

# ACTES DU COLLOQUE



UNIVERSITÉ TÉLUQ

MONTRÉAL, 27 MARS 2024

Antoine Rossignol et Jean-Luc Bédard

Actes du Colloque "Approcher le monde professionnel de la santé par ses marges" © 2024 par [Antoine Rossignol et Jean-Luc Bédard](#) est mis à disposition selon les termes de la licence [Attribution-ShareAlike 4.0 International](#)

## Table des matières

L'espace professionnel de la santé et le modèle centre-périphérie, Charles Gadéa .....	1
Le travail de nettoyage à l'hôpital : les apories de l'externalisation, Anne Catherine Wagner , Hugo Bret , Delphine Serre .....	15
De la pratique du soin à celle de la qualité : le cas des comités de patients en hôpitaux de soins généraux, Bernard Voz, Benoît Pétré, Jean-François Orianne .....	32
La place de l'anthropologue en consultation de clinique transculturelle : une chercheuse intégrée dans un dispositif de soin psychothérapeutique à la marge, Catherine Thomas. ....	45
Juliet M. Corbin et Anselm A. Strauss à l'avant-garde de l'analyse des activités de travail effectuées aux marges du champ de la santé, Sophie Divay et Florence Legendre .....	59
Les chef·fes d'exploitations viticoles de Champagne : acteur·rices invisibles et indirect·es de la santé, Océane Carneiro .....	72
Entre soins hospitaliers et filières de soins corporels au Gabon : Ce que « soigner l'hypertension artérielle » veut dire, Dany Jacob Endedi .....	87
Expositions-ventes du médicament traditionnel sur l'espace public urbain et solutionnement de la performance sexuelle à Yaoundé Cameroun : pratiques et enjeux d'une profession alternative, Joseph Arthur Atangana.....	103
Faillite du Régulateur de la santé en Côte d'Ivoire : l'influence des groupes d'intérêts informels», Loulou Guy Gbaka et Jean-Louis Lognon.....	127
Les kinésithérapeutes diplômés à l'étranger : des marginaux acceptés car hiérarchisés, Jérémy Rollin.....	153
L'historien, un maillon clé dans le développement du système de santé depuis 2000 à 2023, Jules Yao Yao et Charles Kouamé Koffi .....	167
Au sommet mais invisibles : la construction professionnelle fragile des directeurs d'hôpital dans le monde de la santé français, Héloïse Halliday et Florent Schepens.....	180
Vers la reconnaissance professionnelle des cadres de santé formateurs en IFSI ?, Sébastien Thilly .....	194
« On n'est pas des " petites gardes!! " », Émilie Tremblay et Catherine Montgomery .....	210
Prévenir les risques respiratoires à la maison dans le cadre des maladies chroniques, Virginie Loizeau .....	226
La profession chiropratique et le double processus de marginalisation, Cécile Bou Farres et Christine Rolland.....	241

## **Présentation du document**

Il nous fait plaisir de diffuser, par le biais de la plateforme R-libre de l'Université TÉLUQ, les Actes du Colloque « Approcher le monde professionnel de la santé par ses marges », qui s'est tenu à l'Université TÉLUQ, dans ses bureaux de Montréal, les 15 et 16 mai 2023.

Ce colloque a été organisé par un comité scientifique formé de responsables du Comité de recherche 32 (Savoirs, métiers, identités professionnelles) de l'Association internationale des sociologues de langue française (AILSF). Le programme du colloque peut être consulté sur le site suivant : <https://colloquecr32.teluq.ca/>.

Nous vous invitons donc à parcourir cette publication, constituée des communications dans l'ordre du programme des deux journées du colloque. On y trouve d'abord la conférence d'ouverture du professeur émérite Charles Gadea, suivie des communications retenues au programme. Il est à noter que pour certaines communications faites au Colloque, les auteur.e.s n'ont pas transmis de texte tandis que d'autres ont demandé leur retrait, étant l'objet d'une publication exclusive dans un autre média (revue ou chapitre de livre).

Bonne lecture,

Antoine Rossignol, responsable de l'édition des Actes du Colloque « Approcher le monde professionnel de la santé par ses marges » (sous la supervision de Jean-Luc Bédard).

## **Conférence d'ouverture : L'espace professionnel de la santé et le modèle centre-périphérie**

Charles Gadéa\*, Université Paris Nanterre

On décrira assez bien le monde professionnel de la santé si on le compare à un système gravitationnel dont les professions médicales forment le centre, autour duquel tournent des amas sans cesse renouvelées de groupes professionnels périphériques. Le noyau central présente des contours précis et relativement stables, alors que les zones périphériques semblent s'étendre sans fin et se recomposer continuellement dans des formes de plus en plus nébuleuses au fur et à mesure qu'on s'éloigne du centre. Ce type de système correspond à un modèle d'analyse bien connu, le modèle centre-périphérie, qui a été fortement mobilisé en géographie<sup>1</sup> et dans les recherches sur les inégalités de développement économique<sup>2</sup>, mais qu'on retrouve aussi en sociologie dans les travaux de l'École de Chicago et dans la conception que Maurice Halbwachs se faisait du monde social. Ce modèle s'articule à divers titres avec la notion de profession (première partie), notamment autour de l'idée d'une autonomie du centre opposée à la dépendance de la périphérie, ce qui semble pouvoir s'appliquer aux professions de santé caractérisées par la dominance des professions médicales, mais qui doit être contextualisé et relativisé. En effet, cette situation ne résulte pas de la nature des choses mais de l'évolution historique des rapports sociaux entre groupes professionnels, et un petit détour historique montrera qu'il n'en a pas toujours été ainsi (deuxième partie). D'autre part, il n'est pas rare de rencontrer des situations empiriques faisant apparaître un renversement de perspective, soit que des professionnels périphériques occupent des positions centrales, soit que des membres des professions médicales se consacrent à des activités marginales (troisième partie). Peut-être l'intérêt du modèle tient-il précisément à ces possibilités de renversement auxquelles il se prête.

### **1. Les professions au prisme du modèle centre-périphérie**

Le modèle a pu faire l'objet de formalisations diverses. Dans le cas qui nous occupe, il semble pertinent parce qu'il exprime bien le contraste entre les professions médicales

---

\*Professeur émérite de sociologie, IDHES, Université Paris-Nanterre.

<sup>1</sup> Alain Reynaud, « Les rapports entre le centre et la périphérie : le coefficient de variation, technique simple de mesure de l'allométrie », *Travaux de l'Institut de Géographie de Reims*, 1980, n° 41-42 p. 71-81.

<sup>2</sup> Gérard-François Dumont, « La dynamique des territoires. Radiale ou réticulaire ? », *Les Analyses de population & Avenir*, vol. 7, no. 3, 2019.

modernes, fortement réglementées et institutionnalisées, et le caractère incertain, mouvant, infini, voire clandestin, d'autres activités reliées à la santé de manière plus marginale. Ce flou qui s'épaissit lorsqu'on s'éloigne du centre peut s'expliquer si on considère, en suivant Didier Fassin<sup>3</sup>, que la santé est à la fois du social fait corps et une construction sociale. Elle est social fait corps parce qu'elle inscrit dans le corps le résultat des traitements médicaux, des soins, des normes d'hygiène, des politiques sociales, de la prévention, des dispositifs de lutte contre les épidémies, etc., mais elle reste aussi une construction sociale au sens où la notion de santé émane d'un travail individuel et collectif de définition et de représentation, qui passe par la production de savoirs, mais aussi par des luttes, des controverses, des stratégies de promotion de conceptions concurrentes de ce qu'elle désigne. Cette double dimension donne lieu à une prolifération infinie de conceptions de la santé et de pratiques censées contribuer à sa conservation ou son rétablissement. Celles qui ont conquis une forte légitimité et se sont dotées de solides juridictions<sup>4</sup> se sont stabilisées au centre, les autres, beaucoup plus fragiles ou contestées, sont reléguées à la périphérie.

Ce modèle est d'autant plus intéressant qu'on peut le retrouver au cœur de la notion même de profession au sens anglo-américain, dès son origine, dans les travaux fondateurs de Carr-Saunders et Wilson.

Une des raisons qui font que la notion de profession est toujours restée plus ou moins ambiguë, c'est que Carr-Saunders et Wilson n'ont pas su la définir de manière solide, ils n'ont pas réussi à donner une explication claire de la différence qu'ils établissent entre les professions et les autres métiers, ils disent qu'il n'y a pas de frontière, donc pas de différence de nature, juste une question de degré. En fait, selon eux, il y a un petit nombre de professions, celles du droit et de la médecine, qui sont considérées comme telles parce qu'elles ont incarné historiquement cette notion. Faute d'un critère décisif de définition, c'est par ressemblance à ces professions du noyau historique que les autres professions sont considérées comme telles. Ils reprennent clairement dans leur formulation l'idée d'une organisation concentrique à partir

---

<sup>3</sup> Didier Fassin "Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie" in Francine Saillant et Serge Genest (dirs), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, pp. 383-399. Québec : Les Presses de l'Université Laval; Paris : Anthropos, 2005.

<sup>4</sup> Andrew Abbott, *The system of Professions : An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

des propriétés qui caractérisent ces professions : « elles se tiennent au centre, et tout autour d'elles se rassemblent les métiers qui possèdent certains des critères mais pas tous »<sup>5</sup>.

Je fais toujours remarquer à mes étudiants que leur démarche est paradoxale, puisqu'ils parlent d'un cercle qui n'a pas de circonférence, mais seulement un centre. En fait, ce qui les conduit à cette situation, c'est que leur raisonnement est fondé sur un procédé de catégorisation par types et non sur la définition de conditions nécessaires et suffisantes. Cette catégorisation par types se retrouve en France dans le groupe social des cadres, comme l'a montré Boltanski<sup>6</sup>, et dans la construction de notre grille des CSP, mais elle a été théorisée par Eleanor Rosch<sup>7</sup> dans les années 1970 et Carr-Saunders et Wilson ne pouvaient en avoir conscience à leur époque. Ils se sont donc empêtrés dans des tentatives de définition de critères qui restaient toujours plus ou moins boiteuses, et cela a pesé sur toute l'histoire de la sociologie des professions qui n'a jamais réussi vraiment à définir le concept de profession.

Mais ce n'est pas tout, on peut retrouver le même principe d'organisation autour d'un noyau central, à l'intérieur même des professions, en suivant les approches interactionnistes. D'une part, on peut considérer les groupes professionnels comme des mondes sociaux à la manière d'Anselm Strauss, et reprendre l'idée de figures plus centrales, de personnages qui passent pour incarner mieux l'idée que l'on se fait du métier que d'autres, ce qui suppose l'existence de figures plus périphériques, ou marginales, mais aussi une dynamique permanente entre les segments qui conduit à des recompositions de la figure centrale. On n'est pas très loin de la notion de type ou de stéréotype concernant non pas l'image des professions en général, mais d'une profession spécifique : le stéréotype du médecin de campagne, le stéréotype de l'infirmière, etc. L'intérêt de prendre en compte ces façons de se représenter le groupe professionnel, ou dont les membres du groupe professionnel se représentent eux-mêmes, tient à ce qu'on peut analyser à partir d'elles les écarts à la norme, les incarnations du métier qui ne sont pas conformes aux représentations dominantes, ce que Hughes appelait les « contradictions de statut »<sup>8</sup>. Il s'intéressait aux contremaîtres noirs, aux femmes médecin, aux personnages qui ne correspondent pas à l'idée qu'on se fait d'un métier, qui ne présentaient pas les attributs qu'on s'attend à trouver chez un professionnel. De manière générale, quand il

<sup>5</sup> Alexander Carr-Saunders, Paul Wilson, *The Professions*, Oxford, Clarendon, 1933, p. 284.

<sup>6</sup> Luc Boltanski, *Les cadres. La formation d'un groupe social*. Paris, Minit, 1982.

<sup>7</sup> Eleanor Rosch, « Principles of Categorization », in E. Rosch & B.B. Lloyd (eds) *Cognition and Categorization*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, 1978.

<sup>8</sup> Everett C. Hughes « Dilemmas and Contradictions of Status », *The American Journal of Sociology*, Vol. 50, No. 5 (Mar., 1945), p. 353-359.

Colette Guillaumin, *L'Idéologie raciste : genèse et langage actuel*, La Haye, Mouton, 1972

s'agit de professions au sens anglo-américain, de professions prestigieuses, la norme est plus ou moins confondue avec les critères qu'on résume par WASP : white anglo-saxon protestant, et implicitement homme. En somme, il y a des liens qui pourraient être développés et explicités entre l'approche de Hughes et ce qu'on appellerait de nos jours les relations entre majoritaires et minoritaires au sens de Colette Guillaumin. Les majoritaires seraient ici les membres des professions médicales centrales, les minoritaires correspondraient aux professions périphériques ou marginales.

Mais le concept principal sur lequel se fonde le rapprochement avec le modèle centre-périphérie est celui de dominance, proposé par Freidson<sup>9</sup>. Le problème est qu'il en parle souvent, mais ne le définit jamais tout à fait. Pour l'essentiel, ce qui caractérise la profession en situation de dominance, c'est le fait d'avoir atteint un niveau d'autonomie tel qu'aucune autre profession, aucune autre institution n'est en mesure de contrôler ou d'évaluer le travail de ses membres, alors qu'elle est en mesure de contrôler celui des autres groupes professionnels de son domaine d'activité. Elle dispose d'une autorité et d'une légitimité qui la met en position de définir et surveiller le travail des autres sans que personne ne dispose d'un tel droit de regard sur le sien. Elle est censée être arrivée à cette situation en faisant la démonstration de la qualité de la formation de ses membres et de l'efficacité de ses méthodes, mais aussi en obtenant la confiance du public et de l'État, qui garantit légalement cette autonomie.

Il est clair que cela correspond à une vision ancienne de la profession médicale, qui ne possède certainement pas aujourd'hui d'une si grande autonomie, notamment face au pouvoir managérial, et cela a été beaucoup discuté depuis les années 1970, lorsque Freidson écrivait sa théorie. Mais ce qui nous importe est le fait que la dominance correspond à la position centrale, et même qu'une des caractéristiques majeures du modèle centre-périphérie était justement que le centre dispose d'autonomie alors que la périphérie est dépendante du centre. C'est la dépendance qui caractérise l'économie des pays en développement selon le modèle de Cardoso et Faletto<sup>10</sup>, souvent appliqué aussi à la sociologie des sciences et des techniques dans les pays du sud.

---

<sup>9</sup> Eliott Freidson, *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*, New-York, Aldine De Gruyter, 1970.

<sup>10</sup> Fernando Cardoso, Enzo Faletto. *Dépendance et Développement en Amérique latine*. Paris : PUF 1978 (1969).

L'idée d'un noyau de professions médicales centrales exerçant une dominance sur l'ensemble des métiers du champ de la santé paraît donc intéressante, mais il faut peut-être la compléter en ajoutant que l'autonomie dont disposent les professions centrales est relative.

Certes, elle repose sur une auto-régulation bien réelle, et ce sont bien les professions médicales qui prescrivent et supervisent le travail de soin et les activités liées à la santé. Mais les relations avec les autres groupes professionnels ne se réduisent pas à un rapport autonomie/dépendance, elles supposent que les professions centrales dépendent aussi en réalité des professions périphériques. Un cabinet libéral peut fonctionner (non sans mal) avec un.e médecin travaillant seul.e et se chargeant elle.lui-même du secrétariat, de la comptabilité, des rendez-vous, etc, mais ce ne serait pas possible pour un hôpital, on entend tous les jours parler de services hospitaliers qui ferment par manque de personnel, pas uniquement de médecins ou sages-femmes, mais aussi d'infirmières, aide-soignantes ou manipulateurs radio.

Cette dépendance n'est ni accidentelle ni récente, elle fait partie des conditions sociales et historiques qui ont permis à la dominance médicale de s'établir. Un petit retour sur le contexte dans lequel s'est développée la médecine au XIXe siècle nous permettra de constater qu'il ne s'agit pas d'une marche triomphale de la science faisant reculer les ténèbres et éliminant l'obscurantisme des empiristes, mais d'une série de compromis, de situations ambiguës de co-existence et souvent de coopération assumée ou tacite avec des formes de traitement de la maladie que nous considérons aujourd'hui comme irrationnelles, mais qui n'étaient alors aucunement dénuées de légitimité.

## **2. Les compromis de la médecine**

Les médecins disposaient d'un monopole en tant que corporation depuis le Moyen Age, et la loi du 10 mars 1803 qui rétablit les facultés de médecine et la protection du titre boucle l'intermède du décret Allarde qui avait aboli les corporations. Mais le titre ne suffit pas pour convaincre la population de faire appel aux médecins, qu'ils soient docteurs ou officiers de santé. Ce n'est pas seulement une question de prix, mais aussi de confiance, de religion, d'attitude envers la maladie, une conception du monde, pour parler comme Jacques Léonard. « On ne peut pas isoler un « pouvoir médical » dans la province profonde du XIXe siècle ; c'est un certain rayonnement qui entre dans le cadre de la nouvelle conception du monde, tout comme l'école primaire, le journal, etc. Cette conception détruit l'ancien monde, la résignation et la superstition ; elle propose un avenir physique ici-bas acceptable, pas très long, mais amélioré ;



elle a confiance dans la science. Les médecins sont donc une partie d'un ensemble, des « acteurs-complices », des rouages d'une machinerie culturelle qui les englobe au même titre que les écrivains ou les journalistes »<sup>11</sup>.

Il y a donc autour des médecins et de la conception de la santé dont ils sont porteurs toute une série de professionnels dont l'action converge avec la leur. A côté des journalistes et des écrivains, il faudrait certainement ajouter les instituteurs qui diffusent la lecture, l'idée de progrès, des notions de biologie et d'hygiène, mais, ce qui est plus étonnant, noter que dans la foule immense des soigneurs, des guérisseurs, des congrégations, ils ne trouvent pas seulement des adversaires, mais aussi, sur certains points, des alliés. Nombre de domaines de la santé restent jusqu'à la fin du XIXe siècle peu ou pas investis par le savoir médical et ses techniques d'intervention, donnant lieu à des activités qu'on peut appeler paramédicales mais qui sont exercées sans formation spéciale par des masseurs, pédicures, bandagiers, orthopédistes et même des dentistes (ce n'est qu'en 1892 qu'est créé le diplôme de chirurgien-dentiste). Les écoles municipales d'infirmières ne sont ouvertes par Bourneville qu'à partir des années 1877 et l'école de la Salpêtrière ne date que de 1907. L'anesthésie est connue dès les années 1840, mais elle est réservée aux grandes opérations ; la douleur, les brûlures, les accidents sont laissés aux « empiriques » et aux rebouteux, et la plupart des accouchements restent aux mains des matrones. Et puis il y a des lacunes, des maladies que les médecins ne savent pas soigner et qui restent l'affaire des magnétiseurs, des juteurs d'urines, des bonimenteurs itinérants, etc. Dans ce contexte il paraît naturel de s'adresser à eux, et si les médecins tentent un procès, ils ont du mal à obtenir des condamnations car les empiriques font témoigner des clients prêts à jurer qu'ils ont été sauvés, et ils peuvent être protégés par des personnages influents, voire par l'Eglise, dont certains membres guérissent en invoquant les saints. Les médecins coexistent avec tous ces acteurs sans être vraiment en position de majoritaire, que ce soit en termes de nombre de patients ou, au sens de Colette Guillaumin, en tant que détenteur des attributs de la légitimité, avant la fin du XIXe et la loi de 1892 qui instaure le délit d'exercice illégal de la médecine. Il faut garder à l'esprit que ce n'est pas toujours une lutte à mort, une guerre ouverte pour faire disparaître ces concurrents, les médecins s'accommodent de la situation, notamment parce qu'ils sont peu nombreux ou qu'ils sont loin des patients (les déserts médicaux ne datent pas d'aujourd'hui).

---

<sup>11</sup> Jacques Léonard, « Le sacerdoce médical et le praticien de province », in *Médecins, malade et société dans la France du XIXe*, Paris, Sciences en situations, 1992, p. 30 (1ère édition Populations et cultures, 1989)

« Ce sont des médecins eux-mêmes qui délèguent à de bonnes volontés sans diplôme le soin de faire des pansements et de surveiller l'application des traitements, dans les hameaux écartés et dans les mansardes sans confort. Ils embauchent des garde-malades qui échappent à leur contrôle. Ils encouragent sur place les curés et les chatelaines à faire distribuer des secours, des bouillons et des infusions aux indigents frappés par les épidémies de misère et de malnutrition. Ils enseignent eux-mêmes aux maîtresses de maison à « arrêter un dévoiement », à « faire passer une mauvaise fièvre », à « dégager de la bile » ou fabriquer un « vin stomachal ». Ils se félicitent d'être ainsi débarrassés de « courses » éloignées ou peu rentables et de « corvées sales et infructueuses » comme l'avoue l'un d'eux. Plus souvent qu'on ne l'imagine, les médecins du XIXe envoient des clients, et même des proches, chez les rebouteux expérimentés. Quant aux ententes avec les matrones, elles sont monnaie courante : comment faire autrement ? »<sup>12</sup>

Les pires concurrents des médecins sont sans doute les moines et les religieuses qui ne se privent pas de soigner et de distribuer des médicaments, sans avoir de diplôme ni demander d'ordonnance. Sans doute la lutte a-t-elle été farouche avant que les médecins anticléricaux parviennent à évincer les nonnes des hôpitaux, mais là aussi, le tableau est plus nuancé. « ...il est fréquent que des médecins couvrent l'exercice illégal de la pharmacie et la médecine urgente par les religieuses et qu'ils s'associent à elles de manière fructueuse ; si elles sont accusées ou inquiétées, ils déclarent hautement qu'elles soignent conformément à leurs directives , et tout est dit ; ils ratifient ou réparent éventuellement leurs initiatives ; quand sévissent des épidémies uniformes, ils leur délèguent leurs pouvoirs curatifs après être passés une première fois dans la contrée, et ils se félicitent qu'elles puissent surveiller l'exécution de leurs ordonnances ; dans l'esprit de beaucoup, il suffit de superviser l'activité soignante des sœurs, comme le docteur d'Ancien Régime devait le faire à l'égard des petits chirurgiens, et comme le docteur nouveau doit encore le faire dans certains cas par-dessus l'épaule de la sage-femme de 2<sup>e</sup> classe ou de l'officier de santé<sup>13</sup> »

De plus, les religieuses ne se sont pas opposées à la vaccination, et elles ont globalement contribué au développement de la médecine dans les milieux populaires car elles employaient les mêmes instruments que les médecins, les mêmes médicaments de base, et, à un niveau plus élémentaire, généralement tiré d'ouvrages de vulgarisation, le même type de savoirs médicaux.

<sup>12</sup> J. Léonard, « Les guérisseurs », op. cit. p. 78.

<sup>13</sup> J. Léonard, « Les religieuses qui soignent », op. cit. p. 55.

Ainsi, au cours du XIXe siècle, pendant que les médecins établissaient progressivement leur juridiction et s'installaient en position centrale, ils se sont appuyés sur les praticiens empiriques et religieux et ont coopéré avec eux autant ou davantage qu'ils ne les ont combattus, avant de stabiliser autour d'eux un aéropage de professionnels para-médicaux, un ensemble de professionnels satellites qui gravitent autour d'eux, dont ils ne peuvent se passer, et dont la présence renforce leur position.

On peut noter que cette situation de coopération entre professionnels de santé et religieux est également présente de façon typique dans le cadre des rapports coloniaux, les missionnaires se chargeant assez volontiers de soigner quelques fièvres ou blessures et de procéder à des vaccinations. Outre ces missionnaires, on rencontre dans les zones coloniales une sorte de dédoublement du rapport centre-périphérie qui se traduit par le prolifération des figures de professionnels : en Algérie au début du XXe siècle, il y a des médecins ou officiers de santé de métropole et des médecins ou officiers de santé coloniaux, mais, parmi ces derniers, il faut distinguer le médecin militaire du civil, le médecin de colonisation rémunéré par le gouvernement colonial du médecin libéral, et le médecin français du « médecin auxiliaire indigène ». A côté du médecin, l'infirmière-visiteuse se dédouble aussi, il y aura l'infirmière de métropole et l'infirmière visiteuse coloniale (à partir de 1926), puis l'infirmière visiteuse indigène fera aussi son apparition. N'oublions pas qu'il est souvent nécessaire de recourir à des interprètes, des assistants, toute une série de personnages indispensables à l'activité des professionnels de santé qualifiés, mais rapidement (ou pas du tout) formés du point de vue de la médecine, ce qui n'empêche pas que la majorité de la population dite indigène continue d'avoir recours aux médecins et matrones traditionnels<sup>14</sup>.

### **3. Quand le modèle se retourne**

Ces intermédiaires coloniaux présentent des similitudes avec les agents de santé communautaires (ACS) qu'on trouve aujourd'hui dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, eux aussi sommairement formés. La notion de santé communautaire, tout comme le profil des acteurs qui interviennent, est très hétérogène, mais on peut essayer de préciser le propos en prenant le cas des cases et postes de santé au Sénégal, c'est-à-dire des dispositifs de terrain, au

---

<sup>14</sup> Claire Fredj, « Le médecin de colonisation », *Le Lien* n°68 2018, en ligne <https://max-marchand-mouloud-feraoun.fr/articles/medecins-de-colonisation>

contact de la population et le plus souvent dans des zones éloignées des hôpitaux et centres de santé importants.

Les statistiques officielles de l'Etat Sénégalais pour 2019 indiquent que dans ces postes et ces cases, la médiane des effectifs de médecins et d'infirmière ou sage-femme est inférieure à un, alors celle des effectifs d'agents de santé communautaire ou de matrones est 4,7 pour les postes de santé et 2,6 pour les cases de santé<sup>15</sup>. En somme, l'essentiel de l'activité de soin des postes et cases de santé est dispensé en l'absence d'infirmiers ou médecins permanents par des ACS, ensemble hétérogène parmi lesquels certain.es, recruté.es par la municipalité, ont un emploi stable et une activité administrative, d'autres sont officiellement bénévoles, donc non professionnel.les, mais considèrent leur activité comme un vrai métier et la petite indemnité qu'ils.elles reçoivent comme une rémunération. Ils.elles sont « dépositaires », chargés de conserver et distribuer les médicaments, dispensateurs de soins à domicile, aide-soignant.es, matrones, ou interviennent auprès des populations pour vacciner, réaliser les campagnes de prévention et sensibilisation, mobiliser les populations autour des problèmes d'hygiène et d'épidémies en tant que « marraines »<sup>16</sup>. Ces bénévoles sont à la fois dans une situation d'extrême périphérie puisqu'ils.elles ne peuvent être considéré.es comme professionnel.les, faute d'être titulaires d'un emploi, et en position centrale du point de vue de l'activité de soin auprès des populations, puisqu'ils.elles sont souvent le seul interlocuteur disponible sur la case ou le poste de santé.

