formation*. Paris : Dunod (Coll. Inconscient et culture).

Kouabéban, D. G., Cadet, B., Hermand, D., Munoz Sastre, M.T. (2007). *Psychologie du risque*. Paris : De Boeck Supérieur.

Leplat, J. (2017). Concepts et méthodologie d'intervention : quelques aperçus historiques. In Ulmann, A.L., & al. *Intervenir. Histoires, recherches, pratiques*. 15-24. Paris : Octares éditions.

Lhuillier, D. (2017). La recherche-action en psychosociologie du travail. In Ulmann, A.L., & al. *Intervenir. Histoires, recherches, pratiques*. 121-131. Paris : Octares éditions.

Mauss, M. (2010). *Sociologie et anthropologie*. 12ème édition. Paris : Presses Universitaires de France.

Mayen, P. (2017). Les activités qui se réalisent dans et par des interactions avec autrui. In Barbier, J.M., & Durand, M. *Encyclopédie d'analyse des activités*. Paris : Presses Universitaires de France.

Michelot, C. (2016). Demande. In Barus-Michel, J., & al. *Vocabulaire de psychosociologie*. 341-345. Paris : ERES.

Molinier, P. (2010a). L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ? Logique de gestion ou logique de care. In Clot, Y., & al. *Agir en clinique du travail*. 157-167. Paris : ERES.

Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : ESF.

Oddone, I., Re, A., Briante, G. (2015). *Redécouvrir l'expérience du travail*. Paris : Les éditions sociales.

Pagès, M. (2016). Complexité. In Barus-Michel, J. *Vocabulaire de psychosociologie*. Paris : ERES.

Pastré, P. (2018). *La didactique professionnelle. Approche anthropologique du développement chez les adultes*. Paris : Presses Universitaires de France.

Peneff, J. (1992). *L'Hôpital en urgence*. Paris : Métailié.

Peneff, J. (2000). *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*. Paris : Métailié.

Scheller, L. (2017). L'intervention comme action de transformation : histoire subjective d'un choix méthodologique en psychologie du travail. In Ulmann, A.L., & al. *Intervenir. Histoires, recherches, pratiques*. 133-144. Paris : Octares éditions.

Schwartz, Y. (2009). Produire des savoirs entre adhérence et désadhérence. In Béguin, P., Cerf, M. *Dynamique des savoirs, dynamiques des changements*. 15-24. Paris : Octares éditions.

Sénémeaud, C., & Somat, A. (2013). Différences interindividuelles et processus de dissonance. In Fointiat, V., & al. *La dissonance cognitive*. Paris : Armand Colin. (Coll. U)

Ulmann, A.L. (2011). De l'immersion à la construction des données. Une démarche de type ethnographique pour comprendre le travail. In Le Meur, G., & Hatano, M. *Approches pour l'analyse des activités*. 187-222. Paris : L'Harmattan.

Ulmann, A.L. (2017). La formation : une intervention qui tait son nom ? In Ulmann, A.L., & al. *Intervenir. Histoires, recherches, pratiques*. 121-131. Paris : Octares éditions.

Ulmann, A.L., Weill-Fassina, A. (2017). Emergences multidisciplinaires de méthodologies de l'action en recherche-intervention sur le travail. In Ulmann, A.L., & al. *Intervenir. Histoires, recherches, pratiques*. 1-12. Paris : Octares éditions.

Vermersch, P. (2017). *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF éditeur. (Coll. Psychologies et Psychothérapies)

Weil, S. (2002). *La condition ouvrière*. Paris : Gallimard. (Coll. folio / essais)

## Articles et thèses

---

Antenat, N. (2003). Respect et vulnérabilité chez Levinas. *Le Portique*. (N°11), 1-19.

Arborio, A.M., & Divay, S. (2018). Aides-soignantes et infirmières, au cœur de l'hôpital. Les Grands Dossiers des *Sciences Humaines*. (N°53), 28-31.

Bastide, T. (2019). Crise des urgences : la refondation passe par la reconnaissance. *Infirmiers.com*. 30 septembre 2019. En ligne : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/crise-urgences-refondation-passe-par-reconnaissance.html> [consulté le 14 mai 2020]

Béguin, F. (2019). Jeune, inventif...le collectif qui a lancé la mobilisation des urgences. *Le Monde*. 18 juin 2019. En ligne : [https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/06/18/urgences-les-grevistes-appellent-a-poursuivre-le-mouvement\\_5477709\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/06/18/urgences-les-grevistes-appellent-a-poursuivre-le-mouvement_5477709_3224.html) [consulté le 14 mai 2020]

Belorgey, N. (2011). Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences. Une entreprise de « réforme » d'un service public et ses effets sociaux. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 4, (N°189), 16-33.