Voilà donc une particularité du modèle centre-périphérie que le monde professionnel de la santé nous invite à intégrer à l'analyse : la structuration autour d'un centre n'empêche pas l'existence de situations locales dans lesquelles le rapport s'inverse, des professionnels périphériques deviennent centraux. Ce constat n'est pas entièrement surprenant, la sociologie urbaine identifie souvent des lieux de centralité dans des quartiers périphériques des villes. Halbwachs le notait aussi dans son étude de la ville de Chicago : la centralité repose sur des « courants secondaires » reliés au centre principal<sup>17</sup>. La spécificité du « système de

---

<sup>15</sup> Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), « Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) », Dakar, Sénégal, 2019. p 45.

<sup>16</sup> Abdoulaye Moussa Diallo « La mobilisation à bas bruit des acteurs communautaires de santé au Sénégal : engagements locaux et aspirations professionnelles ». Thèse de doctorat de sociologie, Lille, université de Lille.

<sup>17</sup> « De fait, c'est un caractère singulier de ces grandes villes américaines qu'à côté et autour du centre principal, où toute la vie et le mouvement paraissent concentrés, une quantité de centres secondaires ont surgi. Plus exactement, à intervalles, toutes les cinq ou six rues [...] on trouve une rue principale, « main street », mais non pas simplement l'analogue des artères populeuses de nos banlieues, — bien plutôt la reproduction telle quelle des grandes rues du centre ; même genre de magasins, de restaurants, de cinémas, etc., mêmes droguistes, mêmes

professions » que constitue le monde de la santé tient à ce que ces « centres décentralisés » peuvent fonctionner à contre-courant et reposer sur une inversion du rapport entre professionnels centraux et périphériques.

On peut aller plus loin, se déplacer de l'extrême périphérie des ACS vers le noyau central, et observer qu'au sein même de celui-ci, il existe des positions périphériques. Les sages-femmes offrent un cas particulièrement intéressant, car il permet de distinguer plusieurs dimensions de périphérie, voire de marginalité, au sein d'une profession reconnue comme médicale.

Sans revenir sur la longue histoire des luttes qu'elles ont eu à livrer contre la dominance médicale, redoublée d'une forme évidente de domination masculine<sup>18</sup>, on ne peut que noter que leur reconnaissance en tant que profession médicale reste jusqu'à nos jours empreinte de paradoxes. Le plus frappant est sans doute que leur ordre professionnel, créé en 1941 en même temps que celui des médecins, ne pouvait être présidé jusqu'en 1995 que par un médecin, mais ce n'est pas le seul : l'Insee, institut français chargées des statistiques nationales, ne les classe pas, comme les médecins, dans la catégorie des « cadres et professions intellectuelles supérieures » mais parmi les « professions intermédiaires » ; leur salaire ou leur revenus restent sans commune mesure avec ceux des médecins ; lorsqu'elles travaillent dans la fonction publique d'Etat, elles n'ont pas accès au statut de praticien hospitalier ; dans nombre d'hôpitaux, elles relèvent de la Direction des soins infirmiers et non de la Direction des affaires médicales ; la gestion de leur formation continue est placée sous le régime des professions paramédicales. La distinction entre statut et *status* semble ici tout à fait indiquée : tout en possédant officiellement le statut de profession médicale, elles sont renvoyées par une foule de traitements particuliers vers le *status* d'activité paramédicale, en d'autres termes vers une position périphérique, à l'écart des médecins.

---

barbiers, mêmes tramways et «elevated». Chaque quartier a ainsi une rue où l'on va faire des achats, « shopping street», et où, au sortir d'espaces où le calme enveloppe les maisons et les existences, on retrouve l'animation des parties les plus centrales de la cité. « Centralised decentralised system » : courants secondaires, qui répondent à un courant principal, et se règlent sur lui. » Maurice Halbwachs, « Chicago, expérience ethnique », *Annales d'histoire économique et sociale*. 4<sup>e</sup> année, N. 13, 1932, p. 19.

<sup>18</sup> Cf. Jacques Gélis, *La Sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988 ; Nathalie Sage-Pranchère, *L'école des sages-femmes. Naissance d'un corps professionnel 1786-1917*. Tours, Presses universitaires François-Rabelais, 2017.

Il est vrai aussi que ces discriminations tendent à s'atténuer et que leurs prérogatives s'accroissent. Elles sont autorisées à prescrire, d'abord en matière de contraception hormonale (2004), puis certains médicaments (2011) et des arrêts de travail (2012), elles peuvent vacciner, effectuer certains actes en matière d'échographie, acupuncture, ostéopathie, diriger des maisons de naissance, adresser des patients, etc. Cependant, leur intervention reste fondamentalement placée en position subordonnée par rapport aux obstétriciens qui se réservent les accouchements dits « pathologiques » et leur laissent la routine des cas dits « normaux ». Dans un contexte caractérisé par la pénurie de moyens et personnels des hôpitaux publics, l'extension de leurs domaines d'attribution se traduit par un alourdissement de leur charge de travail et une dégradation de leurs conditions de travail, d'autant plus qu'elle est concomitante d'un déclin du nombre de médecins, ce qui conduit nombre d'entre elles à penser que cet élargissement de leur rayon d'action n'est pas synonyme d'amélioration de leur statut mais simplement de leur utilisation comme palliatif à la pénurie de médecins, voire comme « bouche-trou » et main d'œuvre bon marché.

Ces ambiguïtés sont poussées à leur comble dans le cadre de la juridiction de l'avortement. L'interruption volontaire de grossesse se décompose en une série d'actes qui peuvent être selon le cas effectués par des professionnel.les divers.es. Les conseillères conjugales et familiales, notamment celles du Planning Familial, peuvent mener les consultations de recueil de la demande, les radiologues et manipulateurs.trices en radiologie médicale peuvent réaliser l'échographie de datation de la grossesse, les médecins généralistes et gynécologues médecins peuvent recueillir le consentement à l'intervention, etc. Les sages-femmes disposent ainsi d'une juridiction partagée avec d'autres groupes professionnels. Au cours des vingt ou vingt-cinq dernières années, le recours à la voie médicamenteuse, par administration de mifegyne pour interrompre la grossesse puis de misoprostol pour expulser les débris, est devenue la méthode la plus fréquemment utilisée, passant de quelque 15 % des avortements en 1995 à près de 80% de nos jours<sup>19</sup>. La généralisation de cette méthode s'est accélérée avec les confinements liés à l'épidémie de Covid, car elle est compatible avec les consultations en visioconférence et la prise de comprimés par la patiente elle-même, sous suivi médical. Là encore, les sages-femmes ont vu s'élargir leur champ d'intervention, avec l'autorisation de à procéder à l'IVG médicamenteuse en 2016 et même à l'IVG instrumentale en 2021. Là encore, elles ont conscience d'être sollicitées pour pallier la pénurie de médecins,

---

<sup>19</sup> Annick Vilain, « Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022 », DREES, *Études et résultats*, n° 1281, septembre 2023.

d'autant plus criante que la loi permet aux professionnels de santé de faire intervenir une clause de conscience et de refuser de pratiquer les avortements. De ce fait, les configurations locales peuvent être très diverses, et le manque de professionnels et équipements médicaux disposés à pratiquer l'IVG devient un grave problème d'inégalités territoriales d'accès aux soins, avec de vastes zones où aucune possibilité n'existe. Les prérogatives accordées aux sage-femmes visent clairement à augmenter un tant soit peu l'offre de soins en ce domaine.

Ainsi, la juridiction de l'avortement présente des caractéristiques bien particulières. Certes, elle comporte un certain nombre de restrictions, sans quoi elle ne pourrait être considérée comme une juridiction, mais aucun groupe professionnel ne dispose d'un accès exclusif à l'ensemble des tâches, et, surtout, aucun de ceux qui en sont partie prenante n'en revendique le monopole. Bien au contraire, les activités concernées sont évitées ou refusées par nombre de professionnel.les et considérées par la plupart comme du sale boulot. Pourtant, il existe un segment de la profession des sages-femmes qui place l'IVG au centre de son mandat au nom d'une conception féministe et militante de l'engagement professionnel. Il s'agit des sages-femmes regroupées au sein de l'Association nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO), qui font de la défense du droit à l'IVG le cœur de leur activité d'orthogénie<sup>20</sup>. Un segment minoritaire d'une profession marginalisée au sein du noyau central place ainsi au cœur de son mandat professionnel, au nom des convictions féministes dont il se réclame, une activité périphérique car délaissée ou rejetée par la plupart des praticien.nes des professions médicales.

### **Une vertu kaléidoscopique**

Nous avons pu constater que le modèle centre-périphérie semble certes adéquat pour étudier le monde professionnel de la santé, mais qu'il demande à être relativisé dans deux de ses dimensions majeures. D'une part, la dépendance de la périphérie envers le centre s'avère relative lorsqu'on replace cet espace professionnel dans le contexte historique de la formation de la dominance médicale, les professions médicales n'ont pu se placer en position centrale qu'en composant avec les praticiens et intervenants qui les entouraient, notamment les « empiriques » et les soignants religieux, avant de parvenir à conquérir leur monopole et de

---

<sup>20</sup> Myriam Borel, « Le renouveau des luttes définitionnelles de la juridiction des sages-femmes au prisme des recompositions des politiques de prise en charge de l'IVG », Thèse de sociologie, Dijon, 2023 ; « Engagement des sages-femmes dans l'activité d'orthogénie : une expertise médicale, féminine ou féministe ? », in *Éléments pour une sociologie du genre de la santé*, Maud Navarre, Lucile Girard et Georges Ubbiali [dir.], Territoires contemporains - nouvelle série [en ligne], 2 mars 2022, n° 16, disponible sur : <http://tristan.u-bourgogne.fr/CGC/prodscientifique/TC.html>

satelliser autour d'eux les professions dites para-médicales. D'autre part, la logique radiale du modèle est sujette à discussion, car, nous l'avons vu, le rapport de centralité se prête à de nombreux renversements, des aspects de centralité apparaissent dans les positions d'extrême périphérie, et des signes de marginalité se manifestent au sein des professions du noyau central. Ces deux constats sont compréhensibles à la lumière de ce que nous avons noté au début de ce texte au sujet de la santé en tant que construction sociale : les conceptions « périphériques » de la santé, extérieures à celle de la médecine, coexistent avec elle et suivent leur dynamique propre. Une analyse convergente émane du Royaume-Uni, où médecine « orthodoxe » et médecine « alternative » paraissent liées l'une à l'autre comme les deux faces d'une même médaille, et l'on peut noter des formes d'influence réciproque, la première intégrant des pratiques empruntées à la seconde (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, hypnose.) et cette dernière tendant à s'organiser en reprenant certains traits de professionnalisation imités des professions médicales<sup>21</sup>. Le modèle radial, fondé sur l'image d'une roue dont le centre constituerait la source motrice entraînant les autres parties, ne s'applique donc pas vraiment aux praticiens de la santé, du moins dès qu'on s'écarte des professions para-médicales satellisées autour de la médecine.

Faut-il pour autant rejeter ce modèle ? Il est vrai qu'on le juge parfois périmé dans les domaines de la géographie ou de l'économie qui penchent de plus en plus vers le modèle réticulaire<sup>22</sup> ? Cela n'est pas si sûr dans le cas du monde professionnel de la santé. Sa caractéristique la plus notable est la réversibilité du motif centre-périphérie, aussi massivement et significativement présente au centre que dans les zones éloignées. On serait tenté de le comparer à ce dispositif de jeu appelé *flipper* dont le principe consiste à provoquer le maximum de rebonds d'une bille projetée d'un plot électrique à un autre avant qu'elle ne finisse par disparaître au bas d'un plan incliné, la bille étant ici le raisonnement qui rebondit d'un renversement de perspective centre-périphérie à un autre. Le mérite essentiel du modèle n'est pas tant de décrire ou de permettre de prédire l'état de la configuration des relations entre groupes professionnels que de se prêter à faire ressortir des situations ambiguës, contradictoires avec son principe, mais qui ne prennent sens qu'en référence à lui. Peut-être pourrait-on dire qu'à ce titre le motif centre-périphérie a des vertus kaléidoscopiques : il se répète, se décale,

---

<sup>21</sup> Mike Saks, « Bringing together the orthodox and alternative medicine in health care », *Complementary Therapies in Medicine*, 2003, n° 11, p. 142-145.

<sup>22</sup> Gérard-François Dumont, « Territoires : le modèle « centre-périphérie » désuet », *Outre-Terre*, vol. 51, no. 2, 2017, pp. 64-79.



s'inverse, se reflète en une infinité de compositions, et invite à se lancer sur la piste des singularités, des nuances, des formes de complexité et des configurations inattendues du monde professionnel de la santé.

## Le travail de nettoyage à l'hôpital : les apories de l'externalisation

Anne Catherine Wagner<sup>1</sup>, Hugo Bret<sup>2</sup>, Delphine Serre<sup>3</sup>

Nettoyer, assainir, désinfecter : autant de tâches cruciales dans un hôpital. Le bionettoyage qui désigne l'ensemble des opérations réalisées pour assainir un environnement, réduire les micro-organismes et éviter des contaminations ou des infections par des maladies nosocomiales est désigné, dans une publication du ministère français de la Santé et de la Prévention, comme un maillon essentiel de la chaîne de soin<sup>4</sup>. Les différentes catégories de salariés chargés de ce travail sont pourtant rarement prises en compte dans les études portant sur l'univers hospitalier. Ils ne font pas partie du personnel médical ou paramédical, et occupent une place marginale au sein des métiers de l'administration hospitalière. Les nettoyeurs et les nettoyeuses n'ont pas été mentionnés au moment où le Président de la République française, en pleine crise sanitaire, célébrait le dévouement des travailleurs de première ligne, « nos médecins, soignants, infirmières, aides-soignantes, ambulanciers, secouristes, nos militaires, nos pompiers, nos pharmaciens qui ont donné toute leur énergie pour sauver des vies »<sup>5</sup>.

Cette invisibilité s'explique en partie par le statut dévalorisé du nettoyage par rapport au travail des soignants. À l'hôpital comme ailleurs, comme le notait Jean Peneff, « le contact avec la saleté est un critère essentiel pour évaluer la position hiérarchique et les différences de statut (...) le degré de souillure auquel on est exposé dépend exactement de la position hiérarchique »<sup>6</sup>. Les agents de service hospitaliers et les agents d'entretien sont, de ce point de vue, tout au bas de la hiérarchie des professions.

Leur marginalisation est accrue par l'évolution du secteur de la propreté. Les salarié.es du nettoyage sont en effet, pour une partie croissante d'entre eux, au cœur du processus d'externalisation des tâches non qualifiées considérées comme périphériques qui se développe depuis les années 1970, aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public. Le recours à la sous-traitance est justifié par un motif d'efficacité économique, c'est-à-dire de réduction

<sup>1</sup> CESSP, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne [anne-catherine.wagner@univ-paris1.fr](mailto:anne-catherine.wagner@univ-paris1.fr)

<sup>2</sup> Cerlis, Université Paris cité

<sup>3</sup> Cerlis, Université Paris cité

<sup>4</sup> <https://youtu.be/Hnx5DwfYDJo>

<sup>5</sup> Discours du président Emmanuel Macron, 12 avril 2020.

<sup>6</sup> Jean Peneff, *L'Hôpital en urgence*, Paris, Métailié, 1992, p. 59-61.

des coûts salariaux grâce à la logique de substitution d'un contrat commercial à la subordination salariale et à ses protections<sup>7</sup>. Aujourd'hui dans un contexte où l'hôpital public en France est enjoint de réaliser des économies tout en augmentant sa « productivité »<sup>8</sup>, la plupart des hôpitaux ont externalisé une grande partie, voire la totalité de l'activité du nettoyage, et de plus en plus souvent de l'hôtellerie (la préparation des plateaux-repas des malades). L'hôpital, via son service logistique, passe un contrat avec une entreprise de propreté, qui est l'employeur des agents de nettoyage. Le marché fait l'objet d'un appel d'offres tous les quatre ou cinq ans, et les agents changent donc régulièrement d'employeurs.

Les nettoyeurs et nettoyeuses externalisés ne font pas officiellement partie du personnel de l'hôpital, même si, dans les faits, ils sont quelquefois très anciens sur les lieux, du fait d'une spécificité conventionnelle du secteur qui prévoient que les contrats de travail puissent être transférés d'une entreprise à l'autre en cas de changement de prestataire, ce qui permet aux salarié·es de rester sur leur site<sup>9</sup>.

Cette mise à distance du personnel de nettoyage n'est pas sans contradiction dans un espace, comme l'hôpital, où l'hygiène occupe une place centrale. La crise sanitaire liée au Covid-19 est venue exacerber certaines des tensions et contradictions liées à cette marginalisation. Elle conduit à réinterroger la nature des frontières entre personnel soignant et non soignant, entre personnels internes et externes. Loin d'être figées, ces frontières apparaissent poreuses et mouvantes ; elles font l'objet de luttes entre des groupes sociaux et professionnels aux intérêts contrastés.

Pour le montrer, nous nous appuyons sur un matériau réuni lors d'une enquête collective plus large, démarrée en 2021, qui interroge les effets de la crise sanitaire sur le secteur de la propreté<sup>10</sup>. Dans ce cadre, 21 entretiens ont été réalisés avec des agents de nettoyage, des

---

<sup>7</sup> Corinne Perraudin, Nadine Thévenot, Bruno Tinel, Julie Valentin (2007), « La sous-traitance comme moyen de subordination réelle de la force de travail », *Actuel Marx*, n°41, p.153-164.

<sup>8</sup> Fanny Vincent, « Rationaliser la gestion par le temps. L'autre histoire de l'hôpital public », *Sociologie du travail*, Vol. 63 - n° 2, 2021 ; Belorgey, N., *L'Hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public » à l'hôpital*, Paris, La Découverte, 2010.

<sup>9</sup> L'article 7 (anciennement annexe 7) de la convention collective, intitulé « Conditions de garantie de l'emploi et continuité du contrat de travail en cas de changement de prestataire », spécifie que l'entreprise obtenant un marché de nettoyage doit reprendre le personnel correspondant. Cela concerne les salariés qui travaillent sur le site en CDI depuis plus de six mois et qui font plus de 30% de leur temps de travail sur ce site.

<sup>10</sup> BRET Hugo, SERRE Delphine et WAGNER Anne Catherine (2022), « Le travail de nettoyage en pandémie. La mise à l'épreuve d'une relation d'emploi triangulaire » Rapport pour la DARES dans le cadre de l'appel à projet : « Quels impacts de la crise sanitaire liée à la Covid-19 sur le marché du travail ? », <https://dares.travail->

syndicalistes, des cadres et employeurs des sociétés de propreté et des responsables de la logistique travaillant sur cinq sites hospitaliers en France, auxquels s'ajoutent des observations et échanges informels.

On analysera d'abord les différents ressorts de la marginalisation des personnels de nettoyage, avant de montrer comment les agents revendiquent, malgré cela, leur appartenance au milieu hospitalier, source d'une valorisation professionnelle et symbolique, remettant ainsi en cause l'opposition entre le centre et les marges.

### **Le nettoyage à l'hôpital : de la marginalisation à l'externalisation**

Plusieurs mécanismes concourent à l'infériorisation des différents acteurs chargés du nettoyage et plus particulièrement des nettoyeurs et nettoyeuses, tenant à la fois au contenu de leur travail et à leur situation d'emploi.

#### *Au bout de la chaîne de la délégation du « sale boulot »*

Le travail d'Anne-Marie Arborio sur l'histoire du personnel secondaire des hôpitaux retrace bien le mouvement progressif de clôture des professions au moyen d'un processus de délégation en chaîne du « sale boulot » aux personnels subalternes : au XVIIIème siècle, le nettoyage des locaux faisait partie de la liste des « devoirs domestiques des infirmiers »<sup>11</sup>. L'idée d'une spécificité du personnel soignant émerge progressivement et se traduit, au début du XXème siècle, par la distinction entre personnel servant et personnel soignant. La catégorie d'aide-soignante est inventée pour prendre en charge des tâches domestiques autrefois réservées aux infirmières. En dessous d'elles, les ASH, agents de services hospitaliers sont chargés des tâches les plus matérielles comme l'entretien des locaux : ils ne participent pas aux soins aux malades et aux personnes hospitalisées ou hébergées<sup>12</sup>. L'hygiène et le confort du malade (toilette, installation pour les repas...), ainsi que l'environnement du patient qui désigne tout ce que touche le patient alité, sont dissociés de l'hygiène de l'environnement matériel (nettoyage et désinfection de la chambre). Aides-soignantes et ASH sont socialement proches au sein des classes populaires, mais les premières se distinguent parce qu'elles sont au contact direct des malades ; elles ont aussi une grille indiciaire plus favorable. La frontière entre les deux métiers

---

[emploi.gouv.fr/sites/default/files/37169951a36fb95c4f55c91f47c93fa1/RE%20n%C2%B047\\_Impacts%20du%20Covid%20sur%20le%20MT\\_Rapport\\_Cerlis.pdf](https://emploi.gouv.fr/sites/default/files/37169951a36fb95c4f55c91f47c93fa1/RE%20n%C2%B047_Impacts%20du%20Covid%20sur%20le%20MT_Rapport_Cerlis.pdf)

<sup>11</sup> Anne-Marie Arborio, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, 2001, p. 20.

<sup>12</sup> Décret n°89-241 du 18 avril 1989 portant statut particulier des aides-soignants et des agents de services hospitaliers de la fonction publique hospitalière, *Journal Officiel* du 19 avril 1989.

n'est cependant pas figée, ne serait-ce que parce que le grade d'aide-soignante a longtemps été l'étape ultime de la carrière de nombreuses ASH.

Depuis le début des années 2000, la part des ASH dans les effectifs des hôpitaux français se réduit continûment, ce qui traduit en partie un processus de qualification du personnel et de reclassement des ASH<sup>13</sup>. Mais cette évolution est surtout le signe de l'ampleur du processus d'externalisation du nettoyage. Dans certains hôpitaux, les ASH ne sont maintenus que dans les secteurs sensibles ou stratégiques (comme les zones à hauts risques, le bloc opératoire, l'IRM...); en dessous d'eux un personnel externalisé, employé par une entreprise de propreté, prend en charge le nettoyage « ordinaire ». D'autres établissements ont externalisé l'intégralité du nettoyage. Une responsable logistique se souvient ainsi de son « émotion » quand il a fallu pousser au départ quelques 200 agents :

Comment ça s'est passé ? Ça s'est passé avec pas mal d'émotion quand même parce que quand on voit son équipe... Mais ça a permis – et c'est là où on est content – à certains agents qui étaient restés sur le même travail pendant x années, d'évoluer ailleurs. Franchement, c'est vrai que parfois, il y a besoin de ça pour booster un peu les gens. Certains agents ont pu passer le concours d'aide-soignant, le concours d'infirmier, ont pu devenir secrétaires hospitalières, voilà, il y a des choses comme ça qui ont très bien évolué, et d'autres qui sont restées dans la même fonction mais sur d'autres hôpitaux (...) Il a fallu recaser tout le monde, je crois qu'on était 200 à peu près. (Responsable adjointe de la logistique, hôpitaux groupe 1).

L'externalisation est justifiée par des raisons financières : l'idée courante est qu'il est moins coûteux de sous-traiter cette prestation que d'assurer la rémunération, la formation et la promotion d'un personnel interne<sup>14</sup>. Elle permet aussi, comme l'explique un directeur de logistique d'un autre hôpital, de reporter sur un autre employeur la gestion de travailleurs et

---

<sup>13</sup> La part des ASH salariés baisse de 8,2% dans le secteur hospitalier public entre 2013 et 2018 (DRESS, « Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier », *Les établissements de santé*, 2021, p. 39)

<sup>14</sup> Ce point est contesté par les économistes qui prennent en compte l'ensemble des dimensions du coût de l'externalisation. Voir François-Xavier Devetter et Julie Valentin, *Deux millions de travailleurs et des poussières. L'avenir des emplois du nettoyage dans une société juste*, Paris, Les petits matins, 2021.

travailleuses « compliqués à piloter », souvent immigrés, dont les conditions de travail sont difficiles, le salaire bas et les absences – pour raisons de santé ou de grève - fréquentes.

Dans les années 1990, c'était la grande mode de l'externalisation, on externalisait tout. Et par ailleurs, quand c'étaient des équipes de fonctionnaires, c'étaient quand même des équipes très compliquées à piloter, qui ne fonctionnaient pas très bien, avec des climats sociaux compliqués, des revendications, beaucoup d'arrêts de travail, etc., d'addictions et ça ne marchait plus (...) C'est très difficile de recruter, ça ne paye pas bien, avec des contextes sociaux hyper compliqués, et puis des problématiques de langues, de plein de choses qu'on ne gèrerait pas bien. (Directeur de la logistique, hôpitaux 2).

L'externalisation est le moyen de refouler juridiquement hors de la collectivité des salariés hospitaliers une population qui était déjà perçue comme étrangère, voire déshumanisée, comme pourrait l'attester ici l'emploi des tournures impersonnelles pour désigner ces agents. Une autre responsable de la logistique se félicite ainsi d'avoir trouvé, grâce à l'externalisation, le moyen de limiter les effets des mobilisations de nettoyeurs. Elle a fait inscrire, dans le contrat avec la société de nettoyage, une clause imposant la recherche de remplaçants en cas de grève. La réduction de ces différents coûts rendue possible par l'externalisation a ses contreparties : les enquêtes sur le nettoyage attestent des conditions de travail dégradées et des infractions fréquentes à la législation du travail dont sont victimes de nombreux salarié.es des entreprises de nettoyage<sup>15</sup> ; des études établissent ainsi le lien entre l'externalisation du nettoyage et la dégradation de la qualité de la prestation et le développement de maladies nosocomiales<sup>16</sup>.

#### *La frontière sans cesse rappelée avec les soignants*

Ces agents externalisés ne sont pas toujours bien accueillis quand ils arrivent à l'hôpital. Alors que les ASH font partie de l'institution, ces personnels venus de l'extérieur, souvent

---

<sup>15</sup> Voir F.X. Devetter et J. Valentin, *op. cit.* ; Cristina Nizzoli, *C'est du propre ! Syndicalisme et travailleurs du « bas de l'échelle » (Marseille et Bologne)*, Paris, PUF, 2015 ; Nathalie Benelli, *Nettoyeuse. Comment tenir le coup dans un sale boulot ?* Zurich, Éditions Seismo, Coll. Questions de genre, 2012 ; et, au-delà du cas du nettoyage, Elisabeth Algava et Selma Amira, « Sous-traitance : des conditions de travail plus difficiles chez les preneurs d'ordres », *Dares Analyses*, n°11, 2011.

<sup>16</sup> Zuberi, D., *Cleaning Up : How Hospital Outsourcing is Hurting Workers and Endangering Patients*. Ithaca: Cornell University Press. 2013 ; Bertrand Pauget, Mathieu Cabrol, et Jérôme Lartigau. « L'externalisation dans le système de santé français : éléments d'explication d'un tabou », *Recherches en Sciences de Gestion*, vol. 88, no. 1, 2012, p. 55-71.

d'origine étrangère, sont perçus comme une menace pour les emplois internes. Comme l'analysait déjà Philippe Bataille, dans une conjoncture où la fonction publique se sent menacée par des réductions d'effectifs, toutes les incursions du secteur privé dans ses tâches aggravent le climat de suspicion qui pèse sur les personnels hors statut, dont la présence est mal acceptée<sup>17</sup>.

Quand le prestataire privé est arrivé, les soignants ont réagi comme ça : « Ils ont pris la place de nos collègues ». C'était assez vexant. Certains (agents de nettoyage) ont été mal reçus par les soignants, par l'équipe médicale parce que pour eux, on avait dit aux agents AP-HP « tu t'en vas, on accueille du privé ». C'est vrai que quand on travaille à l'AP-HP, on se dit « on doit être à 100 % AP-HP quelque part », mais ce n'est pas le cas, ce n'est plus le cas, il a fallu faire avec. Et du coup, j'ai eu énormément de mal à faire en sorte que le personnel de l'entreprise de nettoyage se mêle pendant la pause. J'ai vu un agent manger dans l'office alimentaire. Déjà c'est interdit : c'est là où on chauffe les plateaux. Pourquoi vous mangez là ? Parce qu'eux mangent à côté. Bah non, vous allez manger à côté. On a du mal, mais après le lien arrive... parce que l'agent discute avec les soignants, etc. (Responsable adjointe de logistique, hôpitaux 1).

La frontière entre les personnels est tracée par le contenu de leur travail. Les agents de nettoyage n'ont accès qu'au monde des choses matérielles et non au monde de choses humaines : ils n'ont pas de contact direct avec le corps du patient. Cet interdit leur est régulièrement rappelé.

Demander à un agent de faire une toilette, ce n'est pas possible. Faire un lit, bon on pourrait le faire mais faire une toilette... Parce qu'il y a quand même des gestes à apprendre, ne serait-ce que pour soulever un patient. Nous, on leur dit « Si vous avez un patient qui tombe, si vous avez un patient qui vous demande un oreiller, ne le faites pas, vous allez voir le soignant ». On ne sait pas si le patient n'a pas été opéré au niveau des cervicales par exemple.

---

<sup>17</sup> Philippe Bataille, *Le Racisme au travail*, Paris, La Découverte, 1997, p. 84. L'auteur retrace, dans un hôpital, un conflit racial qui éclate entre le personnel à statut et des femmes de ménage turques et maghrébines qui travaillent pour une entreprise de nettoyage prestataire de service. Les tensions provoquent une bagarre et une blessée. Face au dépôt de plainte, la direction de l'hôpital décide de ne plus recourir à des sous-traitant et de réembaucher du personnel à statut.

Même de l'eau, un patient demande à boire, vous ne donnez pas. C'est pour ça qu'on ne peut pas remplacer un soignant » (Responsable de site, hôpital 1 bis).

La division du travail de nettoyage entre agents et aides-soignantes suit ainsi des règles subtiles : quand un patient sort, le service des aides-soignants fait la désinfection des lits et des chaises (qui ont été en contact avec le corps du patient) ; les agents rentrent ensuite nettoyer les murs, les vitres et le sol. Dans une chambre occupée, c'est l'aide-soignante qui nettoie la table du repas et la table de chevet, parce qu'on peut y trouver les affaires personnelles du patient, ou ses médicaments que les agents de nettoyage ne doivent pas toucher. Le service des repas est organisé selon le même principe : la commande du repas incombe aux soignants, les agents équipés de chariots vont chercher les plateaux-repas à la cuisine centrale ; ils les font chauffer et les apportent dans les chambres ; les aides-soignantes installent les malades et les font manger<sup>18</sup>. Selon les situations et les personnes, des arrangements peuvent être trouvés, ils sont toujours soumis au bon vouloir du personnel soignant.

C'est une histoire de personnes. Par exemple un patient va renverser son verre d'eau ou son café, les soignants qu'est-ce qu'ils vont faire ? Certains vont prendre le papier essuie-mains et vont essuyer alors que d'autres vont (appeler l'agent) ... même si là-bas il est en galère. Vous voyez ce que je veux dire ? Tout dépend de la mentalité de la personne. (Responsable adjointe de logistique, hôpitaux groupe 1).

Si cette distinction n'est pas en elle-même liée à l'externalisation, elle se durcit quand elle oppose aussi deux catégories de salariés dont les employeurs sont différents. Si le métier d'aide-soignante continue d'être perçu par certaines enquêtées comme une issue possible, dans les faits, les salarié.es des sociétés de nettoyage n'ont plus l'accès aux formations internes et aux possibilités de promotion qui étaient la règle pour les ASH.

Cette barrière avec le monde du soin concerne aussi leurs supérieurs : les chefs d'équipe et les responsables de site employés par l'entreprise de nettoyage pour organiser et contrôler le

---

<sup>18</sup> Anne-Marie Arborio, « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot », dans Didier Demazière éd., *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. Paris, La Découverte, « Recherches », 2009, p. 57.



travail des agents n'ont pas le droit de parler avec les patients. En cas de doute sur le travail des agents, ils ne peuvent prendre directement à témoin les personnes hospitalisées.

Un jour, la cliente (cadre de la logistique de l'hôpital) avait dit que mon agent n'avait pas fait la chambre d'un patient. Je savais que la chambre avait été faite, mais je ne pouvais pas le prouver, parce que nous n'avons pas à parler aux patients. Mais j'ai dit à la cliente de demander au patient et le monsieur a confirmé que mon agent était bien passé. (Responsable de site, hôpital 1)

La distance entre les différentes catégories de personnel est matérialisée dans l'espace : dans tous les hôpitaux que nous avons enquêtés, les locaux réservés aux personnels de nettoyage (agents et cadres) sont situés au sous-sol. Les vestiaires, la lingerie, la salle de pause et les bureaux des cadres sans fenêtre se succèdent le long de couloirs sombres aux murs bruts, où l'on ne croise que le personnel de nettoyage, et où certains cadres de l'hôpital disent ne pénétrer qu'avec une certaine appréhension.

Souvent, les agents de nettoyage n'ont pas le droit d'utiliser les salles de pauses aux étages, réservées aux soignants ; il arrive même qu'ils aient interdiction d'utiliser les ascenseurs réservés aux médecins et visiteurs. Ils n'ont pas non plus la même blouse blanche marquée du logo de l'hôpital : la leur est marquée du nom de leur employeur, venant rendre visible leur extériorité par rapport à l'univers médical.

### **La contestation d'une position marginale sur plusieurs fronts**

En dépit de tous ces dispositifs visant à marginaliser leur travail, les agents revendiquent leur place dans l'hôpital, source de valorisation professionnelle. Comme d'autres petits personnels de l'hôpital, ils peuvent tirer un bénéfice symbolique à la participation à une activité noble, au partage d'un même espace de travail avec des personnels dotés de prestige. Ils sont plusieurs à évoquer ces « grands professeurs » qui leur parlent avec humanité, ou encore ces patients célèbres qui ont tenu à les remercier et à leur offrir un cadeau, au même titre que les soignants, à l'issue de leur séjour. La crise sanitaire a été un moment important dans cette quête de reconnaissance. À partir de mars 2020, les hôpitaux ont connu un surcroît d'activité qui a eu

des répercussions fortes sur l'activité des soignants<sup>19</sup> mais aussi sur le travail des agents de nettoyage. Plusieurs registres sont alors mobilisés pour faire valoir leur intégration de fait à l'univers médical.

### *L'hôpital comme source de valorisation professionnelle*

La valorisation du travail à l'hôpital n'est pas sans fondement. Dans le métier du nettoyage, le secteur hospitalier a un statut spécifique. Il requiert un personnel un peu plus éduqué que la moyenne, qui doit savoir lire (les instructions concernant la préparation des repas notamment), et qui a bénéficié d'une formation spécifique en bionettoyage. Cette formation porte sur les notions de risque infectieux et présente les notions de microbiologie et micro-organismes, elle est généralement faite par les cadres de logistique de l'hôpital. Le plus souvent, elle a peu de répercussions sur les salaires perçus, mais elle est valorisée par les agents et par leurs cadres. Ils mettent en avant tout un savoir pratique de l'hôpital, la connaissance des chambres à risques, de l'ordre dans lequel il faut circuler pour limiter les risques de contamination, qui font partie des compétences requises en milieu hospitalier.

C'est une responsabilité. Il faut connaître les tâches, les services, la fonctionnalité des services. Ce n'est pas les mêmes prestations qu'on donne selon les étages, ce n'est pas la même chose qu'on donne en médecine interne, en gastro au cinquième, en néphrologie au septième. ... Par exemple, elle fait la chambre 1 mais pas la 2 ensuite parce qu'elle est BHR (bactérie à haut-risque). Ou elle est en « claustrerie », je dois la servir en dernier. Parce que je dois me mettre en tenue, mettre la blouse et lui donner. Tu ne peux pas sortir de là et entrer chez un autre patient. Si tu fais ça, ce geste-là, tu peux transmettre un microbe d'une salle à une autre. (Responsable de site, Hôpital 1)

La pandémie a intensifié le travail des agents, notamment en termes de fréquence et de surfaces de désinfection, et a rendu d'autant plus crucial le respect de ces consignes. Les personnes enquêtées ne mettent pas seulement en avant ces compétences techniques, elles soulignent aussi la force morale qui est nécessaire pour travailler dans un hôpital, notamment

---

<sup>19</sup> Maud Gelly et Alexis Spire, « Soigner sans compter. Les agents de l'hôpital public face à l'épidémie de Covid-19 », *Revue française des affaires sociales*, n°4, 2021, p. 15-34.

dans une période de pandémie : elles ont dû surmonter leur peur, affronter la vision de nombreux morts. Une nettoyeuse se souvient ainsi avoir failli « mourir de peur »

J'ai failli mourir. De peur ! (Elle rit). J'ai fait 18 de tension. J'avais pas de covid, mais tous les symptômes (...) L'étage était que des covid ça travaille dans la tête ! J'ai descendu voir le médecin du travail, j'ai dit j'ai le covid, il m'a pris la tension, 18 : ça va pas. Et le cœur aussi ça n'allait pas. Dans ma tête, j'ai dit... Parce que je suis asthmatique, je me dis : je suis morte (...) On parlait que de ça ! Je rentrais ça dans ma tête, je dormais avec ça. Covid, covid... (Nettoyeuse, hôpital 1B)

La rareté des candidats au nettoyage dans les hôpitaux dit bien la sélectivité morale de ces affectations, qui supposent indéniablement une certaine dose de courage et de dévouement, notamment dans les zones où les malades sont nombreux (« Faut avoir des tripes » selon la chef de site du nettoyage d'un hôpital francilien).

En tant que chef d'équipe, et les collègues en tant que responsables encadrants, on était réellement dans la merde pour répondre à la prestation parce qu'on était en manque de personnels et plus personne ne voulait venir (...) Je trouvais des remplaçants mais dès que ça parlait d'hôpital, c'était terminé, les gens ne voulaient pas venir. Il faut dire quand même que nous, en tant qu'agents, on est quand même en contact indirectement avec les patients, dans les couloirs tout simplement, pas dans les chambres, mais ce qu'on voyait régulièrement passer devant nous, c'étaient des brancards avec des décès, devant nous. Ils traversaient les couloirs, ce n'était que ça. C'est pour ça qu'automatiquement, ça refroidit la personne qui veut travailler mais qui ne veut pas travailler à l'hôpital à cause de ce problème-là. (Chef d'équipe, hôpital 1 B).

#### *Faire reconnaître la place du nettoyage dans la chaîne du soin*

Si les agents valorisent leur travail à l'hôpital, c'est parce qu'ils ont le sentiment de participer, à leur manière, au travail de soin. Ils font valoir leur rôle dans la prévention des

maladies<sup>20</sup>, rôle dont l'importance est bien apparue au moment de la crise sanitaire. Une cadre analyse la place des nettoyeurs à l'hôpital d'une manière qui n'est pas sans évoquer la définition que donnait Émile Durkheim de la solidarité organique, fondée sur l'interdépendance des individus occupant des fonctions différentes, et sur leur conscience de participer ensemble à une œuvre commune<sup>21</sup> :

On met en avant les soignants mais il y a tout le côté logistique derrière. Si eux ne sont pas là, ça ne tourne pas. En fait, c'est une chaîne, l'hôpital c'est une chaîne. Ok il y a le chirurgien, il y a le médecin, etc. mais eux, là-haut, sans nous il n'y a rien. Quand je forme un agent, je dis à l'agent « pourquoi on vous demande d'avoir un nettoyage exemplaire et optimal ? Parce que là-haut on a un chirurgien qui opère, on a un médecin qui va soigner, on a une infirmière qui va faire un pansement mais si eux réussissent... que le patient arrive dans sa chambre et que sa chambre n'est pas désinfectée correctement, qu'est-ce qui va se passer ? Le patient va attraper une bactérie. L'opération du chirurgien risque alors de rater parce qu'il faudra que le patient repasse au bloc ou alors il va attraper de la fièvre et parfois ça peut aller jusqu'à la mort ». Il faut faire très attention. Eux sont utiles, nous on est utiles, mais vous, vous êtes utiles aussi. Sans vous, tout peut rater. On est une chaîne. C'est tout une chaîne et nous, on fait partie de cette chaîne (cadre de la logistique, hôpitaux groupe 1).

Cette cadre, elle-même ancienne aide-soignante, est très mobilisée pour faire reconnaître la valeur des agents de nettoyage, contre le mépris du corps médical ; elle n'hésite pas à remettre en cause la hiérarchie entre celles qui s'occupent des corps et celles qui s'occupent des choses matérielles, associées toutes deux au traitement des déjections.

Il y a vraiment des personnes qui prennent l'agent de nettoyage pour... Parce que je fais partie du médical donc je suis un peu supérieur à toi. Il y a un peu de ça. J'ai déjà vu des soignants parler mal à un agent de nettoyage en disant « vas-y, tu peux nettoyer là ». Non, non. Qu'est-ce que tu as de plus ?

---

<sup>20</sup> Karen Messing, « Hospital trash : Cleaners speaks of their role in disease prevention », *Medical Anthropology Quarterly*, 12 (2), 1998, p. 168-187.

<sup>21</sup> Émile Durkheim, *De la division du travail social*, Paris, PUF, 1892.

Tu as un concours d'aide-soignant, ok. Je vais dire ce que je pense clairement. Ok, mon agent nettoie les toilettes mais toi tu fais quoi ? Tu fais la toilette des patients, tu nettoies bien les fesses des patients ? La différence n'est pas si énorme que ça en fait. Donc je me dis qu'il y aurait toujours des gens qui se considèrent supérieurs à d'autres et d'autres pas (cadre de la logistique, hôpitaux groupe 1).

Contre le principe de la division du travail qui leur dénie le contact avec les malades, les enquêtés mettent en avant les contacts quotidiens avec « leurs » patients, qui donnent sens à leur travail.

C'est un beau métier. Dès que tu rentres dans une chambre, les patients, il y en a, ils ont envie de parler, ils ont besoin de parler, parce que ça fait des mois qu'ils sont enfermés. L'hôpital c'est un autre monde, hein. C'est pour ça je dis, c'est beau ces métiers-là. Parce que t'es là, tu rends service. Tu donnes à manger, tu nettoies sa chambre, c'est l'un des plus beaux métiers (Agent de nettoyage, hôpital 1).

En restituant son enquête auprès des nettoyeuses d'un établissement médico-social pour personnes âgées, Natalie Benelli propose ainsi le concept de « nettoyage de care » : de nombreuses personnes disent mettre en œuvre, dans le cadre de leur travail, des pratiques de care, au sens d'un lien émotionnel, souvent réciproque, avec les pensionnaires et de petits services rendus. Les relations avec les résidents sont perçues comme une récompense gratifiante de leurs efforts<sup>22</sup>.

Ce rôle social a été accru pendant la période de pandémie où les malades ne pouvaient plus recevoir de visites. Plusieurs enquêtés se souviennent avoir prolongé le temps du ménage dans les chambres parce qu'ils étaient émus de la solitude des patients. Les contagions à l'hôpital sont d'ailleurs quelquefois directement liées au dévouement et à l'investissement des agents de nettoyage, qui sortent de leur rôle pour répondre à des demandes de malades, comme le raconte cette cheffe de secteur :

---

<sup>22</sup> Natalie Benelli, *op. cit.*, p. 47-87.

La dernière qui l'a eu (le Covid), juste avant je passe la voir, elle est comme ça (elle mime), complètement penchée sur le lit tout près de la patiente covidée en train de lui ouvrir un pot de confiture. Après, il ne faut pas s'étonner... (Cheffe de secteur, hôpital 1 bis).

Les nettoyeurs et nettoyeuses témoignent d'un fort sentiment d'utilité en cette période de pandémie. La « fierté » d'avoir été confronté directement à la pandémie en remplissant une mission essentielle peut faire oublier les risques encourus en venant travailler<sup>23</sup>.

J'étais très fière. Ouais. J'étais très fière [émue]. Parce que, je me dis que j'ai affronté quelque chose, je me sentais.... Nécessaire quoi. Je me sentais vraiment nécessaire (...). Quand on me demandait « Ah toi tu travaillais dans quoi ? », « Je travaille à l'hôpital ». Ça me faisait plaisir de dire que je travaillais à l'hôpital. Et puis, la famille au pays qui m'appelait « Oh tu travailles à l'hôpital, faut faire attention ». On me disait « Est-ce que c'est vrai le Covid il existe vraiment », je disais « Ah oui il existe hein ». Je disais, moi je travaille dans le Covid, et avec fierté, j'oubliais même que c'était une maladie ! Je disais « Aujourd'hui je suis entrée dans une chambre voilà, la personne était comme ça, comme ça », mais moi c'est, franchement, avec mes patients, je connaissais presque le nom de tous mes patients. De tous mes patients. Franchement, j'ai aimé travailler à l'hôpital (Nettoyeuse, Hôpital 1).

#### *La remise en cause de la frontière entre personnels internes et externes*

Le sentiment de participer à une œuvre conjointe avec les soignants est sans doute accru par la situation de coprésence, qui est la règle à l'hôpital. Alors que dans le secteur du nettoyage, les agents sont généralement contraints aux horaires décalés, tôt le matin ou tard le soir, pour ne pas côtoyer les salariés de la société cliente<sup>24</sup>, ce n'est pas le cas en milieu hospitalier. Agents

<sup>23</sup> L'intensification de l'activité peut dans certains cas s'accompagner d'un « sens du travail » renforcé (cf. Thomas Coutrot et alii, « Quelles conséquences de la crise sanitaire sur les conditions de travail et les risques psychosociaux ? », *Dares Analyse* n°28, 2021).

<sup>24</sup> Aurore Desjonquères, « Les métiers du nettoyage : quels types d'emploi, quelles conditions de travail ? », *DARES Analyses*, 2019, n°43.

de nettoyage, aides-soignantes et infirmières travaillent aux mêmes horaires et dans les mêmes lieux, et nouent avec le temps des habitudes de collaboration, voire des liens plus étroits.

Cette proximité est marquée au moment de la crise sanitaire et des périodes de confinement, quand les agents de nettoyage ont été mobilisés, comme les autres personnels de l'hôpital, pour faire face à l'épidémie. La hiérarchisation entre les personnels soignants, membres de la communauté, et les non soignants extérieurs à l'hôpital est alors d'autant plus difficile à accepter. Au début de l'épidémie, dans un contexte de pénurie de masques, de gants et de matériel de protection, les équipements étaient réservés aux soignants, ce qui reste un souvenir amer pour les agents de nettoyage.

C'était un peu dur, les premiers temps, parce qu'ils avaient gardé tous les stocks de masques pour les gens de l'hôpital. Soi-disant il n'y en avait pas assez, donc nous on est une société sous-traitante, donc c'est notre employeur qui nous donne le matos. Et l'employeur quand tu demandes, on te dit « non c'est à l'hôpital de fournir », donc on était comme des balles de ping-pong. (Entretien collectif avec des agents de nettoyage, hôpital 2).

Face au manque d'équipements au printemps 2020, les ouvriers et ouvrières se mobilisent, au moyen de pétitions, voire dans certains cas de grèves, afin d'obtenir des protections.

On n'a pas été suivi correctement par nos employeurs dans le sens où on a travaillé sans protection et ça a duré quelques mois. On s'est battu, c'est pour ça qu'on a fait un mouvement de grève au mois d'août 2020 (Chef d'équipe, Hôpital 3).

Les CHSCT (Comités hygiène sécurité et conditions de travail) et les syndicats des personnels internes ont souvent joué un rôle dans l'organisation de ces revendications. Les responsables de la logistique imposent quelquefois d'eux-mêmes la distribution des équipements de protection aux agents externalisés, faisant valoir auprès des cadres soignants leur droit à une protection. C'est la communauté d'exposition aux risques et non les différences de statuts qui doit prévaloir dans la responsabilité de l'hôpital à l'égard de la santé des travailleurs et travailleuses sur le site.

L'agent est allé voir le secteur soignant en disant « je n'ai pas de masque et je n'ai plus de surblouse ». Et c'était « ah non, non, on n'en aura plus assez pour nous donc on ne peut pas t'en donner ». Et là, stop, on arrête tout. J'ai appelé la cadre de santé, par la suite j'ai même fait un mail « écoutez, j'ai un souci chez vous, j'ai un agent qui ne peut pas faire le nettoyage parce qu'on lui refuse un masque et une surblouse ». Si l'agent ne peut pas entrer dans le service, c'est le soignant qui va faire le nettoyage. Du coup, c'était « ne vous inquiétez pas, on va tout faire pour... » (Responsable logistique, hôpital 1).

La protection des agents de nettoyage participe aussi à la sécurisation de l'ensemble des agents présents et de la protection des patients, comme le note un autre responsable qui explique pourquoi il a pris le parti, dès le début de l'épidémie, de traiter les agents de nettoyage sur un pied d'égalité avec les salarié.es de l'hôpital.

Globalement, ces prestataires ont été traités comme nos agents à nous, c'est le parti qu'on a pris dès le début. Ils ont été formés, reformés par l'équipe opérationnelle d'hygiène, aux bons gestes, la bonne façon de s'habiller, et puis aussi les bons gestes de désinfection, décontamination, etc. On leur a proposé les équipements de protection individuelle. Et quand les tests sont arrivés, on les a inclus à la fois à la formation aux bonnes pratiques pour se protéger et aussi aux campagnes de dépistage, parce qu'on a eu quand même un certain nombre de clusters dans ces équipes-là. C'étaient chez nous des équipes particulièrement sensibles parce que c'est des équipes qui ne sont pas affectées à un service mais qui se promènent d'un service à l'autre. Donc vous imaginez, une personne qui travaille dans un service covid, elle peut après aller travailler dans un service d'hémato. En première vague, 100 % des patients hémato qui ont été covid positif sont décédés, 100 %. Ici, on n'a que des personnes cancéreuses et des personnes hémato en particulier, et il y a eu 100 % de décès. L'enjeu c'était que les patients ne soient pas contaminés. (Directeur logistique, hôpital 2).

La revendication d'égalité s'est manifestée ensuite au moment de la distribution de la « prime covid » qui récompensait les personnels restés sur site, et dont les nettoyeurs et nettoyeuses ont



généralement été exclus. Dans un des hôpitaux une pétition a recueilli près de 200 signatures afin de « faire pression » sur l’employeur pour l’obtention d’une prime<sup>25</sup>.

La pandémie a été l’occasion de mesurer la nature des liens avec les soignants, qui ont souvent été solidaires des agents de nettoyage, les soutenant dans leurs revendications.

Il y a même des infirmières, des aides-soignantes, qui sont de notre côté. Ah si. De ce côté-là, j’ai pas à me plaindre. J’ai un problème, je peux compter sur eux (...). Carrément ils nous disent « Si vous avez un problème vous nous dites, on vous fait un mail pour vous, était là, ça s’est passé comme ça, comme ça, comme ça (Nettoyeuse, Hôpital 1).

Ces relations d’entraide ont été précieuses pour les agents de nettoyage pendant la pandémie, leur procurant un sentiment de reconnaissance et quelquefois des avantages matériels notamment l’accès aux équipements de protection. Le soutien des syndicats de salariés de l’hôpital, qui vient remettre en cause l’opposition entre personnel interne et externe est un enjeu important dans leur lutte pour faire reconnaître leurs droits et leur place dans l’hôpital : dans certains cas, il peut réussir à convaincre le « donneur d’ordre », la direction de l’hôpital, de faire pression sur l’entreprise de nettoyage pour satisfaire les revendications notamment salariales des agents<sup>26</sup>.

Si la crise sanitaire a rendu plus saillante l’absence de reconnaissance des personnels de nettoyage, elle est aussi le moment où cette invisibilité est remise en cause. La pandémie a mis à l’ordre du jour l’importance de règles d’hygiène et de pratiques de prévention qui sont au cœur du métier du nettoyage. Dans le quotidien de leur travail, les responsables et chefs d’équipe du nettoyage comme les agents ont pris conscience de leur place dans le processus de prévention et de soin, ils ont revendiqué une nouvelle reconnaissance, se définissant comme membres à part entière de l’hôpital. Ils ont souvent été soutenus par le personnel et par les syndicats de l’hôpital et ont su, quelquefois, gagner à leur cause le donneur d’ordre.

---

<sup>25</sup> Des syndicats interviennent dans le secteur hospitalier en avril et en mai 2020. Dans un hôpital parisien, une prime de 500 euros est accordée suite à la mobilisation des agents de nettoyage. Des revendications qui intègrent de manière plus ou moins centrale la question de la prime Covid sont exprimées et des mobilisations sont menées dans plusieurs régions durant l’été et l’automne 2020.