Betton, E. (2014). L'éducation des adultes entre développement et apprentissage. *Education Permanente*. 4, (N°201), 87-97.

Champy-Remoussenard, P. (2005). Les théories de l'activité entre travail et formation. *Savoirs*. (N°8), 9-50.

Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*. (N°2-1), 1-9.

Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie*. (N°1), 165-177.

Clot, Y. (2010). Au-delà de l'hygiénisme : l'activité délibérée. *Nouvelle revue de psychosociologie*. (N°10), 41-50.

Clot, Y. (2011). Le métier comme opérateur de santé. *Bulletin de psychologie*. (N°511), 31-38.

Clot, Y. (2020). Un droit de véto pour protéger l'hôpital ? *Libération*. 18 mai 2020. En ligne : [https://www.liberation.fr/debats/2020/05/18/un-droit-de-veto-pour-protoger-l-hopital\\_1788699](https://www.liberation.fr/debats/2020/05/18/un-droit-de-veto-pour-protoger-l-hopital_1788699) [consulté le 14 juillet 2020]

Dejours, C. (1993). Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail réel. *Education Permanente*. 3, (N°116), 47-70.

Delassus, E. (2016). Et si le manager devenait un phronimos ? *Quatrième congrès « Philosophie du management »*, Metz. En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01315984/> [consulté le 14 Mai 2020]

Delcroix, A. (2019). Contextualisation didactique : un concept en tension ? *Contextes et didactiques*. (N°14), 24-40.

Demontoux, F., & Paillard, F. (2013). Formation et infirmier(e) organisateur de l'accueil aux urgences. *Urgences* 2013. En ligne : [https://www.sfm.u.org/upload/70\\_formation/02\\_formation/02\\_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/119\\_Demontoux.pdf](https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/119_Demontoux.pdf) [consulté le 14 mai 2020]

Dewey, J. (1939). La démocratie créatrice. La tâche qui nous attend. *Conférence*. En ligne : <https://www.erudit.org/fr/revues/hphi/1995-v5-n2-hphi3181/800979ar/> [consulté le 14 Mai 2020]

Divay, S., Gadéa, C. (2015). Aggiornamento managérial des établissements publics et dynamiques professionnelles. Eléments d'analyse à partir de l'évolution des cadres de santé. *Presses de Sciences Po. Gouvernement et action publique*. Vol. 4 (N°4), 81-99.



Divay, S., Girard, L. (2019). Eléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : la formation des infirmières et de leurs cheffes. *Recherche en soins infirmiers*. (N°139), 64-83.

Duarte, A. (2019). « Souffrance en France » : les prémisses d'un concept de résistance. *Travailler*. (N°42), 69-80.

Filliettaz, L., Rémerly, V., Trébert, D. (2014). Relation tutorale et configuration de participation à l'interaction : analyse de l'accompagnement des stagiaires dans le champ de la petite enfance. *Activités*. (N°11), 22-46.

Fleury, L. (2009). Affects et résistance : le cas « Wiesler » dans La Vie des Autres. *Nouvelle revue de psychosociologie*. (N°7), 49-70.

Foli, O. (2008). *Plaintes, normes et intégration. Le cas d'une organisation bureaucratique*. (Thèse de doctorat en Sociologie, Université Paris Dauphine)

Galichon, B. (2020). Les urgences hospitalières sur la sellette. *Etudes*. (N°4272), 35-45.

Ghanes, K. (2016). *Operations optimization in emergency departments*. (Thèse de doctorat en Sciences et technologies industrielles, Université Paris Saclay)

Grevin, A. (2018). Soigner les dynamiques de don pour soigner le travail. *Recherches en Sciences de Gestion*, 3, (N°126), 157-179.

Heijboer, C. (2019). *L'expertise usagère : un défi pour les institutions sociales et médico-sociales du 21<sup>e</sup> siècle. L'usagent et le Maïeuticien*. (Thèse de doctorat de Sciences de l'Education, Université Paris Descartes)

Hubault, F. (1998). Pour une ergonomie de l'encadrement. *Séminaire Ergonomie et Ecologie Humaine - Université Paris 1*. En ligne : <https://www.ateemis-lir.fr/publication/pour-une-ergonomie-de-lencadrement-hubault-1998/> [consulté le 14 Mai 2020]

Hubault, F. (2009). Le travail de management. En ligne : <https://www.ateemis-lir.fr/wp-content/uploads/2017/02/Travail-de-management-Hubault-2013-2.pdf> [consulté le 14 Mai 2020]

Jezequel, B. (2018). Infirmier urgentiste, une spécialité qui dit déjà son nom ? *Soins*. 63, (N°825), 48-52.