<sup>26</sup> Pour un exemple de mobilisation à l’hôpital qui a su fédérer la sympathie des soignants et par suite, contraindre le soutien de la direction de l’hôpital, voir Marielle Benchehboune, *Balayons les abus. Organisation syndicale dans le nettoyage*, Paris, Syllepse, 2020, p. 99-109.

La crise ébranle ainsi en partie les bases de la relation de sous-traitance. Elle fait émerger la question cruciale, pour les conditions de travail, de la responsabilité du donneur d'ordre en matière de santé et sécurité au travail par rapport aux salarié.es de l'entreprise prestataire. En période de pandémie, la distinction entre personnel « interne » et « externe » tombe en partie quand les deux populations partagent le même espace et donc potentiellement le même virus. L'attention aux salarié.es internes passe nécessairement par la protection du personnel des entreprises prestataires. Cette solidarité contrainte est bien marquée à l'hôpital – tout au moins passées les premières semaines de la crise. Elle s'inscrit dans les obligations de sécurité qui découlent d'une situation de coactivité. La crise sanitaire a ainsi eu pour effet de révéler la nécessaire interdépendance des salarié.es sur un même site. Elle peut ainsi fonctionner, pour les donneurs d'ordre et également pour les agents de nettoyage et pour le personnel interne, comme le moment d'une prise de conscience d'une commune appartenance à un même univers de travail<sup>27</sup>, qui pourrait conduire, sous l'effet notamment des mobilisations conjointes des salariés internes et externalisés soumis aux mêmes pressions sanitaires, à revoir plus durablement les contours de la communauté de travail et à reconsidérer le rapport entre le centre et les marges.

---

<sup>27</sup> Jean-Michel Denis (2018), « Asseoir la représentation sur la communauté de travail. À la recherche de la communauté perdue dans la branche de la propreté », *Sociologie du travail*, vol. 60, n° 1.

## **De la pratique du soin à celle de la qualité : le cas des comités de patients en hôpitaux de soins généraux**

*Bernard Voz, Benoît Pétré, Jean-François Orianne*

### 1. Introduction

L'hôpital a de longue date été un lieu emblématique de la pratique du soin. Depuis la deuxième guerre mondiale, il occupe une place centrale de nos systèmes de santé. La médecine qui s'y exerce se caractérise par l'hyperspécialisation des soins dispensés et par sa centration sur des pathologies aiguës (Pinell, 2005). La profession médicale y a bâti une juridiction propre, s'adjoignant les services de plusieurs métiers dits paramédicaux. L'hôpital pour toutes ces raisons incarne parfaitement la médecine moderne occidentale et a, de ce fait, fait l'objet de nombreuses études de cas qui ont marqué l'histoire de la sociologie (Freidson, 1984; Hughes, 1996b; Parsons, 1955; Strauss, 1992). Diverses ruptures dans son histoire récente ont bouleversé et complexifié son environnement direct. D'importants changements démographiques, un contexte budgétaire délétère, ainsi que des changements culturels profonds, comptent parmi les événements modifiant son environnement. La complexité croissante de cet environnement a nécessité la complexification de l'hôpital lui-même. Dans ce mouvement, celui-ci a pu se rendre plus sensible à cet environnement changeant. Une notion apparue au début des années 2000 est particulièrement représentative de ce bouleversement : la notion de qualité (Setbon, 2000). Son développement n'est pas propre au secteur hospitalier. D'abord présente dans le milieu de l'industrie et du commerce (Karpik, 2007), elle s'est progressivement étendue à bon nombre de secteurs d'activités, tant dans le privé que dans le secteur public. Elle s'est maintenant installée comme un corrélat incontournable de la pratique du soin à l'hôpital.

La place prise par la qualité s'illustre de multiples manières. D'abord, un nombre important d'initiatives privées visent à accompagner ou à s'assurer de la mise en œuvre de procédures qualité au sein des hôpitaux. Qu'ils s'agissent d'associations nationales (comme la PAQS<sup>1</sup> en Belgique) ou internationales (comme les organismes d'accréditations JCI ou « Accréditation Canada »), tout un pan d'expertise en matière de qualité à l'hôpital s'est développé en dehors de celui-ci, et vise à intervenir dans celui-ci. Les États, ensuite, s'emparent

---

<sup>1</sup> Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients.

de cette notion pour renouveler la relation qui les lie de longue date à l'hôpital<sup>2</sup>. De manière plus large, les organismes parapublics en matière de santé en font un élément central du discours qu'ils tiennent à l'égard des hôpitaux. Le terme est également entré dans le langage courant, et utilisé par une multiplicité d'acteurs, tant par des médias généralistes que des associations de patients, qui en font un objet central de leur lutte et de leur relation à l'hôpital. Il est, enfin, récupéré par les professionnels de soin eux-mêmes, pour qualifier leurs pratiques et maintenir la place qu'ils occupent dans le système de santé (Robelet, 2001).

Au sein même de l'hôpital, plusieurs acteurs s'impliquent dans les procédures liées à la qualité. Les soignants, d'abord, et particulièrement lorsqu'ils occupent des places de gestion de service, doivent répondre des critères de qualité qui concernent leur travail quotidien. Les gestionnaires de services périphériques à l'activité curative stricte, comme le département psychosocial, la médiation hospitalière, ou la communication, voient également leur activité affectée par la notion. Les patients eux-mêmes se trouvent impliqués dans diverses procédures plus ou moins participatives. Et enfin, les services et les employés dédiés à la qualité se sont imposés dans tous les hôpitaux. Un travail jusqu'alors « fait par tout le monde » se trouvait maintenant isolé et bien identifiable dans l'organigramme hospitalier<sup>3</sup>.

Si la qualité s'impose si puissamment dans le secteur hospitalier, comme ailleurs, c'est en raison de deux atouts majeurs (Sebai, 2018). Son pouvoir mobilisateur incontestable en fait un élément fédérateur : qui pourrait s'opposer à plus de qualité ? Un second atout, aux conséquences plus importantes, réside dans sa totale plasticité. Sans être dotée de contenu propre a priori, la qualité apparaît plus comme une méta-norme. Son caractère contingent en fait le lieu idéal d'appropriations différenciées que font valoir les différents groupes concernés. Il revient aux secteurs et aux groupes qui s'en emparent de mettre en œuvre des processus sociaux innovants qui visent à répondre de cette exigence de qualité.

L'ouverture très large de la notion, la multiplicité des acteurs impliqués, comme le caractère innovant des processus sociaux déployés, ouvrent plusieurs inconnues sur la qualité,

---

<sup>2</sup> L'exigence de qualité devient dans ce cadre un élément d'influence quant au maintien de certaines unités de soins ou de financement d'une partie de l'hôpital (par exemple par l'intermédiaire de programmes de type *pay 4 performance*).

<sup>3</sup> Comme pour la description que donne Abbott de l'émergence du travail social, la qualité n'apparaît pas comme une série d'activités qui n'existaient pas avant qu'on les regroupe sous le terme de qualité. Il s'agit plutôt d'un moment particulier où ces tâches sont regroupées et identifiées comme un pan d'activités à part entière.

tant vis-à-vis de ce qu'elle fait aux acteurs impliqués et à l'hôpital, que de ce que les acteurs et l'hôpital en font. Une part importante de la littérature s'est attelée à proposer des manières de faire de la qualité « de qualité », d'améliorer sa mise en œuvre et sa performance (Forward & Sieck, 2022; Fredriksson & Modigh, 2021). Mieux comprendre les procédures qualité à l'hôpital nécessite de s'interroger sur ce qui rend possible la rencontre de ces divers acteurs autour de la notion, et sur ce que ces rencontres provoquent.

## 2. Problématisation

La tentation est grande de concevoir un certain nombre d'objets ou d'organismes comme des entités sociales uniques relativement homogènes. L'hôpital n'y échappe pas, d'autant plus qu'il est assimilé à une incarnation physique à travers un bâtiment dédié. Force est pourtant de constater que celui-ci est bien pluriel, hybride. À l'instar des écologies liées qu'Abbott identifie dans son étude de cas du permis médical (Abbott, 2003), plusieurs systèmes sociaux interagissent et constituent l'hôpital à travers la notion de qualité. De manière théorique, nous pouvons identifier à tout le moins le système de la profession médicale et celui de l'organisation hospitalière. Chacun d'eux appartient à l'environnement de l'autre, environnement auquel chaque système doit rester sensible. Chacun de ces systèmes doit être envisagé comme une différence (Luhmann, 2006), la différence entre le système et l'environnement.

La notion de qualité permet de dépasser ces différences entre systèmes pour leur permettre de communiquer et de se rendre sensibles les uns aux autres. Comme dans le cas du permis médical qui fait office de charnière entre l'écologie de la profession médicale et celle du gouvernement, la qualité ouvre la possibilité à des systèmes *a priori* étrangers les uns aux autres de se rassembler autour d'un objet commun. Sans une notion telle que la qualité, la possibilité d'une coopération, voire d'un simple échange, ne pourrait s'envisager. Comme certains artefacts ont pu permettre l'échange entre individus *a priori* étrangers, professionnels et amateurs (Star & Griesemer, 1989), la qualité peut s'envisager comme objet frontière à plusieurs systèmes sociaux.

Du point de vue du système de la profession médicale, les dispositifs dédiés à la qualité représentent autant d'arènes professionnelles où se joue le maintien de sa juridiction (Abbott, 1988). L'autonomie professionnelle qui en découle a permis à la profession médicale d'exercer à l'hôpital sans interférence de la part de sa hiérarchie organisationnelle. Cependant, la

juridiction professionnelle médicale connaît de multiples interférences provoquées entres autres par les bouleversements de l'environnement hospitalier évoqués plus haut. L'abstraction qui permettait de garantir à la profession son autonomie d'exercice et d'organisation vis-à-vis de l'hôpital n'est plus opérante. Un travail de redéfinition des frontières de sa juridiction est mené en ces lieux. Comme l'a montré Abbott à travers son analyse du phénomène d'*enclosure*, la frontière prime sur le contenu des activités (Abbott, 1995). Se distinguer des autres systèmes revêt par là une importance capitale pour chacun des systèmes, et pour le système professionnel en particulier.

Participer à de tels processus sociaux implique pour les individus la prise de rôles (Mead, 2006)<sup>4</sup>. Les *selves* (ou identités) se forment à partir de l'ensemble des rôles sociaux disponibles aux individus dans une situation donnée. Analyser ces rôles sociaux (et leur interprétation) dans un processus social particulier, un dispositif de qualité à l'hôpital, permet d'approcher les autrui-généralisés auxquels les individus se réfèrent, comme les frontières que ce processus social entretient, crée, ou cherche à effacer.

À travers cette communication, nous chercherons à comprendre comment les dispositifs de qualité à l'hôpital permettent aux systèmes sociaux qui composent l'hôpital de redéfinir leurs frontières à partir d'une différenciation des rôles.

### 3. Méthode

Les comités de patients en hôpitaux de soins généraux sont des cas illustratifs des nombreuses innovations sociales déployées au sein des hôpitaux (Voz et al., 2021). Apparus en Belgique francophone sans contrainte réglementaire en 2015, les comités de patients prennent place dans l'organigramme de l'hôpital en tant qu'instance d'avis. Tous poursuivent un objectif d'amélioration de la qualité. Dans ces comités doivent se rencontrer plusieurs fois par an des représentants de patients et des représentants de l'hôpital.

---

<sup>4</sup> Comme pour l'hôpital, l'individu n'est pas unique mais pluriel dans les *selves* qu'il peut convoquer selon les groupes auquel il appartient ou avec lesquels il coopère (Mead, 2006). Chacun peut être conscient, selon le degré de réflexivité plus ou moins grand, de la communauté plus large à laquelle il se réfère en communiquant. Les *selves* constituent l'ensemble des réponses possibles d'un individu social engagé dans un processus donné. Ils émergent par réaction à l'autrui-généralisé du groupe auquel l'individu se réfère et est actualisé par chaque action du « Je ».

Deux études de cas (Yin, 2009) de comités de patients ont été menées en Belgique francophone, dans deux hôpitaux de soins généraux. Le travail de terrain s'est principalement déroulé durant un peu plus de deux années (de 2019 à 2022). Le processus communicationnel à l'œuvre a été observé de manière directe par de l'observation (environ 100 heures) et de l'analyse documentaire, et de manière indirecte par entretiens semi-structurés auprès de patients et de professionnels (30 entretiens). L'analyse a eu lieu tout au long de la collecte et s'est progressivement enrichie de la confrontation d'hypothèses empiriques aux balises théoriques évoquées plus haut.

#### 4. Résultats

##### *Hôpital unique et systèmes multiples*

« La réunion du jour consacre un temps important à la présentation d'un nouveau centre dédié au bien-être des patients oncologiques « La Petite Maison ». Une infirmière, une psychologue et deux esthéticiennes cliniques sont présentes pour le présenter ». *Notes d'observations, réunion du 11 septembre 2019.*

Les comités de patients interpellent par l'incongruité des rencontres qu'ils provoquent. Le jour de l'observation relaté ci-dessus, en plus des travailleurs cités dans l'extrait se trouvent autour de la table des patients, une infirmière cheffe, et un médiateur hospitalier. L'objet commun dont ils peuvent discuter n'est pas une évidence. Ils sont tous issus de formations différentes, avec des missions très différentes au sein de l'hôpital, et des parcours au sein de l'hôpital également variés. Réussir à rassembler ces personnes et à les faire discuter ensemble est un enjeu central du comité.

« Lors de cette réunion un binôme issu du service « administratif patients » est présent pour impliquer des membres patients dans une vidéo autour de la présentation du personnel en chambre. Ce point est ressorti comme important dans les enquêtes de satisfaction patient. Ils disent qu'une partie du personnel craint de se présenter, ne souhaite pas être reconnu individuellement. Un patient réagit en soulignant l'importance de supprimer tout ce qui est impersonnel, « c'est l'homme qui est important dans ce bazar ». L'infirmière cheffe conclut en rappelant que le bon accueil, c'est « l'affaire de tous » » *Notes d'observations, réunion du 3 mars 2022.*

Traiter de la qualité implique dans les comités d'en faire « l'affaire de tous ». L'affirmation est un préalable au dispositif, qui présuppose que les personnes rassemblées partagent effectivement un objet commun. La sentence pourrait être complétée : il s'agit de l'affaire de tout et de tous. Le regard que portent les tenants de la qualité sur l'hôpital tend à s'étendre à l'ensemble de ses activités comme à l'ensemble des personnes qui y travaillent. L'extrait d'observation parle ici de l'accueil, mais comme une responsable de comité de patients le partagera en entretien : « il faut que ça touche à tout le parcours du patient ». D'un regard, la qualité tente la description de l'hôpital comme d'une totalité homogène, malgré la différence apparente des activités qui se déroulent au sein de l'hôpital (gérer l'inscription d'un patient, administrer un acte technique, annoncer un diagnostic...). Dans les comités, elle le fait particulièrement à travers l'idée d'humanisation. L'opération sous-jacente à ce travail s'apparente à des tentatives de « yoking » (Abbott, 1995) : la minimisation de différences existantes pour en souligner d'autres. Il s'agit là d'une interférence importante dans la division du travail hospitalier. Là où des groupes professionnels distincts semblaient seuls juges de leur activité, des publics diversifiés s'octroient la possibilité de tenir un discours sur l'ensemble des activités. Là où le monopole de la profession médicale traitait la prise en charge d'une pathologie comme un problème médical uniquement, le travail des comités revendique la possibilité qu'une prise en charge soit aussi un problème d'un ou plusieurs autres ordres. La façon dont ces problèmes s'envisagent sous plusieurs ordres permettent d'approcher les différents systèmes sociaux en jeu au sein des comités et à l'hôpital.

« Ça c'est un premier gros travail qui a été fait, (...) ça a été les précautions à prendre pour les patients qui vont être hospitalisés, ça a été un guide qui a été fait (...) D'ailleurs l'hôpital a été amené à améliorer ses démarches d'accueil vers les gens et sur base des suggestions que nous avons faites. (...) Il y a d'autres propositions qui ont été faites, notamment l'accès à l'hôpital, nous avons été extrêmement attentifs notamment à penser cette difficulté pour les patients qui doivent monter à l'hôpital, le fléchage, l'organisation de l'intérieur (...) » *Extrait d'entretien, membre patient.*

L'hospitalisation est un des premiers thèmes sur lesquels le comité dont provient le membre interviewé a été amené à travailler. Il illustre bien les différents systèmes dans lesquels un tel événement peu s'inscrire. La représentation la plus classique d'une hospitalisation est celle partagée par le système des professions médicales : un enchaînement de prises en charge et d'actes médico-techniques qui doivent être réparti entre médecins et paramédicaux, en



assurant la qualité du travail réalisé. Pour le système de l'organisation hospitalière, il s'agit d'un défi logistique où l'enjeu majeur est de permettre le bon déroulé du flux entrée-sortie d'un usager de l'organisation, en garantissant la qualité de service. Du point de vue du système de la relation thérapeutique, l'hospitalisation conjugue diverses relations interpersonnelles entre différents soignants, le soigné, et son entourage, durant un temps donné, où prime la qualité des relations. Si le discours sur la qualité a une portée unificatrice de l'hôpital, l'analyse permet de dégager que le cadrage donné aux événements analysés est un cadrage qui en exclut d'autres. Ce cadrage en comité relève du système de l'organisation hospitalière. Le travail dont rend compte le membre dans l'extrait d'observation porte sur le fléchage, l'aménagement intérieur, et l'accès. D'autres productions des comités traitent du parking, du confort des salles d'attente, ou de la prise de rendez-vous : elles abordent l'hôpital sous son angle organisationnel. Bien d'autres cadrages du problème sont soulevés lors des réunions. Mais, le comité, dans ce qu'il produit, retient comme pertinent ce qui traite de l'hôpital dans sa qualité de service. La qualité du travail et la qualité de relation thérapeutique sont laissées de côté par le dispositif. Les frontières entre ces trois systèmes s'observent dans les différences de rôles sociaux que traitent les comités.

### *Différenciation des rôles*

Inscrire sa compréhension des problèmes soumis en comité dans le système spécifique de l'organisation hospitalière demande aux participants de se décentrer des rôles qu'ils endossent en d'autres lieux.

« La coordinatrice du comité aborde le souhait d'un des membres patients (absent) de développer un projet de patient ressource en contact avec d'autres patients. Un membre réagit d'emblée : « Je suis patient, je ne suis pas médecin, ni infirmier ! ». La coordinatrice renchérit : « Comment est-ce qu'en tant que patient ressource je peux être utile à un autre patient ? ». Elle exprime sa difficulté à savoir comment organiser la relation de patient à patient et l'importance de ne pas se mettre en porte-à-faux avec l'équipe médicale » *Notes d'observation, réunion du 3 mars 2022.*

De manière régulière, des membres patients émettent l'envie de s'investir dans le développement d'aide aux patients de l'hôpital qu'ils fréquentent. Systématiquement, la demande provoque soit le malaise soit le rejet catégorique par les représentants de l'hôpital

comme par une majeure partie des membres patients. La difficulté à passer de la participation à un comité à celle de l'aide aux patients tient dans l'affirmation de rôle que prononce le membre en réaction au projet : « Je suis patient, pas médecin ni infirmier ». Le rôle de patient s'inscrit dans le système social spécifique de la relation thérapeutique. Traditionnellement, au sein de cette relation bilatérale, nulle place pour un autre patient. Si des expériences innovantes de pair-aidances mettent en évidence que le système de la relation thérapeutique ne se limite pas forcément à une relation bilatérale entre un soignant et un soigné, l'extrait d'observation indique que le processus social innovant des comités n'est pas celui-là. Le système où communiquent patients, médecins, infirmiers, n'est pas celui dans lequel s'inscrit le comité de patients. Par un effort de réflexivité, les membres doivent se rendre compte de la communauté à laquelle ils se réfèrent en s'exprimant. Épingler le décalage entre le rôle qu'ils endossent en siégeant au comité et le rôle de soutien à un patient témoigne certainement de cette réflexivité. Le porte-à-faux entrevu avec « l'équipe médicale » rend compte du caractère intenable pour les membres, en tant que membres, d'immiscer leurs interventions dans ce système bien particulier. Il en va finalement de même pour les nombreux discours portant sur la qualité des liens créés dans le cadre de leurs relations thérapeutiques. Les témoignages critiques au sujet de médecins ou d'infirmiers qui agissent avec mépris ou nonchalance rythment les réunions des comités. Si leur expression est autorisée, et que toutes et tous s'accordent sur la nécessaire amélioration de cette relation, le travail véritable ne porte jamais sur ce sujet. Les critiques sont identifiées soit comme des clichés trop généraux, soit comme les aléas de toute relation interpersonnelle, soit comme des réactions trop émotionnelles à une prise en charge encore trop proche du membre. Ces opérations de tri, de filtrage de la critique, se déploient également pour ce qui relève de la qualité du travail en lui-même, comme permet de l'approcher l'extrait d'entretien ci-dessous.

« Justement les comités de patients ne vont jamais se prendre pour des médecins... critiquer une telle façon de donner les soins mais vont plutôt penser au bien-être dans l'hôpital... ils vont rester dans leur rôle de patient, ils ne vont pas essayer de prétendre d'être médecin pour faire des remarques... ou infirmier, ou quoi que ce soit (...). Après, c'est des limites qui se mettent en place de façon très instinctive. (...) En fait, on a vu tellement peu de gens dépasser les bornes que j'ai du mal à répondre » *Extrait d'entretien, membre associatif comité.*

Une borne essentielle à ne pas franchir tient dans la portée d'un jugement sur le travail des soignants. Les récits des mises en place des comités portent tous la marque d'une prudence

à l'égard des soignants pour que l'apport du comité soit « constructif » et ne tienne pas en une « critique de leur travail ». Dans les comités, toute critique de la qualité du travail, comme celle de la relation, est autorisée, mais filtrée. D'abord, ce n'est jamais le travail d'un groupe ou d'un individu qui est formellement mis au cœur de la discussion. Bien plus, ce sont des projets de l'hôpital, des représentations de celui-ci qui sont soumises aux membres. Deuxièmement, et de manière plus conséquente pour l'analyse, les individus n'ont jamais à être présents en tant que soignant. Les rôles de soignants, médecin ou infirmier, sont absents des comités de patients. La possibilité d'une critique est, par cette absence, effacée. Le comité de patients à aucun moment ne se trouve, n'est mis ni ne se met, en position de juger du travail médical. Il ne devient pas un organe complémentaire à l'ordre médical ou à n'importe quelle association professionnelle. Toutes les marques de « tri » évoquées plus haut indiquent les processus sociaux auxquels ne se réfèrent pas (ne peuvent se référer) les échanges au sein des comités de patients. Le processus communicationnel à l'œuvre au sein des comités tend donc à différencier les rôles sociaux de la profession et ceux de la relation thérapeutique des rôles qu'il faut endosser en comité.

« Afin de respecter les droits des patients et des collaborateurs de l'hôpital, les membres du Comité des patients ont un devoir de réserve, de confidentialité sur tous les éléments et informations communiqués, recueillis et entendus dans le cadre du Comité des patients ou des réunions de travail liées à lui » *Extrait Statuts du comité, Article 7 – Obligations.*

Les documents formels, charte, ROI, conventions, qui encadrent les comités recensent un certain nombre d'attentes à l'égard des membres. Le devoir de réserve, la confidentialité, s'imposent aux membres des comités. La formalisation de ces attentes rend explicites tant le groupe auquel les individus doivent appartenir que les attentes généralisées à l'égard des membres de ce groupe. Être membre de l'hôpital comme organisation est la condition de participation au dispositif. Contrairement à d'autres groupes plus abstraits, une organisation visibilise son système d'attentes généralisées. En ce sens, elle accompagne la prise de conscience du *self* en situation, et s'assure d'une subordination plus forte du *I* (identité pour soi) au *Me* (identité pour autrui) (Dubar, 2015). Si des écrits permettent d'accéder à ces attentes, un processus de socialisation à l'organisation hospitalière intègre l'ensemble des membres des comités. Ce processus se décline de deux façons. Premièrement, chaque comité développe un programme de formation. A minima, les membres assistent à une formation à la confidentialité. D'autres comités s'engagent sur des programmes plus fournis faits de rencontres avec des responsables hospitaliers, de réflexion sur la dynamique de groupe, ou sur les droits des

patients. Deuxièmement, les interactions entre membres sont rythmées d'explications, de rappels, quant au fait que « c'est très complexe l'organisation ici » et parce qu'« ils n'ont pas cette notion que l'hôpital est très hiérarchisé » (extrait d'entretien). Les professionnels des comités, comme les patients les plus expérimentés, interviennent de manière régulière avec cette visée de rappel du cadre organisationnel. La conscience d'être membre de l'organisation hospitalière, soit l'adoption de l'ensemble de ses attentes, est la condition nécessaire à une prise de parole légitime.

Par-delà une première identification du *self* en tant que membre de l'organisation, une spécification des rôles propres au comité opère. Trois rôles distincts se donnent à voir à travers les observations du travail des comités. Le premier extrait d'observation convoqué relate la situation habituelle de travail d'où ce triptyque de rôles se dégage. Ce jour-là, professionnels de passage, membres patients, et membres professionnels sont présents. Le comité attend des premiers de représenter l'organisation hospitalière à travers un objet ou un projet particulier. Tout au long des observations menées, l'hôpital s'est matérialisé aux comités à travers des projets de centre de bien-être ou d'identitovigilance, des brochures d'information, ou encore des procédures d'accueil ou d'inscription. Des deuxièmes, les membres patients, le comité attend qu'ils réagissent à la représentation de l'hôpital qui leur est proposée, comme le ferait « le commun des mortels » tel que le dira une interviewée. Les comités engagent de cette manière bien plus les patients en tant qu'usagers indifférenciés que comme patients à l'expérience singulière de l'hôpital. La demande reste d'ailleurs généralement floue lorsqu'un projet ou un objet particulier est soumis en comité : « L'idée c'est de leur présenter à eux : « Est-ce que vous aussi ça vous heurte ? Est-ce que c'est important pour vous ou pas ? » (extrait d'entretien, responsable service aux patients). Les membres patients doivent pouvoir représenter la réaction des usagers à ces incarnations de l'organisation. Enfin, le comité attend des troisièmes, membres professionnels, qu'ils garantissent le cadre (organisationnel) des échanges et observent ce que ces représentations produisent. À aucun moment ces rôles que le processus social des comités distribue n'engagent les individus en tant que professionnel soignant, ou patient.

## 5. Conclusion

Les activités liées à la qualité au sein des hôpitaux se sont multipliées au cours des deux dernières décennies. Celles-ci ont impliqué un nombre et une diversité d'acteurs toujours plus

importants. Les comités de patients en sont des cas illustratifs. Leur émergence à l'hôpital interroge sur les rapports qu'entretiennent ces initiatives avec « le centre » du monde de la santé.

La juridiction médicale tient dans le monopole détenu par la profession médicale sur la division du travail (*social drama of work*) : qui a le droit de dire ce qui est un échec (Hughes, 1996a), et par miroir, ce qui est de qualité. D'aucuns ont pu voir dans les innovations récentes à l'hôpital une ouverture de cette juridiction à un jugement extérieur. Les médecins ne seraient plus les seuls à évaluer la qualité de leur travail. Dans une certaine mesure, ces innovations contribueraient par conséquent à démocratiser le monde médical (Maudet, 2002). L'analyse des dispositifs de participation au service de la qualité montre, à l'inverse, que derrière le langage apparemment commun de la qualité se joue plus le maintien de frontières entre systèmes sociaux distincts que l'ouverture de celles-ci. La spécification des rôles propres au dispositif étudié, comme le traitement réservé aux rôles qui lui préexistent, montre, au niveau des systèmes sociaux eux-mêmes, le *boundary work*, déjà identifié au niveau individuel (Järvinen & Kessing, 2021).

L'analyse des comités de patients indique que, si ceux-ci sont bien à la marge, c'est à celle de l'organisation hospitalière (et non à celle de la profession médicale). À la périphérie, la question des frontières est centrale ; la position périphérique des comités les mettent en contact direct avec l'environnement de l'organisation, dont la profession médicale (les médecins) et la relation thérapeutique (les patients) font partie. Cette position rend le travail de tri essentiel afin de canaliser de manière différenciée ce qui doit, d'une part, alimenter « son » centre, et ce qui doit, d'autre part, être renvoyé vers d'autres voies ou systèmes de traitement.

## Bibliographie

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions : An essay on the Division of Expert Labor*. University of Chicago Press.
- Abbott, A. (1995). Things of boundaries. *Social Research*, 62(4).
- Abbott, A. (2003). Ecologies liées : À propos du système des professions. In *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. Edition de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Dubar, C. (2015). *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles* (5e éd.). Armand Colin.
- Forward, C., & Sieck, C. J. (2022). Patient and family advisory councils (PFAC) feedback as the voice of health care consumers. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 6, 5-5. <https://doi.org/10.21037/jhmhp-20-112>
- Fredriksson, M., & Modigh, A. (2021). Patient involvement at the managerial level : The effectiveness of a patient and family advisory council at a regional cancer centre in Sweden. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1011. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07026-7>
- Freidson, E. (1984). *La Profession Médicale*. Payot.
- Hughes, E. C. (1996a). Des erreurs dans le travail. In *Le regard sociologique : Essais choisis* (p. 87-97). Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Hughes, E. C. (1996b). *Le regard sociologique : Essais choisis*. Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Järvinen, M., & Kessing, M. L. (2021). Self-casting and alter-casting : Healthcare professionals' boundary work in response to peer workers. *Current Sociology*. <https://doi.org/10.1177/00113921211048532>
- Karpik, L. (2007). *L'économie des singularités*. Gallimard.
- Luhmann, N. (2006). System as Difference. *Organization*, 13(1), 37-57. <https://doi.org/10.1177/1350508406059638>
- Maudet, G. (2002). La « démocratie sanitaire » : Penser et construire l'utilisateur. *Lien social et Politiques*, 48, 95-102.
- Parsons, T. (1955). *Éléments pour une sociologie de l'action*. Plon.
- Pinell, P. (2005). Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1, 4-36.

- Robelet, M. (2001). La profession médicale face au défi de la qualité : Une comparaison de quatre manuels qualité. *Sciences Sociales et Sante*, 19(2), 73-98.
- Sebai, J. (2018). Participation citoyenne à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. *Sante Publique*, 30(5), 623-631.
- Setbon, M. (2000). La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? *Sociologie du travail*, 42(1), 51-68. <https://doi.org/10.4000/sdt.36347>
- Star, S. L., & Griesemer, J. R. (1989). Institutional Ecology , ' Translations ' and Boundary Objects : Amateurs and Professionals in Berkeley ' s Museum of Vertebrate Zoology , 1907-39 Author ( s ) : Susan Leigh Star and James R. Griesemer Source : Social Studies of Science , Vol. 19 , No. 3. *Social Studies of Science*, 19(3), 387-420.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*.
- Voz, B., Orienne, J.-F., & Pétré, B. (2021). Comités de patients en Belgique : Un forum hybride au service de l'hôpital? *Revue Belge de Sécurité Sociale*. <https://hdl.handle.net/2268/290066>
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research : Design and Methods*.

## **La place de l'anthropologue en consultation de clinique transculturelle : une chercheuse intégrée dans un dispositif de soin psychothérapeutique à la marge.**

Catherine Thomas, anthropologue de la santé, consultante et co-thérapeute en clinique transculturelle. ATER à l'université de Lorient, membre du LABERS Maison de la Recherche.

En tant qu'anthropologue, je travaille au sein d'une association de clinique transculturelle composée de professionnels de santé bénévoles proposant un accompagnement psychothérapeutique gratuit à des personnes fragilisées par l'exil et ayant subi des traumatismes.

En dehors de quelques équipes bénéficiant d'un soutien institutionnel, hospitalier ou universitaire comme c'est le cas notamment à Paris<sup>1</sup> ou à Bordeaux<sup>2</sup>, la clinique transculturelle, malgré un important étayage théorique, demeure en France mal connue des professionnels de santé, des institutions et tend à demeurer à la marge des soins conventionnels.

Georges Devereux, anthropologue et psychanalyste est reconnu comme le père de l'ethnopsychiatrie, dont la base théorique fut amorcée par Géza Róheim<sup>3</sup>, pour en avoir décrit et défini les contours méthodologiques<sup>4</sup>. En s'intéressant aux relations entre psychisme et culture, entre normes sociales et désordres de l'esprit, il a cherché à mettre en évidence la prédominance « ethnique » de certaines pathologies dont les symptômes seraient fournis par la culture environnante. Par son intérêt pour la psychiatrie comparée, « discipline imaginée par Emile Kraepelin à la fin du XIXe siècle<sup>5</sup>», il invite d'une part à observer de façon pluridisciplinaire les phénomènes comportementaux, d'autre part à reconnaître et étudier l'angoisse et les émotions contre-transférentielles de l'observateur vis-à-vis de son objet ou sujet d'étude.

Sa démarche psychanalytique a été développée et concrétisée par la suite par Tobie Nathan au travers de la création du centre Georges Devereux à l'université Paris 8, proposant

---

<sup>1</sup> A l'hôpital Avicenne à Bobigny et Cochin à Paris sous la tutelle de l'APHP et de l'université Paris Descartes.

<sup>2</sup> La consultation transculturelle est intégrée au CHU de Bordeaux.

<sup>3</sup> Roheim G, 1967, *Psychanalyse et anthropologie*, Gallimard, Paris

<sup>4</sup> Devereux G, 1983, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris

<sup>5</sup> Georges Bloch, Les origines culturelles de Georges Devereux et la naissance de l'ethnopsychiatrie, mémoire de DEA soutenu en 2020 à Paris 8



les premières consultations groupales, accueillant principalement des personnes immigrées de la première génération et alliant clinique et recherche.

L'hospitalité et l'accueil de la parole de l'autre sont le soubassement de ces consultations. Ils permettent de penser l'expérience de la migration, quelle qu'en soit la raison ainsi que la transformation qu'elle produit. Dans un mouvement continu entre la théorie et la pratique, les rencontres, les échanges viennent enrichir les savoir-faire cliniques.

La méthode ethnopsychanalytique est basée sur l'attention portée à l'expérience des gens qui viennent d'ailleurs, à leur considération en tant que sachants (et non ignorants face aux professionnels sachants), en tant qu'experts de leur propre culture et de l'expérience de la migration. On la nomme également ethnopsychiatrie<sup>6</sup>, dans le sens d'une ethnoscience ayant pour objet d'étude les théories, les nosographies et les dispositifs spécifiques des sociétés autres. Le modèle de consultation groupal, multiculturel, pluriprofessionnel, a été repris et revisitée entre autres par Marie-Rose Moro<sup>7</sup>, travaillant principalement avec des familles et leurs enfants ayant bien souvent grandi entre deux cultures, dans une approche clinique dite « transculturelle ».

Les travaux issus de ces années de pratique d'accompagnement psychothérapeutique ont élargi le champ de la clinique psychanalytique à l'expérience de l'exil, à la transmission intergénérationnelles de l'histoire migratoire, des traumatismes, aux problématiques de filiation et d'affiliation des enfants amenés à grandir dans un monde différent de ceux de leurs parents. Parallèlement, il s'est agi d'expérimenter et de penser le dispositif clinique éloigné des pratiques habituelles. Selon les termes de Marie-Rose Moro, cette clinique met en évidence

« L'importance de l'élaboration de l'altérité culturelle, de la co-construction d'un sens avec la famille, l'impact de l'exploration des niveaux ontologiques, étiologiques et thérapeutiques pour chaque situation [...] Loin d'être des obstacles, la langue des patients, leurs représentations culturelles, les logiques culturelles qui

---

<sup>6</sup> Au sujet de l'ethnopsychiatrie et du dispositif proposé au centre G Devereux, Tobie Nathan écrit : « Si pour ma part, j'ai créé un dispositif clinique inspiré des principes qu'enseignait Devereux pour prendre en charge la psychopathologie des patients migrants, j'ai toujours considéré que l'ethnopsychiatrie ne pouvait être une profession, seulement la mise en œuvre de principes, une éthique caractérisée par l'obligation d'être à l'école des autres mondes. Quels que soient les acquis, l'ethnopsychiatrie telle que je la pratique ne peut jamais être qu'un champ d'investigation, le lieu d'où les mondes autres viennent fracasser les certitudes du mien. »

<sup>7</sup> Moro MR. *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod ; 1998 (coll. Therapies). Deuxième et troisième éditions sous le titre *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents* (2000, 2004). Quatrième édition sous le titre *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent* (2011).

les imprègnent, deviennent alors des éléments du cadre thérapeutique et des sources de créativité aussi bien pour les thérapeutes que pour les patients. <sup>8</sup>»

C'est de ce cadre clinique que s'inspire l'association de professionnels dans laquelle je m'inscris, à la différence que contrairement à la diversité culturelle des thérapeutes disponibles en région parisienne et qui permet une « matérialisation de l'altérité <sup>9</sup>», la diversité des regards est pluriprofessionnelle plus que pluriculturelle.

À partir des données recueillies de 2017 à 2022, concernant le suivi d'une cinquantaine de patients, reçus en consultation une fois par mois sur une durée de 6 mois à 3 ans, il s'agit ici d'analyser les tenants et aboutissants de cette offre de soin à la marge et la façon dont l'anthropologue, en tant que chercheur et co-thérapeute, y participe. Tout d'abord en questionnant l'apport de l'interdisciplinarité à la pratique clinique, ensuite en explorant comment l'anthropologue peut, par sa présence, faciliter la communication en prêtant attention aux risques d'incompréhension d'ordre culturel, enfin en analysant, dans une démarche d'observation participante, les bénéfices de cette pratique.

### ***L'association pluriprofessionnelle ACSSIT***

L'association Accsit (Association comprendre et soigner en situation transculturelle), située en Vendée, est née de la rencontre entre une psychologue et une médecin généraliste, toutes deux préoccupées par la grande vulnérabilité des personnes migrantes reçues en consultation. Observant que bon nombre d'entre elles présentaient des plaintes somatiques sans explication physique et souffraient de psychotraumatismes, ces professionnelles se sont formées à l'approche transculturelle et ont créé une association à but non lucratif leur permettant de proposer un dispositif thérapeutique adapté à leurs patients venus d'ailleurs.

Préconisée en seconde intention après un traitement somatique ou psychiatrique non concluant, cette offre de soin vise un public allophone, majoritairement primo-arrivant, écarté

---

<sup>8</sup> **Moro MR.** *Comprendre et soigner. La consultation d'Avicenne : un dispositif métissé et cosmopolite.* Bobigny : Association Internationale d'EthnoPsychanalyse ; 2016. Available from : [http://www.transculturel.eu/Comprendre-et-soigner-La-consultation-transculturelle-un-dispositif-metisse-et-cosmopolite\\_a85.html](http://www.transculturel.eu/Comprendre-et-soigner-La-consultation-transculturelle-un-dispositif-metisse-et-cosmopolite_a85.html)

<sup>9</sup> *Ibid.*

des parcours de soins classiques en raison du manque d'interprètes, des difficultés d'accès aux droits et de sa grande précarité.

Les patients sont orientés par des travailleurs sociaux du Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile, de centres d'hébergement, des professionnels de santé (médecins traitants, Centre Médico Psychologique), des personnels de centres médico-sociaux.

Les consultations, sont menées par des groupes où se croisent les regards de médecins, psychologues, psychiatres, éducateurs, orthophonistes, infirmiers et anthropologues, toujours en présence d'un interprète. Plus précisément, le patient est accueilli par un soignant identifié comme son thérapeute principal et entouré de co-thérapeutes.

La grande majorité des patients que nous recevons ont connu des événements traumatiques comme la guerre, des enlèvements, des tortures, des menaces de mort. Ils ont traversé des frontières pour fuir l'innommable ou trouver une vie plus sûre.

Dans un état de grande vulnérabilité, séparées des leurs, ces personnes que nous accueillons souffrent d'isolement social et présentent une désorganisation psychique.

L'objectif du soin étant la reprise de l'autonomie psychique, nous tentons, en créant du lien, de réorganiser la pensée et de rétablir le nécessaire sentiment de sécurité interne.

### ***L'apport de l'interdisciplinarité à la pratique clinique***

L'interdisciplinarité concerne en premier lieu le cadre thérapeutique. Le mode groupal, peu commun pour les thérapeutes habitués au colloque singulier, renforce le cadre thérapeutique. Il offre au patient un espace d'accueil contenant suite aux actes destructeurs dont il a pu être victime et atténue la violence de certains récits pour le thérapeute principal. Après avoir été l'objet de violences intentionnelles, le partage avec un groupe bienveillant offre une reconnaissance en tant que sujet. Bien entendu, ce dispositif n'est pas imposé au patient et celui-ci peut interrompre les consultations à tout moment si le cadre ne lui convient pas, ce qui demeure rare.

L'accueil de Maaryam, dans un état de sidération et de mutisme suite à un événement traumatique, illustre ce rôle rassurant et soutenant du groupe. Avec cette patiente, la mise en récit de la souffrance, intrinsèque au travail thérapeutique ne pouvant pas se faire, c'est

l'inscription dans le groupe qui a permis un apaisement et une reprise progressive de la parole<sup>10</sup>. Les consultations nous semblaient être de simples moments de présence, ponctués d'échanges de regards bienveillants et de quelques mots sur le quotidien de la vie au pays et en France. Ils révélaient cependant, la place du collectif dans la reconstruction psychique et les difficultés de la vie en exil caractérisée par l'isolement, l'absence de l'entourage.

Comme nous avons pu le constater à plusieurs reprises le groupe vient parfois « compléter » ou tout du moins rappeler la famille, jouer le rôle des « proches » ou des « commères », dans le sens d'être « mères avec »<sup>11</sup>, lorsque ceux-ci et celles-ci sont absents en raison de la migration.

En second lieu, sur le modèle du traitement collectif de la maladie et du malheur dans certaines sociétés, le groupe amène une circulation des interprétations, une co-construction du sens avec le patient. Il évite la dualité et place tous ces membres, qu'ils soient soignants ou patients, au même niveau. La présence de témoins garantit ce qui est dit et fait. Comme c'est souvent le cas dans les prises en charge traditionnelles, l'éthique du témoin remplace l'éthique de la confidentialité<sup>12</sup>.

S'appuyant sur le modèle complémentariste théorisé par Georges Devereux, les équipes pluridisciplinaires considèrent conjointement leurs grilles de lectures et l'approche anthropologique. Elles offrent aux patients un cadre propre à s'exprimer, dans leurs langues, sur leurs interprétations étiologiques, leurs quêtes de sens face à la maladie ou au malheur qui les frappent. Cette méthode engendre une négociation des savoirs dans la perspective commune du soin<sup>13</sup>.

La pluridisciplinarité de l'équipe permet de croiser plusieurs regards sur une situation, de laisser la possibilité d'une voix discordante, d'une parole critique au sein du dispositif clinique. Le patient se sent ainsi libre de dire s'il adhère ou non à telle ou telle interprétation qui est proposée concernant sa problématique, sa situation.

---

<sup>10</sup> Thomas C, 2019, « Le groupe en clinique transculturelle », *Pratiques* n°86, Juillet 2019.

<sup>11</sup> Moro MR, Radjack R, 2016, « Grossesse, naissance et petite enfance, une approche transculturelle », *Vocation sage-femme*, Vol 15, n°122.

<sup>12</sup> Salmi H, 2004, *Ethnopsychiatrie. Cultures et thérapies*, éd. Vuibert.

<sup>13</sup> Strauss A, 1992, *La trame de la négociation*, L'Harmattan, Paris.

En dehors des temps de consultations, les membres d'un même groupe échangent sur leur ressentis, leurs interprétations du récit. S'enclenche alors un travail proche de celui de la constellation transférentielle chère aux adeptes de la psychiatrie institutionnelle, où chaque écoutant ou interlocuteur du patient peut partager ses impressions, « la nature de son lien avec le patient ». « Dépassant son point de vue personnel [...] chacun fait l'expérience qu'il ne détient pas la vérité du patient, mais que cette vérité est plurielle, variable en fonction de chaque personne qui la raconte<sup>14</sup> ».

Face à un jeune mineur isolé comme Ousmane, le positionnement de l'éducatrice spécialisée par exemple se distinguera par des propositions et des questionnements concrets en termes de projets de vie, d'envie de formation professionnelle, de recherche d'autonomie alors que la psychologue tentera elle d'évaluer le risque dépressif. Pour ma part, j'essaierai de déceler dans son attitude et ses propos, la part de désenchantement face au déroulement de la vie ici et les éléments auxquels il pourrait se raccrocher. La confrontation ou plus justement l'entente de chaque point de vue amènera à un ajustement des éléments de discussion proposé à la séance suivante et ainsi de suite.

À propos de l'efficacité de la constellation transférentielle, Pierre Delion ajoute que « ce dispositif a des effets de formation du personnel soignant, puisqu'il soumet chacun à l'examen de sa position subjective et à l'observation de ses ressentis dans la relation. <sup>15</sup>»

Il en va de même en ce qui concerne notre cadre thérapeutique. J'ajouterais même que le patient lui-même, par son récit et le regard qu'il pose sur chacun de nous, nous accompagne dans cet exercice réflexif.

En effet, le discours, du point de vue de l'anthropologue nous en apprend autant sur le locuteur que sur nous-même. « Celui qui parle ne nous intéresse, d'un point de vue épistémologique, que dans la mesure où ce qu'il peut nous dire de sa posture personnelle est nécessaire à la compréhension de ce qu'il nous dit des autres » nous rappelle Jean-Pierre Olivier de Sardan<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> Delion P, 2015, « Clivage(s), psychopathologie et institutions », In *Le Carnet PSY* 2015/5 (N° 190), pages 49 à 51, Éditions Le Carnet PSY

<sup>15</sup> *Ibid.*

<sup>16</sup> Olivier De Sardan JP, 2016, *La rigueur du qualitatif*, éd Academia-Bruylant, p.21

Bien qu'il soit présent à chaque consultation alors que rien de l'y oblige, Ousmane nous surprend toujours par son attitude nonchalante et son apparent désintéret envers les suggestions qui lui sont faites lors de la consultation. Il agit malgré nous, malgré lui, par les questionnements et les interprétations qu'il suscite, comme un révélateur de nos positionnements professionnels. Dans certains cas, l'anthropologue, peut rediriger les questionnements des autres thérapeutes vers le contexte particulier du pays d'origine du jeune. Comment se dessine le parcours d'un adolescent à Kinshasa ? Comment peut se configurer le quotidien d'un jeune livré à lui-même dans cette situation ? Au-delà du désir d'une vie meilleure en France, quelles ressources mobiliser en fonction de son éducation, de ses références culturelles et sociales ?

L'anthropologue peut également jouer le rôle d'un tiers neutre, dans le sens où il ne s'inscrit pas totalement dans le paradigme du soin mais se concentre principalement sur un rapport émique à la parole de l'autre.

Lorsque nous le recevons, Ahmed est arrivé depuis quelques semaines, il a une vingtaine d'années. Au pays, il travaillait pour son père, ancien militaire de l'armée française s'étant reconverti dans « *le business* » après l'indépendance. Ayant des doutes sur la nature de ses activités, il cherche à en savoir plus et se trouve rapidement confronté à de sérieuses menaces. Sentant sa vie en danger, il prend le premier avion vers l'Europe.

Ahmed est extrêmement stressé, il exprime sa méfiance envers les professionnels qu'il croise pour ses démarches de demande d'asile ou pour sa santé et qui « *ne savent pas tenir leur langue* ». Avec nous, il semble également sur la défensive. Il évoque les nombreuses altercations qu'il a eu depuis qu'il est en France : le repas à base de porc qu'on lui a servi à l'hôpital alors qu'il est musulman, le vigile qui est entré dans sa chambre sans se déchausser, la salle d'eau commune inaccessible pour faire ses ablutions, les propos irrespectueux entendus à proximité de la mosquée.

Lorsque sa thérapeute principale lui demande ce qu'il ressent face à ces événements, Ahmed évoque l'intervention de « *Satan, qui tente même les bons musulmans à faire de mauvaises choses* ». Il parle de la difficulté de « *regagner des points* » dans un contexte qui le malmène sans cesse.

Certains co-thérapeutes sont un peu décontenancés, « *de quels points parlez-vous ?* », Ahmed s'agace « *ah, vous n'y croyez pas, ça vous fait sourire hein, mais à chaque action que*

*vous faites les bons et les mauvais points sont comptés* ». Si l'incompréhension se lit sur un visage, c'est une porte qui se ferme.

Entre deux consultations, sont évoqués le sentiment de persécution, la paranoïa voire l'agressivité.

Recentrer l'écoute sur le discours, c'est entendre la difficulté de pratiquer sa religion au quotidien dans les conditions qui sont les siennes en France, c'est entendre le besoin de protection, divine, à défaut de celle humaine, le besoin de racheter les fautes commises à son insu. C'est percevoir « les codes sous-jacents », « la grammaire culturelle générant les discours et représentations <sup>17</sup>»

### ***Faciliter la communication en prêtant attention aux risques d'incompréhension d'ordre culturel.***

De manière générale, « les réactions de contre-transfert culturel se situent sur un axe rejet/fascination, autrement dit sur un axe déni/réification de la différence. Lorsque les réactions de contre-transfert culturel ne sont ni identifiées ni explicitées, elles tendent à séparer patients et thérapeutes en augmentant la distance réelle et/ou fantasmée qui existe entre eux <sup>18</sup>».

Pour identifier et expliciter son contre-transfert culturel, il faut introduire dans la triangulation d'autres disciplines : l'anthropologie en premier lieu, mais aussi la sociologie, l'histoire, la politique.

Comprendre la situation d'un enfant chassé du domicile parental après des accusations de sorcellerie nécessite de prendre en considération à la fois la situation singulière, familiale du jeune et les dimensions collectives, sociales et politiques caractéristiques de ce type d'accusation, relativement fréquente en Afrique centrale. Une bonne connaissance des études sur ce sujet<sup>19</sup> est indispensable, pour les professionnels de santé ou du social, à un accompagnement adapté, surtout en cas d'adhésion de la personne aux accusations.

---

<sup>17</sup> *Ibid.* p117

<sup>18</sup> Rouchon, Jeanne-Flore, et al. « L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique », *L'Autre*, vol. 10, no. 1, 2009, pp. 80-89.

<sup>19</sup> Cf entre autres : Degorge V., « Les enfants dits « sorciers » dans les rues congolaises », *Le Journal des psychologues* 2010/1 (n° 274), p. 36-39 ; Ballet J., et al., « Enfants sorciers à Kinshasa (RD Congo) et développement des Églises du Réveil », *Mondes en développement* 2009/2 (n° 146), p. 47-58 ; Cimpric A., 2010, *Etude anthropologique des pratiques contemporaines relatives aux enfants en Afrique*, UNICEF Bureau Afrique de l'ouest et du centre (BRAOC), Dakar

Les biais contre-transférentiels concernent également la culturelle professionnelle. L'enfermement dans une grille de lecture disciplinaire, souvent ethnocentrée, peut conduire à des impasses thérapeutiques. Les travaux en cliniques transculturelle attestent des risques d'erreur de diagnostic ou de réponse thérapeutique ou médicamenteuse inadaptée.

Après un suivi psychiatrique d'une dizaine d'années, ponctué de période d'hospitalisations, une année de consultations au sein de l'association nous a permis de constater un net changement chez Amélie<sup>20</sup> « harcelée par un djinn » qui « la touche, lui parle sans cesse, la harcèle » et la pousse à des actes violents. Elle souhaite interrompre les consultations avec le psychiatre de l'hôpital qui ne la croit pas et lui « donne des médicaments contre les hallucinations » « qui ne marchent pas ». Elle trouve auprès du groupe de co-thérapeutes une écoute qui lui permet, petit à petit, d'élaborer un rapport plus apaisé à cet « esprit malfaisant ».

L'approche clinique transculturelle, complémentariste, a permis une co-construction du sens avec la patiente. Sans écarter une possible interprétation des symptômes par la psychose, les thérapeutes ont su restés vigilants aux risques de surinterprétations et ont accueilli l'énoncé étiologique de la possession par un djinn sans préjugés. Le sens donné par la patiente à son malheur devient alors un levier thérapeutique permettant d'établir la relation et d'accéder à son monde interne<sup>21</sup>. Petit à petit les agressions nocturnes ont laissé la place à des rêves d'avenir sereins. Amélie se dit « libérée », diminue ses traitements et envisage de nouveaux des projets de vie.