Jobert, G. (2001). Idéologies et pratiques des premières générations de formateurs d'adultes. *Education Permanente*. 4, (N°149), 155-166.

Jobert, G. (2015). Travail et créativité : catachrèse et vicariance. *Education Permanente*. 1, (N°202), 9-15.

Jousset, D. (2014). Kairos. Le moment de la décision en éthique médicale. *Journal International de Bioéthique*. Vol. 25, 111-135.

Kriengsoontornkij, W., Homcheon, B., Chomchai, C., Neamsomboon, W. (2010). Accuracy of pediatric triage at Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*. 2010 Oct;93(10):1172-6. PubMed PMID: 20973320

Leneuve, J., Laville, M. (2012). La perception et l'évaluation des risques d'un point de vue psychologique. *VertigO*. 12, (N°1), 1-12.

Lhuillier, D. (2009). Christophe Dejours. Résistance et défense. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 1, (N°7), 225-234.

Lhuillier, D. (2015). Puissance normative et créative de la vulnérabilité. *Education Permanente*. 1, (N°202), 101-116.

Mayen, P. (1999). Des situations potentielles de développement. *Education permanente*. (N°139), 65-86.

Mériade, L., Rochette, C., Talbot, D. (2019). Vers un management des tensions de gouvernance publique dans les établissements de santé ? Une proposition de réponse par l'analyse des proximités. *Innovations*. 3, (N°60), 169-199.

Molinier, P. (2010b). Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2, (N°10), 99-110.

Nagels, N. (2020). L'urgence d'une épistémologie des sciences infirmières. En ligne : <http://www.17marsconseil.fr/lurgence-dune-epistemologie-des-sciences-infirmieres/> [consulté le 14 mai 2020]

Naouri, D., et al. (2019). Factors associated with inappropriate use of emergency departments : findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Quality & Safety*. 1-16.

Natanson, J. (2008). La peur et l'angoisse. *Imaginaire et Inconscient*. 2, (N°22). 161-173.

Ocqueteau, F., Pichon, P. (2011). Secret professionnel et devoir de réserve dans la police. Le pouvoir disciplinaire face au lanceurs d'alerte. *Archives de politique criminelle*. 1, (N°33). 113-132.

Paillé, A. (2007). De l'insu du travail ou les malentendus de l'intelligence pratique. *Congrès international Actualité de la Recherche en Education et en Formation 2007*. En ligne : <http://aref2007.u-strasbg.fr/Acte458.html> [consulté le 14 Mai 2020]

Reynaud, J.D. (1979). Conflit et régulation sociale. Esquisse d'une théorie de la régulation conjointe. *Revue française de sociologie*. 2, (N°20). 367-376.

Rivière, A. (2019). Tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé à l'hôpital public. L'effet modérateur des stratégies d'ajustement. *Revue française de gestion*. 5, (N°282). 11-35.

Rolo, D. (2019). Stratégies et idéologies défensives : la question des défenses de « Travail, usure mentale » à « Souffrance en France ». *Travailler*. 2, (N°42). 43-56.

Roux, A. (2019). Attractivité paramédicale et difficultés de recrutement. Enquête de la Fédération Hospitalière de France. *Revue hospitalière de France*. (N°590). 14-17.

Sainsaulieu, I. (2008). Le collectif soignant : mythe ou réalité ? Regards croisés des cadres et des infirmiers. *Revue française d'administration publique*. 4, (N°128), 665-675.

Sarthou-Lajus, N. (2008). La révolte. *Etudes*. 5, (Tome 408). 662-671.