La complémentarité entre les professionnels présents en consultation touche également à leur posture. La « juste distance » avec le patient, comme repère déontologique du soignant ne concerne pas directement l'anthropologue. Ce dernier, pratiquant la méthode qualitative, « afin de comprendre le plus finement possible les logiques de représentation, de perception ou d'actions de ses interlocuteurs », doit d'une part « prendre au sérieux tout ce qui est dit, se mettre en phase avec celui qui parle », d'autre part, quand il le considère opportun, peut opter pour « un mode communicationnel familial »<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> La situation d'Amélie a fait l'objet d'un article : Thomas C., 2021, « Mon problème, c'est spirituel », *Pratiques*, n°94, Juillet 2021.

<sup>21</sup> Réal, Cohen, Koumentaki, Moro, 2014, « Une approche ethnopsychiatrique de la psychose », in *L'autre, clinique, cultures et sociétés*, vol.15, n° 3, PP 328-345.

<sup>22</sup> Olivier De Sardan JP., *opus cit.*



Pour les professionnels soignants c'est cette marge de manœuvre propre au positionnement de l'anthropologue, cette inventivité parfois, en décalage avec leurs pratiques de soins habituelles qui favorise ce « pas de côté » propre à l'approche transculturelle.

Isam est saoudien. Il a fui son pays à la suite du massacre de plusieurs membres de sa famille. Tuerie à laquelle il a échappé parce qu'il était chargé de surveiller le bétail dans des pâturages éloignés du village. Il souffre de maux d'estomac, de désordres œsophagiens et surtout d'une mauvaise odeur buccale dont il ne peut se débarrasser et qui l'isole de tout contact social, « *quand j'ai un RDV j'espère toujours que ça va être annulé, parce que j'ai trop honte* ». C'est ce dernier point qui pour lui est le plus handicapant. Cependant en dehors de lui, personne ne perçoit cette odeur. Il reste persuadé que c'est par politesse ou incompetence que les médecins qu'il a consulté pour ses problèmes lui assurent qu'il n'y a aucune pathologie identifiable et surtout aucune odeur inconvenante.

Lorsque son thérapeute principal lui demande s'il peut décrire cette odeur, Isam répond « *vous voyez l'odeur d'un cadavre en décomposition ? et bien c'est exactement ça* ». Selon Isam, la cause pourrait être l'excès de tabac et de produits psychotropes qu'on lui donnait dans la prison libyenne où il a été détenu plusieurs semaines. Pour le thérapeute principal, psychologue, il y a peu de doute, cette odeur, inscrite dans sa mémoire, est le marqueur de son traumatisme dont il ne peut se défaire. Il tente, d'amener Isam vers cette idée afin qu'il puisse mettre en récit sa douleur et trouver ainsi une issue. Mais ce dernier exprime son désaccord et son irritation à ne pas se sentir compris dans sa plainte somatique.

Je demande alors à l'équipe s'ils m'autorisent à proposer une boisson de ma composition – avec des ingrédients que l'on trouve facilement chez nous et que Isam connaît certainement. A la consultation suivante, j'amène un litre d'une infusion à base de bissap, de tamarin et de gingembre et un sachet en plastique avec une bonne quantité de chacun de ces ingrédients, de quoi en faire plusieurs autres litres. J'apporte également des gobelets afin de partager cette boisson tous ensemble pour que Isam soit assuré de sa qualité.

Ma démarche est claire, je m'appuie sur des connaissances profanes, vernaculaires sans intentions de me substituer aux discours et traitements médicaux. Je tente ici de mobiliser et valoriser ses savoirs transmis et empiriques et recentrer les échanges sur l'aspect somatique de sa souffrance. L'équipe est ouverte à ma proposition.

Je lui explique le choix des fleurs d'hibiscus<sup>23</sup> (*Hibiscus sabdariffa*), pour leur propriétés digestives et diurétiques, du gingembre (*Zingiber officinale*) pour ses vertus antinauséuses et tonifiantes et du tamarin pour ses effets antiparasitaires et ses bénéfices contre les brûlures d'estomac.

Isam est très réceptif. Nous partageons nos savoirs respectifs sur la façon de préparer et de consommer chacune de ces plantes. Nous échangeons également sur l'utilisation de l'hibiscus au Soudan et sur les différences entre le tamarin tel que je le connais (*Tamarindus indica*) – présent à l'île de La Réunion et celui que l'on trouve majoritairement au Soudan (*Dialium guineense*) autrement appelé « tamarinier noir » qui n'a pas les mêmes propriétés. Je précise que la tisane n'est pas incompatible avec les médicaments, qu'elle est complémentaire (et aussi qu'il y a comme effet secondaire, un risque de diarrhée si elle est consommée en trop grande quantité).

Isam semble satisfait de ses riches échanges et me remercie, « *c'est très bien, ça va me nettoyer. Ailleurs personne ne cherche de solution à mon problème, ici c'est différent* ».

La consultation se poursuit autour de ses propres connaissances phytothérapeutiques. A la séance suivante, Isam nous montre des photos de paysages verdoyants de chez lui sur son téléphone et nous décrit son bétail, chameaux, vaches, brebis, nous parle de son amour de la terre. La relation se renoue...

### ***Observer les bénéfices de cette pratique à la marge.***

Dans la grande majorité des institutions, « la dimension interculturelle reste méconnue, notamment dans les principes théoriques qui la caractérisent et les enjeux qui l'accompagnent. <sup>24</sup>»

En Province, comme c'est le cas à La Roche-sur-Yon où se situe l'association Accsit, la consultation transculturelle est bien souvent la seule option pour bénéficier de soins psychiques en présence d'un interprète. Les Centres médicaux psychologiques (CMP) de leur côté, en plus

---

<sup>23</sup> Utilisées pour le bissap.

<sup>24</sup> Tessier S., Kotobi L., Boussouar M., (dossier coordonné par), 2017, Interculturalité, médiation, interprétariat et santé, déc 2017, édité par santé publique France.

d'être bien souvent saturés, ne sont en mesure d'accueillir un interprète que pour une ou deux consultations.

Pour les médecins généralistes qui reçoivent des patients ayant subi des violences ou connu des parcours migratoires complexes, lorsque les examens somatiques n'apportent pas de résultats probants ou lorsque les traitements médicamenteux n'arrivent pas à bout des douleurs ou de l'angoisse, l'orientation vers la consultation transculturelle est un appui non négligeable.

Pour les psychologues et psychiatres notamment, travailler en présence d'interprètes et plus encore en présence de co-thérapeutes est un exercice nouveau, difficile à appréhender pour certains. Mais très vite, l'expression des émotions dans la langue maternelle, le travail sur la sémantique, sur les images, les associations, les représentations, d'une langue à l'autre, d'un monde à l'autre, mais aussi l'appui du groupe comme rempart à la transmission d'un récit traumatique, révèlent toute leur richesse et nourrissent la pratique clinique.

En tant qu'anthropologue de la santé, l'intégration dans les consultations comme co-thérapeute offre un terrain d'observation de l'interaction entre soignants et patients, de la démarche psychothérapeutique, de l'appropriation de ce moment d'écoute et de travail psychique par les personnes en souffrance. Je demande l'autorisation aux patients de prendre des notes pendant la consultation. D'une part cela me permet de retravailler sur les échanges entre patients et thérapeutes, d'analyser plus finement, avec recul, les données recueillies, d'autre part le thérapeute principal, à qui je les transmets peut s'appuyer dessus pour la consultation suivante.

Cette configuration de soins me permet d'être dans une posture d'observation participante, à la fois actrice et chercheuse, dans une démarche anthropologique appliquée où chaque hypothèse de travail, élaborée au cas par cas, est directement confrontée au réel, confirmée ou contredite par le patient lui-même.

L'expérience clinique se révèle comme lieu d'application et de construction du savoir-faire thérapeutique et méthodologique où les professionnels de la santé peuvent s'appuyer sur le regard extérieur de l'anthropologue pour se décentrer et où celui-ci s'appuie sur la pratique clinique pour comprendre la transculturalité dans le soin. Parfois, la posture et la réflexion anthropologique sur une situation amène à la conception de leviers thérapeutiques inédits. La présentation d'un objet, l'évocation d'une pratique, d'une recette, d'un proverbe ouvre la voie

au récit de soi. Retisser du lien, de la continuité, de la cohérence avec sa propre histoire bien souvent fracturée, déchirée, trouée, participe à la reconstruction psychique. Ce faisant, la relation à l'autre, en consultation et au-dehors, se consolide. Il ne s'agit pas ici d'intégration, d'adaptation mais bien d'une reconnaissance de part et d'autre, de l'autre comme soi-même ou de soi-même comme un autre<sup>25</sup>.

Les patients pour leur part, expriment bien souvent leur reconnaissance envers ce lieu singulier. Malgré les difficultés du quotidien, la précarité, la perte de repère parfois, dans l'espace et le temps, due à leurs souffrances psychiques, ils sont au rendez-vous. Certains « disparaissent » du jour au lendemain, repartis sur la route de la migration mais nombreux sont ceux qui bénéficient de cet accompagnement au long cours, jusqu'à l'apaisement des symptômes.

Ainsi la consultation transculturelle se présente comme un lieu de « travail vivant »<sup>26</sup>, où se déroule la mise en œuvre d'habiletés originales, d'un savoir-faire sans cesse enrichi là où précisément les pratiques conventionnelles s'avèrent insuffisantes.

---

<sup>25</sup> Ricoeur P., 1990, *Soi-même comme un autre*, éd du Seuil.

<sup>26</sup> Dejours C., Gernet I., 2012, « Travail, subjectivité et confiance », Dans *Nouvelle revue de psychosociologie* 2012/1 (n° 13), pages 75 à 91. Éditions Érès

## Bibliographie

- Delion P, 2015, « Clivage(s), psychopathologie et institutions », In *Le Carnet PSY* 2015/5 (N° 190), pages 49 à 51, Éditions Le Carnet PSY
- Dejours C., Gernet I., 2012, « Travail, subjectivité et confiance », Dans *Nouvelle revue de psychosociologie* 2012/1 (n° 13), pages 75 à 91. Éditions Érès
- Devereux G, 1983, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris
- Douville O, 2013, « Histoire et situations contemporaines de l'anthropologie clinique », *Cahiers de psychologie clinique* n°40
- Hudelson, 2002, « Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? », *Médecine et Hygiène* n°2407, d'octobre 2002.
- Moro MR. *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod ; 1998 (coll. Thérapies). Deuxième et troisième éditions sous le titre *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents* (2000, 2004). Quatrième édition sous le titre *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent* (2011).
- Moro M, 1992, « Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie : L'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles ». *Santé mentale au Québec*, 17(2), 71– 98.
- Moro MR, Radjack R, 2016, « Grossesse, naissance et petite enfance, une approche transculturelle », *Vocation sage-femme*, Vol 15, n°122.
- Moro M-R, Baubet T., 2013, *Psychopathologie transculturelle*, Elsevier Masson
- Nathan T, 2013, *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod
- Olivier De Sardan JP, 2016, *La rigueur du qualitatif*, éd Academia-Bruylant, p.21
- Réal, Cohen, Koumentaki, Moro, 2014, « Une approche ethnopsychiatrique de la psychose », in *L'autre, clinique, cultures et sociétés*, vol.15, n° 3, PP 328-345.
- Ricoeur P., 1990, *Soi-même comme un autre*, éd du Seuil.
- Roheim G, 1967, *Psychanalyse et anthropologie*, Gallimard, Paris
- Rouchon, Jeanne-Flore, et al. « L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique », *L'Autre*, vol. 10, no. 1, 2009, pp. 80-89.
- Strauss A, 1992, *La trame de la négociation*, L'Harmattan, Paris.
- Tessier S., Kotobi L., Boussouar M., (dossier coordonné par), 2017, *Interculturalité, médiation, interprétariat et santé*, déc 2017, édité par santé publique France.
- Thomas C, 2021, « *Mon problème, c'est spirituel* », *Pratiques*, n°94, Juillet 2021.
- Thomas C, 2019, « Le groupe en clinique transculturelle », *Pratiques* n°86, Juillet 2019
- Salmi H, 2004, *Ethnopsychiatrie. Cultures et thérapies*, éd. Vuibert.

## **Juliet M. Corbin et Anselm A. Strauss à l'avant-garde de l'analyse des activités de travail effectuées aux marges du champ de la santé**

Sophie Divay et Florence Legendre, Université de Reims

### **Résumé :**

Notre communication porte sur des activités de travail essentielles pour les malades atteints de pathologies chroniques, activités qui s'avèrent toutefois marginales dans le champ de la santé, pour ne pas dire invisibles ou invisibilisées, voire illégitimes car relevant de savoirs dits « profanes ».

Nous nous intéressons ici au travail fourni par les proches des malades, et plus précisément par leurs compagnes/épouses et compagnons/époux. Ces « aidant.es » ne constituent de ce fait pas à proprement parler un groupe professionnel, mais jouent un rôle central, notamment en tant que soignant.e.s, pourvoyeuse.eur.s de soutien moral, organisatrice.eur.s de la vie quotidienne, mais aussi en tant qu'interfaces entre la personne malade et l'ensemble des professionnel.les du monde médical et paramédical.

Il s'agit là de l'étude d'une zone d'ombre de la prise en charge de malades, incurables, mais voués à vivre parfois de longues années avec leur(s) maladie(s). En l'occurrence, le projecteur est plutôt braqué sur les proches, bien portant.es, et le travail biographique qu'elle.il.s doivent faire, en interaction avec leur compagne ou compagnon malade, ces processus se produisant sur un temps long et de façon évolutive.

L'analyse de ces situations, en marge du champ de la santé, se fonde sur les enseignements tirés des travaux de Juliet M. Corbin et Anselm A. Strauss, et plus précisément d'un de leurs ouvrages, peu connu et publié en 1988, intitulé : *Unending Work and Care. Managing Chronic Illness at home*<sup>1</sup>.

### **Trois décennies après sa parution, un ouvrage au cœur de l'actualité du champ de la santé**

Publié en 1988 aux Etats-Unis à propos d'un problème considéré alors comme émergent, l'ouvrage rejoint aujourd'hui, en 2023 en France, une préoccupation de santé

---

<sup>1</sup> Juliet M. Corbin et Anselm A. Strauss, *Unending Work and Care. Managing Chronic Illness at home*, A joint publication in Jossey-Bass Inc., Publishers, San Francisco, California & in Jossey-Bass Limited London, 1988.

publique : les effets de la maladie chronique sur la vie sociale des malades, mais aussi sur les proches et les accompagnants. L'importance de la sphère familiale et/ou de proximité face à cet évènement douloureux que constitue la maladie chronique, est aujourd'hui progressivement reconnue, tant juridiquement que socialement (Rebourg, 2018). Dans la dernière décennie, les recherches menées en France sur l'expérience des malades et des aidants soulignent, comme le font Corbin et Strauss dès 1988, les dimensions économiques des situations vécues, mais également les coûts humains et sociaux mal estimés, peu pris en compte et peu étudiés qualitativement (Coudin, 2005 ; Imbert *et al.*, 2010 ; Hennion *et al.*, 2012 ; Campéon *et al.*, 2012 ; Bruno, 2018).

La médiatisation de la figure des « aidants » (Bloch, 2012) dans de nombreux champs médico-sociaux (de la vieillesse, du handicap, de la maladie chronique, etc.), relativement récente en France, s'inscrit dans l'orientation libérale des politiques de santé publique en faveur des pratiques ambulatoires ou de l'hospitalisation à domicile. Présentées comme de « nouvelles » modalités de prise en charge au profit du « bien-être du patient », elles permettent également de désengorger l'hôpital devenu exsangue sous le coup des injonctions d'optimisation financière de son organisation : contrôle des dépenses, tarification à l'acte, taux d'occupation des lits, durée moyenne de séjour, etc. (Belorgey, 2010 ; Bertillot, 2017, 2018, 2020 ; Juven, 2016 ; Juven, Pierru, 2019 ; Gheorghiu, Moatty, 2013 ; Vincent, 2021).

Dans les rhétoriques professionnelles, elles renvoient le malade du statut d'objet au statut de sujet. Pour autant, les situations des personnes seules, des proches ou des conjoints sont peu interrogées institutionnellement et sociologiquement. D'une part, l'individualisation des modalités de prise en charge de la maladie permet une désocialisation des coûts. On peut ainsi penser qu'elle représente un repli vers une précarisation de la solidarité (Ponet, Puyuelo, Roucoules, 2014), au détriment des femmes puisqu'il s'agit le plus souvent d'aidantes. D'autre part, ces pratiques participent au flou des frontières entre groupes professionnels, entre professionnels et amateurs de l'accompagnement, entre savoirs experts et profanes, etc. engendrant tant des complexités douloureuses pour les acteurs (Bourg, Ghouas, Pinel, 2014) que des pratiques d'entre-aide et de collaboration (Legendre, Leconte-Volpert, 2014). Demeurent ainsi encore aujourd'hui de nombreuses conséquences pesant sur les professionnel.le.s, oubliées et non prises en compte, qui sont abordées dans cet ouvrage. Cela concerne notamment les infirmières, dont la formation connaît ces dernières années des évolutions qui s'inspirent du modèle américain. En France, l'universitarisation du cursus est

récente. Le diplôme d'Etat infirmière en pratique avancée (IPA) de grade master a été créé en 2018. Le décret qui instaure une section du Conseil national des universités en sciences infirmières date de 2019. Ainsi, le groupe professionnel a-t-il obtenu des reconnaissances réclamées de longue date en France (Divay, Girard, 2019 ; Divay, Jovic, 2022), alors qu'elles existent depuis longtemps aux Etats-Unis (Diebolt, Fouché, 2011).

Juliet Corbin, co-auteure de l'ouvrage, incarne la figure de cette praticienne hautement qualifiée qui fait carrière dans la recherche. En 1963, elle obtient une licence en sciences infirmières à l'université d'Etat d'Arizona, en 1972 elle suit un master et reçoit en 1981 le titre de docteur en « nursing science » à l'issue de sa thèse à l'université de Californie. A ce titre, cet ouvrage co-dirigé par une chercheuse en sciences infirmières et un sociologue du travail et des professions est d'actualité tant pour le groupe professionnel français des infirmières de pratiques avancées (IPA) que pour les médecins qui sont les chefs d'orchestre de la délégation d'actes médicaux tant vis-à-vis des paramédicaux que des médicaux à compétences limités (par exemple, sages-femmes, *cf.* Charrier, 2007).

Il y a tout intérêt à mettre en regard les systèmes de santé étatsuniens et français. En effet, en 1988, les auteur.es soulignent l'importance du contexte de politiques de santé pour comprendre l'expérience des malades. En l'absence de « sécurité sociale », c'est à la famille, aux proches de prendre en charge les malades. Ce modèle résonne avec les évolutions récentes de notre système de santé marqué par le désengagement de la Sécurité Sociale dans le remboursement des frais de soins, le transfert de responsabilités du public vers le privé, le développement des assurances complémentaires privées, etc. A cet égard, la recherche des auteur.es n'apparaît pas dépassée aux lecteurs français. Bien au contraire puisque le système de santé français actuel évolue sur le modèle libéral américain.

Dans le cadre du « nouveau management public » qui vise l'efficacité optimale des dépenses publiques, deux sortes de politiques de santé sont déployées (Bezes, 2009 ; Bezes, Siné, 2012 ; Lascoumes, Le Galès, 2004 ; Moisdon, 2000). L'une s'attache principalement aux dynamiques des groupes professionnels de santé. Par exemple, pour faire face à la pénurie de médecin, il s'agit de transférer en cascade des tâches aux membres de différents groupes professionnels paramédicaux ou de « nouveaux métiers intermédiaires », selon une logique hiérarchique de délégation de « sale boulot » (Hughes, 1996), afin de dégager du temps considéré comme purement « médical ». Ces orientations ont été progressivement, mais



relativement rapidement, développées au travers des nombreux programmes (rapports et expérimentations) de « coopération des professions de santé », grandement portés en France, à partir du début des années 2000, par un acteur moteur, le professeur en médecine Yvon Berland (2002, 2003, 2008, 2011).

En situation de pénurie de personnel, comme c'est le cas actuellement dans la fonction publique hospitalière française, le développement de la main-d'œuvre dédiée aux tâches les moins « médicales » d'accompagnement se fait également à l'extérieur de l'hôpital, en particulier dans le secteur de l'aide ou du maintien à domicile.

De sorte que nous arrivons à l'autre mode de politique publique de santé qui concerne directement les patients et leurs proches. Il s'agit non seulement de reconnaître les « tiers aidants », mais également le « patient expert », « l'éducation thérapeutique », les « droits du patient » qui assureraient le « consentement libre et éclairé ». Autant de dispositifs diversifiés qui ont en commun de revendiquer l'« *empowerment* » des patients et de leur entourage (les profanes) par rapport aux professionnels soignants. Inscrits dans la rhétorique libérale, ils illustrent bien l'individualisation des soins. On le voit, les thématiques développées par les auteur.e.s il y a plus de trente ans sur l'expérience individuelle de la maladie comme construction historique et sociale contingente éclaire particulièrement bien ce qui se passe en France aujourd'hui.

L'actualité de cet ouvrage réside également dans le modèle conceptuel et épistémologique qu'il met en œuvre. Il s'agit d'explorer l'expérience sociale de la maladie à partir d'un regard sociologique interactionniste qui se centre sur ce qui se passe dans les interactions, selon une approche microsociologique. Les auteur.es présentent une description très fine, détaillée, et approfondie d'étude de cas. L'analyse très structurée qui en est faite n'a pour autant rien de systématique. Au contraire, les interactions concernant tout autant les acteurs impliqués que les variations des situations, la compréhension des cas ne s'appuie pas sur un modèle rigide et ne débouche pas sur des généralisations. Cette finesse d'analyse permet d'appréhender toute la complexité des situations qui ne peuvent être modélisées, réduites à des schémas généraux statiques et stéréotypés. Les évolutions, les changements dans le temps, sont pris en compte. On pense ici en termes de processus inscrits dans des temporalités et des situations d'interactions à multiples interactants. Illustration très rigoureuse de la théorie ancrée (Glaser, Strauss, 2010), la traduction de trois chapitres de cet ouvrage complète utilement les

précédentes traductions en français des œuvres de Strauss, la connaissance francophone des riches apports de ces travaux pour la recherche qualitative restant à développer (Soulet, 2010). Cet apport rejoint d'ailleurs d'intéressantes traductions d'articles ces dernières années (Becker et al, 2020 ; Strauss, 2022).

### **Présentation des auteur.e.s et de l'ouvrage**

Les travaux d'Anselm Strauss sont extrêmement variés et portent principalement sur la sociologie médicale du travail et des professions. Nous renvoyons le lecteur à l'introduction qu'Isabelle Baszanger (1996) propose dans la *Trame de la négociation* pour une description plus détaillée du parcours intellectuel d'Anselm Strauss. Nous ne retenons ici que les éléments qui permettent de mieux situer *Unending Work and Care* dans l'œuvre prolifique d'Anselm Strauss.

Anselm Strauss est né en 1916 dans l'état de New-York et est mort en 1996 à San Francisco. Après des études de médecine, il suit un cursus de sociologie à l'Université de Chicago. Membre reconnu de la « seconde école de Chicago » (Chapoulie, 2001), il travaille sur les interactions sociales et sur les productions collectives, telles qu'elles se construisent au fil des relations et des négociations entre les individus, tout en prenant en compte les contextes. Au-delà de ses nombreux terrains de recherche, souvent autour de l'hôpital et de l'expérience de la maladie, il a beaucoup participé à la diffusion d'une épistémologie de recherche qualitative : la théorie ancrée (Barney, Strauss, 2010).

*Unending work and care* est un des derniers ouvrages co-écrits par Strauss. Il peut tout à fait se lire comme une mise en œuvre exemplaire de l'épistémologie présentée dans *La découverte de la théorie ancrée*, dont la première version est éditée en 1967. La première partie présente le cadrage théorique, issu des données de terrain. (« grounded on the data » p.1) articulant les concepts principaux de « trajectoire », d'« ajustements », de « travail biographique », etc. La deuxième partie renferme des études de cas concrets, éclairées (« illumined » p. 2) par les concepts présentés dans la partie précédente.

Sa particularité est d'avoir été écrit non avec un collègue universitaire sociologue, comme ses précédentes collaborations éditoriales, mais avec une chercheuse en sciences infirmières. Juliet Corin enseigne alors au département des soins infirmiers de l'Université d'État de San José. Elle est chercheuse associée au département des sciences sociales et

comportementales de l'université de Californie à San Francisco. Elle rencontre Anselm Strauss pendant ses études, mais leur collaboration débute réellement lors de son post-doctorat qu'il dirige.

Ses recherches ont par la suite continué de porter sur les maladies chroniques et la sociologie du travail. Elle est donc chercheuse mais également praticienne. Elle a une expérience considérable en tant qu'infirmière, travaillant à la fois en milieu hospitalier et au domicile de malades chroniques. Cette étroite collaboration se poursuivra pendant 15 ans avec la co-écriture d'un ouvrage méthodologique de référence d'application de la théorie ancrée, publié la première fois en 1990, « Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory ».

On le voit, les objectifs de *Unending Work and Care* s'inscrivent tout autant dans une entreprise de diffusion d'une épistémologie de recherche que d'essaimage de ce type d'analyse auprès des praticiens. La préface précise ainsi que les lecteurs de ce livre seront « 1/ des praticiens de terrain, 2/ des décideurs, 3/ des chercheurs en sciences sociales ».

Trois chapitres de l'ouvrage seront au cœur de notre communication. Il s'agit : du chapitre 1 « L'effet de la maladie chronique sur la vie des gens », du chapitre 7 « Travailler ensemble pour gérer la maladie » et du chapitre 12 « Comment le conjoint est affecté ».

Leur traduction en français est consultable dans un article à paraître dans la revue SociologieS de l'AISLF, accessible par ce lien : <https://journals.openedition.org/sociologies/19986>

## **Apports de l'ouvrage pour les sociologues et pour les personnes concernées par les maladies chroniques (malades, entourage, soignants)**

### ***Richesse des matériaux empiriques***

On ne reviendra pas ici sur les spécificités de l'approche méthodologique des auteur.es, si ce n'est pour rappeler que leur démarche s'inscrit dans un courant qui privilégie le travail de terrain (*field work*), et dont les principes ont été présentés et définis dans de nombreux ouvrages, dont celui que Anselm Strauss a cosigné avec Juliet Corbin en 1990.

Cette approche empirique et microsociologique des objets étudiés, centrée sur les interactions mais sans faire abstraction des structures, où les points de vue subjectifs ne sont pas conçus comme la résultante de déterminismes, constitue le terreau fertile d'où émergent les données. Et les auteur.es ne se privent pas de mettre en évidence ces données brutes au travers de nombreux extraits d'entretiens d'une remarquable richesse.

Mais quelle est la nature de cette richesse, quelles perles livre-t-elle aux chercheurs et aux lecteurs ? Tout d'abord, une somme conséquente de renseignements variés et circonstanciés. Le temps laissé aux enquêté.es pour raconter les événements et se raconter dans ces événements permet de débusquer tous les rouages des logiques mises en œuvre, plus ou moins spontanément, de façon plus ou moins pensée, en réaction aux imprévus qu'il faut intégrer dans une ligne de conduite fragilisée et à réinventer. La mise au jour de cette complexité est fondée sur des récits situés dans le temps, grâce à des historiques, linéaires ou non, qui fournissent les matériaux nécessaires à une reconstitution des phases communes traversées par les personnes directement ou indirectement touchées par la maladie chronique.

Ces témoignages sont à double facette. Ils révèlent tout le poids de la solitude qui pèse sur les conjoint.es de malades et dans laquelle elle.ils sont isolé.es, voire enfermés tant le partage des vécus est difficile (épuisant, chronophage alors que le temps manque, honteux, tabou, etc.). Mais, parallèlement, de leur comparaison ressort des constantes transversales et communes à ces expériences individuelles et singulières, non pas identiques mais diversifiées et évolutives en fonction des variations possibles.

Pour être fructueuse, les chercheur.es ont bien compris que leur posture ne pouvait être que compréhensive : quel sens l'interviewé.e donne-t-elle.il à ses actions ? C'est à cette condition que le témoignage peut être livré et construit car il émane d'individus fortement fragilisés, mais dont la fragilisation est inconnue, ignorée, et souvent cachée. Le membre du couple bien portant « va bien », seul.e le.la malade compte, tous les efforts sont concentrés sur elle ou lui. Et pourtant, les auteur.es lèvent le voile sur la situation des proches souvent silencieux, parce qu'à l'écoute de l'autre, dans l'oubli de soi alors qu'elles.ils sont désespéré.es, perturbé.es, désorienté.es. Elle.ils sont également souvent atteint.es dans leur corps et pâtissent des effets de différents troubles réactionnels (épuisement, insomnie, perte ou prise de poids, alcoolisme, confusion mentale, perte de mémoire, intentions suicidaires, etc.)

Comme dans toute enquête de terrain consacrée à des gens confrontés à des souffrances corporelles, psychologiques, affectives, la posture compréhensive doit se doubler d'une bienveillance distanciée permettant à l'enquêteur.e de faire son travail malgré la forte charge émotionnelle qu'il reçoit et dont il a suscité l'émission. Et curieusement, ce sont les enquêté.es qui aident l'enquêteur dans cette démarche. Comment ? Par le travail réflexif que la situation d'interview fait mener aux interviewé.es. Une autre dimension de la richesse des entretiens apparaît clairement là. Les discours renferment non seulement des données, mais aussi une auto-analyse pertinente de ces données : contextualisation, mise en lien et hiérarchisation des faits, prise de distance critique, identification de la combinaison de causes et description des effets croisés, etc.

La satisfaction intellectuelle que fournit la lecture de ces extraits d'entretien s'accompagne de découvertes contre-intuitives, par exemple sur les conséquences inattendues et positives de la maladie sur le conjoint non malade. Un mari explique ainsi que depuis le diagnostic du cancer de sa femme, il se montre beaucoup plus attentif à sa propre santé ; par un effet miroir, il s'efforce d'adopter une alimentation plus saine. Une épouse, fortement éprouvée par les épisodes douloureux qu'elle a vécus depuis le début de la maladie de son mari en arrive à faire le point sur sa relation de couple. Sans utiliser ces mots, elle comprend les mécanismes de la domination masculine que son mari exerce sur elle et dont les manifestations s'exacerbent (devenant plus visibles) depuis qu'il est malade : indifférence à ce qu'elle ressent, privation affective, agressivité, autoritarisme, etc. A l'issue de ce bilan, elle envisage éventuellement de mettre fin à sa relation conjugale pour se libérer de cette emprise. Finalement, on peut dire que certaines enquêtes se sont montrées plus clairvoyantes sur la question des rapports sociaux de sexe que Strauss et Corbin. Là réside de la façon la plus marquée leur « gender blindness ».

### ***Des chercheur.es engagé.es***

Corbin et Strauss n'entendent pas en rester aux simples constats et à un travail d'analyse, aussi heuristique soit-il. Ils souhaitent également mettre leurs découvertes au service des acteurs de terrain. Pour ce faire, ils ont pour objectif de s'adresser aux soignants qui prennent en charge des patients souffrant de maladies chroniques et leurs proches. Les échanges avec les professionnels du « care » et du « cure » ont certainement été facilités par Juliet Corbin, infirmière elle-même.

Les auteur.es présentent dans la conclusion du chapitre 12 leurs préconisations. Ils jugent que les soignants seront plus efficaces s'ils font connaître aux couples les dispositifs d'aide existant pour eux. Mais pour que les couples s'en saisissent encore faut-il savoir les convaincre qu'ils ont le droit d'y recourir en toute légitimité. Ces professionnels du soin parviendront d'autant mieux à leurs fins s'ils disposent d'autres connaissances que celles relevant du médical. Et ces connaissances peuvent leur être apportées par des sociologues qui les aideront à mieux comprendre les logiques sociales propres à la situation d'un couple aux prises avec la maladie chronique. Les soignants, formés au traitement des dysfonctionnements de l'organisme, sont invités à se pencher sur les contextes de l'interaction conjugale, mal connus car relevant de la vie privée. Le projecteur est en outre braqué sur le conjoint, souvent laissé dans l'ombre, puisque l'attention est concentrée sur le malade. Les auteur.es insistent sur le fait que le processus de traitement de la maladie et de prise en charge du malade peut être grandement amélioré si celui-ci est considéré, non seulement dans sa « globalité individuelle », mais aussi dans son contexte de vie conjugale où la.le conjoint.e ne saurait être réduit.e à un.e accompagnant.e silencieuse.eux et pour ainsi dire transparent.e. Dans la foulée, les auteur.es militent pour la mise en place de meilleurs services d'aide destinés à ces malades chroniques et à leurs conjoint.es.

De toute évidence, cet ouvrage gagne à être connu tout à la fois des sociologues et du monde professionnel des soignants. Sa traduction ne peut que perpétuer le projet initial des auteur.es au-delà des frontières de leur pays. Elle peut alimenter les programmes de formation de personnels paramédicaux et médicaux ou encore le contenu de guides destinés aux patients et à leur entourage. Ces guides peuvent les aider à sortir de leur isolement et à faire le travail de reconstruction biographique nécessaire face à de telles bifurcations ou tournants brutaux qui transforment à tout jamais les relations conjugales et familiales. Car la chronicité est bien synonyme de perpétuité.

Les travaux de Corbin et Strauss sur la maladie chronique ouvrent un nouvel espace de spécialisation du soin (médical et paramédical), situé entre les maladies ponctuelles et les soins palliatifs (Castra, 2003), dans lequel les malades entrent de façon irréversible, souvent pour des années, et où les conjoint.es les accompagnent. Cet accompagnement peut représenter un piège, c'est-à-dire une voie sans issue. Quoi qu'il advienne, quoi que fasse le conjoint bien portant, ce sera mal ou il sera mal. Mal avec le malade parce que la mort guette et ronge l'interaction, qu'elle se passe bien ou pas. Ou plus mal encore, s'il est lui aussi atteint d'une maladie

chronique. Mal sans le malade, notamment s'il y a rupture de la relation, éventuellement synonyme de soulagement, mais surtout de culpabilité. Enfin mal après le décès du malade.

Les lecteurs sont particulièrement invités à lire le chapitre 12 et particulièrement le dernier paragraphe intitulé « Applications ». Ils y trouveront les préconisations que formulent les auteur.es permettant d'apporter de véritables soutiens aux patients et à leurs proches.

## Références bibliographiques

- Becker Howard S., Hughes Everett C., Geer Blanche P. & Strauss Anselm L., 2020, « L'assimilation des valeurs médicales par les étudiants de médecine : les perspectives de la responsabilité médicale et de l'expérience clinique », *Revue française de pédagogie*, 209, pp.107-127.
- Belorgey Nicolas, 2010, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.
- Berland Yvon, 2002, *Mission Démographie des professions de santé*, Paris, Rapport remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées n°2002135, novembre.
- Berland Yvon, 2003, *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Paris, Rapport d'étape remis au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, octobre.
- Berland Yvon, Henart Laurent, Cadet Danielle, 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, Paris, Rapport remis au ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Secrétaire d'Etat de la Santé.
- Berland Yvon, Maffioli Claude, 2008, *Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé*, Paris, Rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil d'avis du malade, Paris, Haute Autorité de Santé.
- Bertillot Hugo, 2017, « Mesurer la qualité pour transformer l'hôpital ? Analyse sociotechnique d'une discrète quantification », *Revue Française de Socio-Économie*, 2, n°19, pp. 131-152
- Bertillot Hugo, 2018, « Mesurer la qualité pour rationaliser l'hôpital. La genèse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en France », *Informations sociales*, 3, n°198, pp. 38-44.
- Bertillot Hugo, 2020, « Mesurer la qualité pour transformer l'hôpital ? Analyse sociotechnique d'une discrète quantification », *Revue Française de Socio-Économie / En lutte* (Hors-série), pp. 149-170.
- Bertillot Hugo, 2020, « Expertise, indicateurs de qualité et rationalisation de l'hôpital : le pouvoir discret de la "nébuleuse intégratrice" », *Revue française d'administration publique*, 2, n°174, pp. 425-441.
- Bezes Philippe, 2009, *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Bezes Philippe., Siné Alexandre (dir.), 2012, *Gouverner (par) les finances publiques*, Paris, Presses de Science-Po.
- Bloch Marie-Aline, 2012, « Les aidants et l'émergence d'un nouveau champ de recherche interdisciplinaire », *Vie Sociale*, n°4, pp.11-29.
- Bourg Sylvain, Ghouas, Mohammed, Pinel, Adrien (2014). « "Qu'est-ce que tu fous là ?" Des éducateurs spécialisés dans un groupe d'entraide mutuelle », *Empan*, 94, pp.53-60.



- Bruno Chantal, 2018, « Qu'est-ce qu'un.e aidant.e familial.e ? ». *VST - Vie sociale et traitements*, 139, pp.85-90.
- Castra Michel, 2003, *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Chapoulie Jean-Michel, 2011, *La tradition sociologique de Chicago. 1892-1961*. Paris, Seuil.
- Charrier Philippe, 2007, « Des hommes chez les sages-femmes : vers un effet de segmentation ? », *Sociétés contemporaines*, 67, pp.95-118.
- Coudin Geneviève, 2005, « Les familles des malades atteints de maladie d'Alzheimer et leur réticence vis-à-vis de l'aide professionnelle », *Sciences sociales et Santé*, n°23, pp.96-104.
- Diebolt Évelyne et Fouché Nicole, 2011, *Devenir infirmière en France, une histoire atlantique ? (1854-1938)*, Éditions Publibook Université, Paris.
- Divay Sophie, Girard Lucile, 2019, « Eléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : la formation des infirmières et de leurs cheffes », *Recherches en soins infirmiers*, n°139, 64-83.
- Divay Sophie, Jovic Ljiljana, 2022, « Infirmière en pratique avancée : une voie pour sortir de l'auxiliarat et aller vers la coopération ? », in Denise Thomas, Divay Sophie, Dos Santos Marie, Fournier Cécile, Girard Lucile, Luneau Aymeric, *Les pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Paris, IRDES, pp.221-236.
- Gheorghiu Mihăi Dinu, Moatty Frédéric, 2013, *L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail*, Rueil-Malmaison, éditions Liaisons, [Noisy-le-Grand], Centre d'études de l'emploi, coll. « Liaisons sociales ».
- Glaser Barney G., Strauss Anselm L., 2010, *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, Armand Colin.
- Glaser Barney G., Strauss, Anselm L., 2014, *Transitions statutaires : Une théorie formelle*. Academic press Fribourg.
- Glaser Barney G., Strauss, Anselm L., 2016, *La conscience de la fin de vie*. Academic Press Fribourg.
- Hennion Antoine, Vidal-Naquet Pierre (dir), 2012, *Une ethnographie de la relation d'aide: de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie. Treize récits de cas sur l'intervention du réseau des proches, des aidants et des soignants auprès de personnes atteintes de troubles psychiques ou cognitifs*, DREES.
- Imbert Geneviève (dir.), 2010, *RHISAA : Recherche qualitative exploratoire handicaps - incapacités - santé et aide pour l'autonomie* (vol. I et II), Paris, FNG.
- Juven Pierre-André, 2016, *Une santé qui compte ? Coûts et tarifs dans la politique hospitalière française*, Paris, Presses universitaires de France.

- Juven Pierre-André, Pierru Frédéric, Vincent Fanny, 2019, *La casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir.
- Lascoumes Pierre, Le Galès Patrick (dir.), 2004, *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences-Po.
- Legendre Florence, 2016, « Devenir artiste de cirque : l'apprentissage du risque », *Travail Genre et Sociétés*, 36/2016, pp.115-131.
- Legendre Paule, Leconte-Volpert Martine, 2014, « Échanges entre aidants, professionnels et bénévoles », *Empan*, 94, pp.41-46.
- Moison Jean-Claude, 2000, « Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français », *Sociologie du travail*, vol. 42, n° 1, pp.31-42.
- Ponet Blandine, Puyuelo Rémy, Roucoules Alain, 2014, « Introduction », *Empan*, 94, pp.11-12.
- Rebourg Muriel, 2018, « La notion de « proche aidant » issue de la loi du 28 décembre 2015 : une reconnaissance sociale et juridique », *Rev Droit Sanit Soc*, 4, pp.693-705.
- Soulet Marc-Henry, 2010, « Avant-propos. Pourquoi traduire *The discovery of Grounded Theory* ? », in Barney G Glaser, Anselm L. Strauss, *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, Armand Colin, pp.5-21.
- Strauss Anselm L., 1992a, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, L'Harmattan.
- Strauss Anselm L., 1992b, *Miroirs et Masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Métailié.
- Strauss Anselm L., 2022, « Échantillonnage théorique, analyse comparative et analyse processuelle », *Zilsel*, 10, 161-174.
- Strauss Anselm L., Corbin Juliet M., 1990, *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. California, Sage Publications, Inc.
- Strauss Anselm L., Corbin Juliet M. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative : Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Academic Press Fribourg.
- Vincent Fanny, 2021, « L'organisation des désorganisations de l'hôpital public », in Julie Gervais, Claire Lemercier, Willy Pelletier, *La valeur du service public*, Paris, La Découverte, pp.89-114.

## **Les chef·fes d'exploitations viticoles de Champagne : acteur·rices invisibles et indirect·es de la santé**

Océane Carneiro

### **Introduction :**

Être chef·fes d'une exploitation viti/vitivinicole est une activité dense située à l'intersection de nombreux métiers, tels que chef·fe d'entreprise, gestionnaire financier et de ressources humaines, community manager, œnologue, commerçant·e, agronome, hôtelier·ère et bien d'autres. Cette liste, non-exhaustive, comporte également une kyrielle d'actions effectuées par ces professionnel·les impactant leur santé, celle de leurs travailleur·euses (salarié·es, aides familiales, etc) [Crasset, 2017] mais aussi celle des consommateur·rices de Champagne ainsi que celle des riverain·es logeant non loin des vignes cultivées [Jouzel & Prete, 2021].

Pour tenter de comprendre en quoi les chef·fes d'exploitations viticoles champenoises sont des auteur·rices d'actions œuvrant en faveur de la santé, nous emploierons une recherche doctorale en cours s'intéressant aux conditions de travail et de santé de ce groupe professionnel. Pour aborder ces objets, l'enquête réalisée s'est déployée à partir de trois dimensions méthodologiques. En premier lieu, une collecte qualitative, via des entretiens semi-directifs (au 19/01/23 nb = 51) réalisés auprès d'hommes et femmes chef·fes d'exploitation en Champagne. De plus, une interrogation par questionnaire a été diffusée auprès des adhérent·es du Syndicat Général des Vignerons de Champagne (15 000 adhérent·es). Le dernier volet est composé d'observations-participantes lors de multiples tâches vitivinicoles ainsi que d'observations des corps des enquêté·es (visage, mains, corps global) et des produits présents sur les lieux de vie (ex : la salle de bain, cuisine).

Pour cela, nous aborderons tout d'abord en quoi les chef·fes d'exploitations viti/vitivinicoles de Champagne sont des acteur·rices à part entière de santé. Nous y expliciterons la nature des actions qu'ils et elles mettent en place dans leurs structures (ergonomie, régimes alimentaires, activités sportives etc), mais également auprès de la santé d'autrui. La seconde section évoquera la place des médecines alternatives au sein de cette population rurale [Thiriat, 2012]. Nous y établirons le lien entre les manières dont ils·elles

prennent soin de leurs vignes, d'eux·elles-mêmes et leurs convictions personnelles [Favret-Saada & Contreras, 1981].

## **I. Des acteur·rices indirect·es et invisibles de santé**

Pour commencer, précisons que les conditions de travail sont régularisées par le cahier des charges de l'appellation Champagne, qui codifie l'activité [Deluze, 2010]. Ce dernier norme la largeur et la hauteur des rangs, l'usage, ou l'interdiction de certains outils, et modère les intrants. Ainsi, nous pouvons dire que la configuration du vignoble, en lien avec les obligations de l'appellation, ont des conséquences sur les gestes et postures des travailleur·euses et donc, par échos, sur leur santé. Nous pouvons illustrer cet aspect en mentionnant qu'en 2016, la MSA établit que les viticulteur·rices français·es sont particulièrement atteint·es par les troubles-musculo-squelettiques (TMS) dits « graves ». Selon elle, les TMS qualifiés de « graves » sont ceux « *ayant entraînés une incapacité permanente partielle (IPP) de la victime dont la gravité est mesurée par un taux d'IPP permettant de quantifier le degré d'incapacité d'une victime après consolidation de sa blessure* ». En effet, sur 1695 TMS graves, 340 concernent le secteur de la viticulture, ce qui est près de 3,5 fois plus élevé que le nombre de TMS graves établis dans les autres secteurs agricoles (hors cultures spécialisées). Concernant la mécanisation, mentionnons la machine à vendanger, bannie dans le vignoble pouilleux par traditionnalisme, bien qu'employée dans d'autres vignobles français depuis la fin des trente glorieuses<sup>1</sup>.

Par ailleurs, les pratiques de travail peuvent également être régentées par des labels ou certifications, tel que le label Agriculture Biologique (AB), créé par le ministère de l'agriculture. Celui-ci a pour objectif une production agricole qui préserve les ressources naturelles, en étant respectueuse de l'environnement et de la biodiversité. Dans les faits, elle limite l'usage de produits phytosanitaires (interdiction de produits de synthèse, l'utilisation d'OMG), ce qui a aussi des impacts sur la santé des travailleur·euses. Nous reviendrons sur cette perspective plus tard.

### *1. La santé des travailleur·euses*

---

<sup>1</sup> La première machine à vendanger est créée en 1967, et remplace 80% de la vendange manuelle à New York dès 1970. Elle est introduite dans la foulée en France, dans l'Herault, le Gard et même la Corse. Voir article de la revue Le Monde publié en 1971 intitulé « *la machine à vendanger est entrée dans les vignes* », consulté le 11/04/2023

Le premier cercle de personne concerné par les prescriptions sanitaires des vigneron·nes champenois·es sont les personnes œuvrant immédiatement sur l'exploitation, c'est-à-dire les salarié·es (lorsqu'il y en a), les saisonnier·ères, les aides familiales (avec ou sans statut officielle) et évidemment les dirigeant·es de la structure eux·elles-mêmes.

*a. Ergonomie, ou préservation indirecte de la santé*

Évoquons d'abord certains aménagements du travail, dont les chef·fes d'exploitation sont à l'origine, qui sont réalisés pour diminuer la pénibilité au travail, et donc préserver sa santé. Ces remaniements se font via l'investissement dans du matériel, qui accompagne et allège le travail humain. Mentionnons l'exemple de Nathalie qui évoque l'usage du chariot qu'elle utilise lors de la taille. Ainsi, au lieu de sans cesse se lever, puis s'accroupir ayant des retentissements sur le dos (TMS, lombalgie, etc) elle est assise confortablement, et pousse avec ses pieds ce dernier, à son propre rythme. Elle y a aussi ajouté la radio et un coussin pour plus de confort.

*« Après, on travaillait avec un trie-vignes, c'est un petit vélo, un chariot, et on pouvait s'asseoir, ça soulageait le dos » (Nathalie, 54 ans, cheffe d'une exploitation de 4,5 ha)*

Citons également le passage à l'électrique pour les sérateurs, permettant notamment d'éviter le syndrome du canal carpien qui est le TMS le plus fréquent en viticulture.

*« Électrique. Oui, j'avais commencé au manuel mais c'est horrible. Non, non, sérateur électrique ! Électrique et le chariot, c'est un soulagement. J'ai commencé avec le sérateur manuel. Voilà. On apprécie la différence » (Alice, 42 ans, cheffe d'une exploitation de 2,5 ha)*

Ces arrangements du travail peuvent aussi relever de « bricolage » comme certain·es aiment l'appeler c'est-à-dire d'une customisation d'un équipement, d'une adaptation de celui-ci à la morphologie, aux contraintes physiques des personnes ou bien à des manières de travailler. Citons l'exemple de Pierre qui explique avoir personnalisé ses buses afin d'être plus précis sur le traitement des pieds de vignes. Ainsi, économiquement il utilise moins de produit, ce qui est aussi une volonté écologique et il expliquera que c'est également bénéfique pour sa santé, puisqu'il est moins confronté aux pertes de produits.

*« Oh oui, beaucoup. Beaucoup déjà pour le cheval, ensuite euh, même au niveau du traitement des vignes, on est en train de faire quelque chose, on sera les seuls à avoir ça, euh, donc euh, en fait c'est des moyens d'être plus précis dans la cible, dans le traitement de la parcelle de vigne » (Pierre, 47 ans, 10 ha)*

Nous comprenons donc ici, que les vigneron·nes agissent en véritable acteur·rice de la santé, en modifiant, créant ou investissant dans du matériel permettant de faciliter le travail, que ce soit pour eux·elles, ou pour toutes les personnes œuvrant dans l'exploitation de manière générale. Ils·elles agissent ainsi en véritable ergonomes, prenant en main leur travail, leurs conditions de travail, mais aussi leur santé.

#### *b. Activités sportives & régimes alimentaires ou préservation directe de la santé*

D'autre part, des manières plus directes de préservation de la santé des travailleur·euses peuvent être visibles dans le paysage champenois. Nous pouvons prendre le cas de Pierre qui nous explique mettre en place des séances de sport auxquelles ses salariés doivent participer. Ces séances sont effectuées sur le temps de travail, ce qui signifie que les salariés sont payés pour prendre soin d'eux·elles avant d'entâmer une journée de travail.

*« Je fais faire des cours de yoga à mes salariés pendant leur temps de travail, ils sont rémunérés pour ça, parce que ça fait partie du bien-être au travail » (Pierre, 47 ans, 10 ha)*

D'autres comme Nathalie socialise leurs enfants à faire une activité sportive, car en tant que futur·es repreneur·euses ils·elles en auront besoin.

*« Quand je me réveille et j'ai mal au dos, je m'étire. J'évite les médicaments parce que ça te détruit. Je les évite. Je pense que les étirements ça fonctionne. C'est pour ça que je dis à ma fille : fais du sport et n'arrête pas. C'est bête mais quand on prend l'habitude d'en faire à vingt ans c'est mieux » (Nathalie, 54 ans, cheffe d'une exploitation de 4,5 ha)*

Huguette confirme qu'il faut se muscler pour le travail des vignes.

*« Parce que le travail des vignes, il faut faire autre chose, il faut se muscler. Il faut s'entretenir » (Huguette, 61 ans, 1,2 ha)*

Et pour revenir sur le cas de Pierre, au de-là de mettre en place au créneau dédié au sport pour ses employé·es, il tente aussi de modifier progressivement leurs régimes alimentaires en les orientant vers des repas végétariens, voir même végétaliens. Pour ce faire, il organise des déjeuners qu'il partage avec ses salarié·es. Il y cuisine pour toutes et tous des repas sans produit animal dans le but de leur faire découvrir la diversité de ce régime alimentaire et d'en briser les stéréotypes, mais aussi pour rééduquer ses travailleur·euses à une « bonne » alimentation, refusant toutes formes de fastfood sur son exploitation, ou dérivés industriels gras, tels que des chips qui sont souvent consommées sur le pouce en guise d'encas à toutes heures.

Dans le cadre des observations-participantes, que ce soit lors des vendanges ou bien de la pose de raks<sup>2</sup> dans les vignes, la surconsommation de produits balisés comme étant néfastes à la santé règne et même rythme les journées de travail. Pour les raks, nous nous retrouvions à 6h sur l'exploitation. Jusqu'à 6h30 : champagne (3-5 flûtes par personnes). Le désiré entracte de 9h est composé du traditionnel « champagne-pâté croûte » (1 à 3 parts par personne et 3-5 flûtes). A nouveau à 11h. Puis à 14h encore, servant alors d'entrée et apéritif avant le déjeuner. (Pause de raks du vendredi 7 avril 2023 dans la montagne de Reims)

Ainsi, certain·es dirigeant·es d'exploitation viticoles endossent la casquette de coach·e sportif·ve et de nutritionniste, pour eux·elles-mêmes mais aussi pour leurs travailleur·euses.

*« Voilà, aujourd'hui, par exemple,, si vous souhaitez que votre personnel prenne soin de lui, face du sport, et cetera, c'est pas une évidence. Euh, si vous souhaitez que votre personnel se nourrisse bien, ne mange pas que des chips, c'est pas une évidence, donc des fois c'est un peu au chef d'entreprise, s'il veut avoir une belle énergie » (Pierre, 47 ans, 10 ha)*

## 2. La santé d'autrui

---

<sup>2</sup> Les raks sont de petites capsules diffusant des phéromones contribuant, par confusion sexuelle, à l'éloignement de certains insectes et papillons ravageant les vignes. C'est un outil accepté en AB qui doit être posé autour de chaque parcelle de manière rapprochée et dans chaque rang, tous des 3 m. Ainsi, ce jour, plus de 6000 raks ont été accroché au fil à vigne, pour une surface de quelques hectares.