Schlubach, M. (2009). La dictature du projet. Janvier 2009. En ligne : <https://www.yumpu.com/fr/document/read/42015440/la-dictature-du-projet-conjugeurs-de-talents> [consulté le 14 mai 2020]

Schwartz, Y. (2002). Intervenir dans la vie des autres. *Colloque EDF "Le nucléaire et l'Homme"*, Paris. En ligne : [http://www.arianesud.com/bibliotheque/ergologie/schwartz\\_intervenir\\_dans\\_la\\_vie\\_des\\_autres\\_2002](http://www.arianesud.com/bibliotheque/ergologie/schwartz_intervenir_dans_la_vie_des_autres_2002) [consulté le 14 Mai 2020]

Schwartz, Y. (2014). Où se trouvent les réserves d'alternatives ? Travail et "projets-héritages". Séminaire Gabriel Péri du 2/4/2014. En ligne : <http://institut.fsu.fr/Ou-se-trouvent-les-reserves-d-alternatives-Travail-et-projets-heritages.html> [consulté le 14 mai 2020]

Schwartz, Y. (2017). Entretien avec Jean-Claude Sperandio et Annie Drouin. En ligne : <https://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2018/04/Schwartz-Yves.pdf> [consulté le 14 Mai 2020]

Schwartz, Y. (2018). Pour un ergo-engagement. En ligne : <https://association-terrain.org/content/pour-un-ergo-engagement> [consulté le 14 Mai 2020]

Steiner, I.P., Nichols, D.N., Blitz, S., Tapper, L., Stagg, A.P., Sharma, L., et al. (2009). Impact of a nurse practitioner on patient care in a Canadian emergency department. *CJEM*. 2009 May;11(3):207-14. PubMed PMID: 19523269.

Teiger, C. (2007). De l'irruption de l'intervention dans la recherche en ergonomie. *Education permanente*. (N°170), 35-49.

Thievenaz, J. (2017). L'« étonnement » comme ressort de l'expérience : le cas du diagnostic médical. *Phronesis*. Vol. 6, (N°3), 97-110.

Ulmann, A.L. (2013). Agir en situation : quelle place faire à l'expérience ? *Education permanente*. (N°197), 139-151.

Ulmann, A.L. (2018). Intervenir peut-il s'apprendre ? Imiter ou construire ? *Education permanente*. (N°214), 171-186.

Yordanov, Y., Chouihed, T., Riou, B., Boursin, P. (2020). Task shifting and emergency nurse practitioners - are nurses the future of emergency medicine ? : the French experience. *European Journal of Emergency Medicine*. Vol. 27 (N°1).

Zielinski, A. (2011). La vulnérabilité dans la relation de soin. *Cahiers philosophiques*. (N°125), 89-106.

## Rapports

---

Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) (2019). Les expositions aux risques professionnels dans la fonction publique et le secteur privé en 2017. Enquête SUMER 2017. En ligne : [https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_stat\\_expositions\\_risques\\_professionnelles\\_fonctions\\_publices.pdf](https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_stat_expositions_risques_professionnelles_fonctions_publices.pdf) [consulté le 14 mai 2020]

Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) (2018). Rapport 2018 (données 2017) de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé. En ligne :

[https://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport\\_telechargement/var/storage/rapports-publics/184000535.pdf](https://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/184000535.pdf) [consulté le 14 mai 2020]

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (2019). Les trois quarts de diplômés infirmiers trouvent leur premier emploi en moins d'un mois. Etudes et Résultats. n°1099. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1099.pdf> [consulté le 14 mai 2020]

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (2020). Panorama des établissements de santé. Edition 2020. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2020.pdf> [consulté le 14 juillet 2020]

Haute Autorité de Santé (HAS) (2019a). Retour d'expérience sur les évènements indésirables associés à des soins. Rapport annuel d'activité 2018. Edition 2019. En ligne : [https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p\\_3124173](https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3124173) [consulté le 14 mai 2020]

Institut National de Veille Sanitaire (INVS) (2012). Expérimentation portant sur la déclaration des évènements indésirables graves (EIG) liés aux soins en établissement de santé. Rapport d'évaluation. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/181782/2304970> [consulté le 14 mai 2020]

Lecocq, C., Coton, P., Verdier, J.F. (2019). Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence, une chance. Rapport. En ligne : [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/10/rapport\\_version\\_definitive\\_sante\\_au\\_travail\\_dans\\_la\\_fonction\\_publique\\_231019.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/10/rapport_version_definitive_sante_au_travail_dans_la_fonction_publique_231019.pdf) [consulté le 14 juillet 2020]

Observatoire Régional de Santé Ile-de-France (ORS IdF) (2018). Le parcours des infirmiers en Ile-de-France. Synthèse. En ligne : [https://www.iau-idf.fr/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2018/Etude2018\\_6/2018\\_parcours\\_infirmier\\_synthese.pdf](https://www.iau-idf.fr/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2018/Etude2018_6/2018_parcours_infirmier_synthese.pdf) [consulté le 14 mai 2020]

## Référentiels et recommandations professionnelles

---

Société Francophone de Médecine d'Urgence (2004). Référentiel Infirmier Organisateur de l'Accueil. Paris. En ligne : <https://www.sfmou.org/upload/referentielsSFMU/ioa2004.pdf> [consulté le 14 mai 2020]

Société Française de Médecine d'Urgence. Référentiel de compétences de l'Infirmier(e) en Médecine d'Urgence (2008). Paris. En ligne : [https://www.sfmou.org/upload/referentielsSFMU/Referentiel\\_IDEU\\_VF2008-06-1.pdf](https://www.sfmou.org/upload/referentielsSFMU/Referentiel_IDEU_VF2008-06-1.pdf) [consulté le 14 mai 2020]

SAMU Urgences de France (SUdF) (2011). Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence. Référentiel. Paris. En ligne : [https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/654/sudf\\_effectifs\\_medicaux-et-nonmedicaux.pdf](https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/654/sudf_effectifs_medicaux-et-nonmedicaux.pdf) [consulté le 14 mai 2020]

Société Française de Médecine d'Urgence (2013). Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts. Paris. En ligne : [https://www.sfmou.org/upload/consensus/RFE\\_triage\\_IOA\\_2013.pdf](https://www.sfmou.org/upload/consensus/RFE_triage_IOA_2013.pdf) [consulté le 14 mai 2020]

## Législation

---

Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L. 473, L. 475 et L. 476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière et l'article L. 372 de ce code, relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin. Journal Officiel du 1<sup>er</sup> juin 1978. En ligne : [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000000704924&pageCourante=02235](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000704924&pageCourante=02235) [consulté le 14 mai 2020]

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668> [consulté le 14 mai 2020]

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id> [consulté le 14 mai 2020]

Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788652&categorieLien=id> [consulté le 14 mai 2020]

Décret n°2018-1341 du 28 décembre 2018 relatif aux actions de formation et aux modalités de conventionnement des actions de développement des compétences. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037884267&categorieLien=id> [consulté le 14 mai 2020]

Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000790702&dateTexte=&categorieLien=id> [consulté le 14 mai 2020]

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044> [consulté le 14 mai 2020]

Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479578&categorieLien=id> [consulté le 14 mai 2020]

Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218444&dateTexte=&categorieLien=id> [consulté le 14 mai 2020]

## Autres

---

Haute Autorité de Santé (HAS) (2019b). Vers une certification fondée sur la culture du résultat pour les patients. Conférence Paris Healthcare Week. 22 Mai 2019. En ligne : [https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_2970899](https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2970899) [consulté le 14 mai 2020]

**TITRE DU  
MEMOIRE****RESISTER**

Quand une intervention articulant analyse du travail et formation remodèle l'activité managériale.

**RESUME**

Une commande de formation à la fonction d'infirmière d'accueil dans un service d'urgences a mené à la structuration d'une intervention d'ordre psychosociologique, articulant analyse du travail et formation. Conduite à partir des théories de l'activité par un des cadres de santé en responsabilité de la structure, elle a, par son processus et ses résultats, mis au jour un grand nombre de questions sur l'activité, et contribué à une transformation du rapport au travail et des représentations.

L'intervention, par l'enchâssement de ses trois pôles (analyse du travail, formation, intervention), a en particulier permis de questionner le processus subjectif vécu par l'intervenant interne - cadre de santé, qui est ici mis en dialogue avec le concept de souffrance éthique apporté par les travaux de la psychodynamique du travail.

L'ensemble amène à proposer la mise en discussion d'une éthique managériale construite sur la prudence et la prise en compte des vulnérabilités, et contribuant à un travail opérateur de santé.

**ABSTRACT**

The demand for a training as triage nurse in an Emergency ward has led to the structuration of a psychosociological intervention, mixing the analysis of work and the training. Led by one of the Head nurses responsible of the structure, starting from an anchoring in the activity theories, the intervention, through its process and results, created a large number of questions on this activity and contributed to the transformation of the attitude to work and its representations.

The intervention, mixing three poles (analysis of work, training and intervention), has specifically allowed to question the subjective process experienced by the inside actor - head nurse, which here is confronted to the concept of ethical suffering, provided by research of the psychodynamics of work.

The set of work aims at proposing a way of discussing management ethics, based on practical wisdom and the awareness of vulnerabilities, it thus contributes to work related to health.

**Mots clés :**

Intervention - Analyse du travail - Formation - Infirmier(ère) -  
Souffrance éthique - Management - Vulnérabilité - Prudence