Par surcroît, les viticulteur·rices, plus généralement compris·es dans la catégorie des « agriculteurs exploitants » dans la nomenclature de l'INSEE, ont également des répercussions sur la santé d'autres personnes dépassant les contours de l'exploitation.

*a. La santé des riverain·es*

Non-loin de l'exploitation, entourées de parcelles de vigne, des habitations fleurissent. Ces dernières sont notamment très convoitées depuis la crise covid-19, ventant les avantages d'habitations spacieuses et sereines, loin de l'accélération, du stress [Rosa, 2018] et de la pollution liées à la vie urbaine. Afin de préserver la santé de ces habitant·es, des réglementations spécifiques ont été établies au fil des années. Nous pouvons nommer différentes lois (L. 253-1 du code rural et de la pêche maritime, amendée en 2020 concernant la protection des populations riveraines des zones de traitement par les produits phytopharmaceutiques), exigeant une distance minimale entre les vignes et les logements, obligeant ainsi les viticulteur·rices à reculer leurs parcelles. D'autres lois, comme celle relative à l'épandage de produits phytosanitaires sont également récentes (253-1 du code rural et de la pêche maritime, promulgué le 4 mai 2017), encadrant évidemment les quantités et les concentrations de ces produits, mais aussi les moments où cela est possible de traiter (en fonction du jour, de la force du vent, etc).

Toutefois, en complément de ces obligations juridiques, certain·es professionnel·les ont le souhait d'aller au de-là de ces impératifs pour le bien-être et la santé des riverain·es. Ainsi, les plus engagé·es iront jusqu'à mettre en place des barrières végétales entre les vignes et les habitations par exemple, mais aussi des hais, des fleurs afin de lutter contre la propagation des produits employés.

Ainsi, à travers le simple respect des lois en vigueur, ou encore via la mise en place de protocoles davantage minutieux et soucieux des habitant·es, les vigneron·nes assument le rôle d'agronome envers les riverain·es. Nous pouvons même aller plus loin en établissant que ces professionnel·les et leurs pratiques ont des effets sur la santé de la population intégrale par le biais des produits adoptés pour leurs cultures, se déversant dans les nappes phréatiques qui se répandent impassiblement d'un territoire à l'autre.



### *b. La santé des consommateur·rices*

Par de-là le cercle de proximité géographique dessiné précédemment, au sujet des personnes concernées par les pratiques des dirigeant·es champenois·es, nous pouvons dépasser ces frontières locale et régionale, aussi lorsque que l'on parle d'effets sur la santé. En effet, nous pouvons suggérer que les chef·fes d'exploitations viticoles ont des incidences sur la santé des consommateur·rices de Champagne. Ce produit, à la connotation luxueuse et dont la commercialisation a atteint un rayonnement international très rapidement dans son histoire, peut effectivement être vecteur d'atteinte à la santé. Cette marchandise, bien que coiffée par l'appellation Champagne, en complément d'éventuels labels et certifications, aussi encadrée par la réglementation française et européenne possède néanmoins les mêmes possibles dérives sanitaires que n'importe quel vin ou spiritueux, comme l'hépatomégalie, la nécrose des cellules du foie, l'alcoolisme, l'obésité, la pancréatite, et bien d'autres, en lien avec l'ingestion de sulfite par exemple. De ce fait, certain·nes vigneron·nes tentent de produire des cuvées les plus saines possibles d'un point de vue environnemental mais aussi sanitaire, en travaillant par exemple en mode « vin nature » ou « vin naturel », le tout coupler à une consommation raisonnable évidemment.

Ces vins « naturels » sont élaborés à partir de raisins dont la pousse et la récolte ont été respectueuses de l'environnement, et pour sa vinification, seules les levures indigènes sont autorisées pour démarrer la fermentation. Évoquons également que l'usage de soufre est minime (30mg/l pour les rouges, 40mg/l pour les blancs tolérés) voire nul, ce qui vaudra l'autonymie « vin sans sulfites ajoutés » sur chaque contenant).

D'autres vont aller chercher les « cœurs de parcelles » pour réaliser leurs cuvées. Effectivement, si la personne travaille sous le modèle culturel de l'AB, ou un modèle plus méticuleux, et que les parcelles entourant la sienne sont en conventionnelles, les traitements posés sur celle-ci parviendront sur la sienne. Ainsi, le·la viticulteur·rice va sélectionner les rangs situés au cœur de sa parcelle afin d'amoinrir les effets des pesticides employés par les voisins sur sa cuvée, et donc la santé des consommateur·rices finaux·ales.

## II. La place des médecines alternatives

Après avoir évoqué vers quelles personnes se tournaient les prescriptions émises par les vigneron·nes et en partie la nature de ces recommandations, nous nous pencherons de manière plus générale sur le type de médecine mobilisée par la population des travailleur·euses viticoles. Cette population, comprise dans celle plus large des mondes ruraux possède plusieurs caractéristiques que nous énumérerons.

### 1. Quelques caractéristiques des mondes ruraux

#### a. Le recours aux médecines alternatives et complémentaires

Le premier élément que l'on peut mentionner, c'est que l'usage de ces médecines alternatives comme étant un marqueur des mondes ruraux, comme le suggère la thèse de Franck Thiriart [2012]. Il démontre dans son travail que plus de la moitié des ruraux qu'il a interrogés ont déjà eu recours à des médecines complémentaires ou alternatives et que l'une des raisons principales exprimée par ses enquêtés quant à l'usage de ces pratiques est en lien avec des échecs qu'on subit les patient·es lors de la sollicitation de médecines conventionnelles. Les mêmes phénomènes sont visibles dans le bocage, mis en lumière dans l'ouvrage de Jeanne Favret-Saada, où elle exprime que les ruraux qu'elle a enquêtés se tournent vers les médecines alternatives, ici en l'occurrence la sorcellerie, lorsque la médecine conventionnelle est « *impuissante ou trop lente* » [1981, p. 51], ou bien lorsqu'il y a une « *répartition du malheur* » [p. 34], c'est-à-dire un succession d'évènements de santé touchant les paysan·nes directement, ou leurs bêtes sans explication rationnelle. « *Pace que le médecin prétend que sa science est toute puissante, les paysans ne lui pardonnent pas d'échouer. Au contraire, ils se souviennent surtout des réussites du guérisseur, même s'ils le savent parfois inefficace ; il a un secret, mais il est modeste, « ça y fait » ou non, il admet toujours que ça n'y fasse pas* » [p.51].

Ces multiples éléments sont aussi visibles sur le vignoble champenois. Nous pouvons mettre en relief l'exemple de Catherine, qui explique avoir souffert pendant plusieurs années d'une éruption de verrues extrêmement violentes. Elle en avait sur chaque doigt, ce qui non seulement la mettait très mal à l'aise lors de la commercialisation et des dégustations vis-à-vis des client·es, mais aussi, la faisait souffrir. Pour pallier à ce problème, elle exprime avoir rencontrée le dermatologue le plus réputé de Reims, et avoir suivi divers traitements assez lourds pendant plus d'un an, malheureusement sans résultat. Face à cette impuissance de la médecine, elle se tourne vers une magnétiseuse, qui après une courte séance, sans manipulation

directe, et 3 mois de patience, lui a permis de faire disparaître la totalité de ses pustules. La médecine alternative est ici employée comme étant la dernière chance de se guérir, celle qui ne suggère aucune garantie, contrairement aux traitements conventionnels, comme l'exprime Jeanne Favret-Saada.

*« J'ai eu une flambée de verrues, 12 sur chaque main, donc je vais voir donc un des plus grands dermatos de Reims, certifié. Je suis restée un an en traitement. Il m'a tout essayé jusqu'à des trucs plus ou moins de chimio, enfin rien, rien n'y faisait. Et puis un jour j'entends en Haute-Savoie une... je vais voir une dame, magnétiseur [...] en une séance, je vous assure, trois mois après, je n'avais plus une verrue. Ça faisait un an, un an ! C'est incroyable » (Catherine, 63 ans, 6 ha)*

#### *b. La méfiance institutionnelle*

Poursuivons avec une autre des caractéristiques des habitant·es des mondes ruraux, soit la méfiance qu'ils et elles ont envers les institutions. En France, il faut savoir que tous les agriculteur·rices sont protégés par la MSA, aussi appelée Mutualité Sociale Agricole, qui est la mutuelle à laquelle notre population cotise de façon obligatoire.

*« Ah bah oui, on leur paye des sacrées charges ! Bah ouais, pour tout ce qui est déclaration et puis bon payer les charges » (Jean-Baptiste, 43 ans, 5,7 ha)*

Celle-ci possède de nombreux rôles, certes, elle les protège d'un point de vue social et sanitaire, mais elle va également endosser le rôle de contrôleuse. Cela entraîne des réticences, mais aussi des peurs dès que l'on évoque le nom de cette institution auprès des enquêté·es. De plus, ils·elles sont méinformé·es quant aux actions de cette structure et quant aux différents services de prises en charge qu'elle peut proposer. Cela se matérialise par une difficulté de les joindre notamment.

*« La MSA, on peut pas dire qu'ils nous aident beaucoup. Déjà, il faut arriver à les avoir, ce qui est compliqué. Après, on ne peut pas dire qu'on ait une aide » (Sophie, 64 ans, 7 ha)*

*« Avec la MSA, c'est toujours des histoires, c'est toujours compliqué » (Alice, 42 ans, 2,5 ha)*

En complément de ces nombreux éléments disqualifiant la MSA, les services de remplacement que proposent cette structure semblent très peu adaptés et fonctionnel. Il y a notamment cas de Juliette, 30 ans, qui a été médiatisé l'hiver dernier.

*« Mon terme est cette semaine et je vais devoir cesser toute activité, j'ai fait appel au service de remplacement qui a embauché un salarié qui ne vient pas. Or, il était impensable de mettre mon activité à l'arrêt » (Juliette, 30 ans, 5,5 ha)*

Elle a sollicité le dispositif de remplacement de la MSA de nombreux mois en amont, en lien avec sa grossesse qu'elle souhaitait anticiper afin d'être sûre de pouvoir être remplacée. Finalement, le salarié employé par la MSA n'est jamais venu. Ainsi, le jour de son terme elle était dans les vignes, par -3 degrés à taille. Ainsi, nous pouvons nous questionner quant à ce dispositif lorsqu'il s'agit d'un accident, arrivant soudainement, qui en peut être ancitipé. De ce fait, nous notons que ces personnes préfèrent se tenir éloigner des grandes institutions.

## *2. Convictions personnelles et styles de vie modifiant les pratiques de travail et donc la santé*

Pour finir, revenons sur les pratiques de travail en lien avec le virage agro-écologique en cours. Nous parlerons de « modèles cultureux », qui sont relatifs aux manières de cultiver les vignes. Celles-ci sont en lien avec les convictions personnelles des dirigeant·es et ont un impact direct sur la santé de manière globale.

Tout d'abord, il existe plusieurs modèles cultureux en champagne, qui peuvent être encadrés par des cahiers des charges, c'est-à-dire des labels et certifications, lorsque la structure fait le choix d'y adhérer. Ces démarches sont parfois longues et coûteuses, par exemple, pour obtenir la certification AB, il est nécessaire de patienter 3 ans et de financer les audits réguliers. Pour différentes raisons, souvent d'ordre économique, ou politique, des dirigeant·es d'exploitations viticoles de champagne n'adhèrent pas à ces labels/certifications, mais en reprennent le cahier des charges, ou du moins certaines parties, qui font sens pour eux et elles. Ils et elles disent alors travailler de manière « raisonnée ». C'est-à-dire qu'ils·elles ne se contentent pas simplement de suivre la réglementation en vigueur mais tentent d'être plus

rigoureux·euses, plus respectueux·euses dans leurs pratiques sans pour autant adhérer à une certification ou un label précis.

Ceci étant dit, il faut comprendre que les convictions personnelles des un·es et des autres, aussi parfois qualifiée de « philosophie », vont engendrer des styles de vie et a *fortiori*, une mutation du modèle culturel afin de mieux correspondre à ces valeurs. Nous pouvons exposer le cas de Pierre, qui nous éclaire au sujet des valeurs auxquelles il adhère qui se retranscrivent dans son travail.

*« Donc, ici, y a un univers très singulier. Cet univers, c'est, ben d'adhérer à certaines valeurs, le bio, être tendance végétarienne, limiter la consommation de viande, accepter une démarche qui dépasse euh, le matériel, mais plutôt tendre vers une démarche spirituelle, être dans euh un engagement collectif, participatif, être dans une certaine éthique ». (Pierre, 47 ans, 10 ha)*

Par exemple, chez les viticulteur·rices engagé·és sur des modèles cultureux les plus stricts et rigoureux de l'environnement (comme AB, mais aussi la biodynamie, qui est une façon de cultiver qui se réfère aux différentes phases de la lune, à des préparations spécifiques à base de bouses de vaches stockées pendant l'hiver dans des cornes sous la terre, etc), et bien nous verrons que dans leurs quotidiens, qu'ils·elles agissent contre le gaspillage, achètent de la seconde main, tendent vers des régimes végétariens ou végétaliens, etc. Les exemples d'Audrey et de Noëlle sont parlants à ce sujet.

*« On essaie de faire attention au quotidien sur l'environnement à notre niveau, tout ce que l'on peut recycler. On a une politique dans la maison, on achète de la deuxième main, on revend. Ça m'a toujours plu, je n'achète pas de plats cuisinés, je cuisine beaucoup, on essaye de faire des choses comme ça. On n'aime pas le gaspillage non plus. » (Audrey, 50 ans, 8 ha)*

*« Sont moins logiques. Des choses toutes bêtes, le recyclage des bouteilles, on achète de moins en moins de bouteilles, on est passés sur les perles céramiques, des choses comme ça pour utiliser de moins en moins de plastique, de choses comme ça. Il y a des poules » (Noëlle, 60 ans, 6,5 ha)*

Factuellement, ils·elles vont prendre soin de leurs parcelles de la même manière que qu'ils·elles vont prendre soin d'eux·elles-mêmes. Au niveau de la santé, cela se caractérise par le fait d'employer les mêmes méthodes, comme par exemple des viticulteur·rices qui utiliseront l'aromathérapie pour soigner leurs vignes en cas de maladie, à la place d'employer des traitements phytosanitaires, et qui pour eux·elles, seront également partisan·nes d'une politique anti-médicament.

*« Moi je n'ai pas envie de prendre des médicaments ou des anti-inflammatoires ! Donc tisanes, étirements, bouillotte, c'est très bien » (Audrey, 50 ans, 8 ha)*

### *3. (Se) former à des activités afin de préserver sa santé*

#### *a. Se former en amont de la reprise de l'exploitation*

Pour finir, exposons le fait que face à la nécessité de rester en bonne santé pour poursuivre l'activité professionnelle viticole, certain·es dirigeant·es vont se former, en amont de la reprise de l'exploitation, à des activités préservant leur santé. Pour ce faire, mettons en lumière deux enquêtés ayant la trentaine. L'un est pompier professionnel en parallèle de son métier de viticulteur (le temps que la transmission familiale se termine), et l'autre est passé par le cursus STAPS, qui est donc Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, avant de reprendre l'exploitation familiale. Dans les deux cas, ces personnes sont formées à certaines pratiques du corps, qu'elles incorporent dans leurs pratiques, pour tenter de préserver leur santé. Précisons que ces jeunes hommes savaient qu'ils allaient reprendre l'exploitation un moment donné, mais ont choisi un métier et donc des formations, en attendant que les parents partent à la retraite et que la transmission de l'exploitation soit réalisable. Ici, ce sont des personnes qui ont choisi ces formations, en lien avec les corps, la santé, la préservation de soi, avant de devenir chef de l'exploitation.

#### *b. Se former pendant sa carrière de dirigeant·es d'exploitation viticole*

Par ailleurs, nous noter des individus qui, confrontés à certains problèmes de santé durant leur carrière, ont consulté, et au de-là de simples suivis médicaux, sont aller jusqu'à se former pour devenir eux·elles-mêmes acteur·rices de la santé. Nous pouvons mentionner le cas d'Olivier, qui après des années de psychothérapie, entame lui-même cette formation pour le devenir en parallèle de son premier métier.

*« C'est un travail que chacun doit faire et qui est différent pour chacun, suivant son vécu. Et en parallèle, j'ai fait la formation pour être psychothérapeute aussi, que j'ai réussi » (Olivier, 63 ans, 7 ha)*

Sur la santé psychique et le bien-être, nous pouvons aussi mettre en lumière le cas de Jean-Baptiste, qui après avoir pratiqué le reiki, a été formé afin d'effectuer différents soins sur d'autres.

*« Je me suis formé au reiki y a déjà quand même 2 ans. Donc je comprends mieux les énergies que tu ressens, j'essaie de me protéger de tout ça, de faire attention et puis d'avancer » (Jean-Baptiste, 43 ans, 5,7 ha)*

Aussi un mot sur Pierre, qui, sans finalité de diplôme a passé énormément de temps à se renseigner sur les aliments et nutriments, et agit tel un nutritionniste envers lui-même et ses travailleur·euses afin de les guider dans leurs parcours de santé.

*« Ben, elle fait de l'eczéma, mais de façon très grave, elle a des problèmes cardiaques, euh, elle a vu trois médecins qui ne lui ont jamais rien dit que la même chose, sauf que moi je viens de lui dire qu'elle doit diminuer sa consommation de lait, elle prend énormément de lait depuis qu'elle est toute petite, et le lait est un facteur aggravant au niveau de l'eczéma, et donc y a jamais un médecin qui lui a dit ça, et, et elle est toute étonnée de voir son employeur qui lui raconte ça » (Pierre, 47 ans, 10 ha)*

## **Conclusion :**

Nous pouvons en conclure que les chef·fes d'exploitation viticoles de Champagne sont de véritable participant·es à la production d'activité de santé, bien qu'en marge de ceux dont le cœur d'activité est le métier. Celles-ci touchent différents cercles de personnes, telles que les travailleur·euses oeuvrant sur l'exploitation (eux·elles-mêmes, les salarié·es, les saisonnier·ères et les aides familiales) mais en dépassent aussi les frontières de l'exploitation. En effet, les riverain·es et les consommateur·rices de Champagne sont également atteint·es, dans un second temps, par les mesures sanitaires entreprises par ces dirigeant·es soucieux·euses de la santé de ces personnes.

Nous pouvons aussi dire que ces prescriptions de santé sont de formes plurielles, aux croisements de l'ergonomie, de l'agronomie, de la nutrition, des activités physiques et sportives, et débordent parfois sur des valeurs plus profondes modifiant les styles de vie (anti-gaspillage, achat de seconde main, etc) dans le quotidien. De par ses multiples formes, mais aussi le fait que ces activités ne soient pas rendues forcément publiques, car situées entre les murs de chaque exploitation, ne possédant pas obligation à leurs pratiques, les dirigeant·es participent de manière invisible à la santé de nombreuses personnes.

Nous pouvons ouvrir la discussion, en nous questionnant quant à l'accompagnement des différentes institutions qui gravitent autour de ces acteur·rices. Quelles actions mènent-elles exactement ? Quels sont les obstacles qu'elles rencontrent ?



## **Bibliographie**

CRASSET, Olivier. La Santé des artisans: de l'acharnement au travail au souci de soi. Presses universitaires de Rennes, 2022.

DELUZE, Aurélie, 2010. Dynamique institutionnelle et performance économique : l'exemple du Champagne. Online. Thèse de doctorat. Reims

FAVRET-SAADA, Jeanne et CONTRERAS, Josée, 1981. Corps pour corps : enquête sur la sorcellerie dans le bocage.

JOUZEL, Jean-Noël et PRETE, Giovanni, 2021. *Exploitants, salariés, riverains, même combat?* Sociétés contemporaines, no 1, p. 89-110.

ROSA, Hartmut. Remède à l'accélération: impressions d'un voyage en Chine et autres textes sur la résonance. Philosophie magazine Éditeur, 2018.

THIRIAT, Franck, 2012. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural. Thèse de doctorat. Université de Lorraine.

## **Webographie :**

Article de la revue *Le Monde* publié en 1971 intitulé « *la machine à vendanger est entrée dans les vignes* » - [https://www.lemonde.fr/archives/article/1971/01/27/la-machine-a-vendanger-est-entrec-dans-les-vignes\\_2459210\\_1819218.html](https://www.lemonde.fr/archives/article/1971/01/27/la-machine-a-vendanger-est-entrec-dans-les-vignes_2459210_1819218.html) - consulté le 11/04/2023

## **Entre soins hospitaliers et filières de soins corporels au Gabon : Ce que « soigner l'hypertension artérielle » veut dire**

Dany Jacob Endedi, Doctorant en Sociologie de la santé, des représentations sociales et des pratiques socioculturelles, Université Grenoble Alpes (UGA) Laboratoire de Recherche sur les Apprentissages en Contexte

### **Introduction**

Au Gabon, l'image des maladies chroniques, telle que produite par les malades, influence le choix de leurs itinéraires thérapeutiques. Pour le cas de l'hypertension artérielle, les personnes qui en souffrent la définissent comme suite : c'est une malédiction caractéristique du lignage se transmettant de génération en génération dans la famille à partir des symptômes commun et des décès survenant de façon similaires au sein des structures familiales ; c'est le résultat d'un sortilège communément appelé « fusil nocturne » dans le contexte sociale gabonais; c'est le résultat d'un cadeau empoisonné envoyé par une tierce personne pour nuire à la santé et donc à la vie d'un individu; c'est un blocage, un obstacle pour l'épanouissement et la réalisation des projets de vie des personnes qui en sont atteintes. Se référant à une conception de la santé qui s'appuie sur l'apparence physique, ces malades prêtent moins d'attention au travail des médecins généralistes et cardiologues qui savent traiter l'hypertension artérielle. Cependant, ne leur accordant pas assez de temps dans la relation aux soins, la faute à un sous-effectif de l'hôpital publique affichant une carence d'infirmiers et aides-soignants, cela impacte la qualité de soins hospitaliers qui sont de plus en plus inadaptés aux conditions sociales de vie des patients et favorisent la négligence des traitements chez certain et la réticence à se faire traiter à l'hôpital par d'autres.

Cependant, à partir de ces constructions profanes (Hardy, 2013) de l'hypertension artérielle, les malades sollicitent des filières de soins qui donnent à leurs malédictions caractéristiques du lignage, aux sorts, aux empoisonnements et aux blocages. Il s'agit des filières de soins : religieux (Tonda, 2001) ; traditionnels (Bonhomme, 2005) ; issue de la médecine chinoise (Guillaume & al., 2010). Cette orientation thérapeutique, pose le problème la contribution des praticiens dans la prise en charge de l'hypertension artérielle au Gabon. Dès lors, pourquoi les malades font-ils de plus en plus confiance aux praticiens orthodoxes et alternatifs pour le soin de l'hypertension artérielle ?

Comme hypothèse, si les praticiens alternatifs sont le plus sollicités par les malades que les médecins reconnus pour le traitement de l'hypertension artérielle, c'est bien parce que les filières de soins au sein desquelles ils exercent, sont complices de cette construction métaphorique la maladie (Tonda, 2007) dite d'hypertension artérielle par les malades. Dans une approche de terrain croisant production de données qualitatives et collectes quantitatives, notre analyse consiste à montrer que les conditions sociales d'existence, participe à mettre au centre du soin médical, des praticiens orthodoxes et alternatifs. Car les malades reconnaissent une efficacité immédiate des soins prodigués. Cela leur permet de vaquer à leur occupation du quotidienne le plus tôt possible.

### **I- Contexte historique de la construction sociale de l'hypertension artérielle dans le monde et gestion médicale au Gabon**

Dans l'histoire médicale de ce trouble, si à partir de 1911, prendre les mesures de la pression artérielle devenait une pratique très courante en milieu hospitalier et en milieu libéral, le traitement médicamenteux resta longtemps problématique et n'enregistra guère de résultats significatifs au cours de la première moitié du 20<sup>ème</sup> siècle (Maehle, 1987). Seuls les tranquillisants jouaient un rôle pratique important dans l'hôpital, permettant de baisser la pression artérielle des patients. Le corps médical faisait essentiellement usage des protocoles de soins employés dans la médecine clinique qui perdait du champ à cette époque au détriment de la médecine expérimentale.

En effet, les praticiens conseillaient principalement le repos et la détente physique ainsi que des cures climatiques dans des régions boisées de montagneuses. Ils mettaient également l'accent sur les régimes alimentaires pauvres en sel, mais prescrivaient aussi des jeunes et de boissons, toutes très strictes. Les procédés thérapeutiques hors secteur biomédical les plus divers comme la saignée, furent recommandés par les praticiens. Dans le même ordre d'idée, les patients bénéficiaient de traitements consistant à appliquer des sangsues pour désintoxiquer le sang et réguler sa pression artérielle via une bonne circulation sanguine. L'usage des sangsues, avec ses propriétés anticoagulantes de dissolution des caillots de sang, avait un effet bénéfique pour protéger le malade contre les accidents vasculaires cérébraux et bien d'autres complications de santé.

La nécessité de mentionner ces pratiques de soins corporels issue des domaines qui furent rester longtemps en marge des pratiques médicales, se justifie par le fait qu'elles ont contribué à rendre la médecine opérationnelle pendant ses moments de balbutiement. Et cette relation entre pratiques issues des soins hospitaliers et pratiques issues des professions en marge du champ médical est loin d'avoir pris fin, nonobstant le progrès de la médecine de nos jours et de la façon dont l'hypertension artérielle est traitée dans le monde, notamment au Gabon où sa prise en charge implique la contribution des structures sociales n'ayant aucun rapport avec le champ médical.

### **1- L'hypertension artérielle au Gabon : d'une maladie « des blancs » à un problème de santé publique**

Après les deux conflits mondiaux durant la première moitié du vingtième siècle, la mise en place de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1945, qui s'appuyant sur l'expérience de la guerre et l'impact qu'elle a produit dans les corps et la vie sociale des populations (Tonda, 2005), définissait la santé comme : « un état de complet bien-être physique mental et social et ne consiste pas seulement à une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>1</sup>, permettait de redéfinir les politiques de santé publique et de la protection de la vie des populations. De ce fait, l'hypertension artérielle cessait de n'être que l'apanage des médecins et de la médecine basée sur la preuve scientifique. La maladie devenait une réalité sociale mettant désormais en jeu des rapports de pouvoir entre différentes structures sociales comme l'indique Didier Fassin (1996) dans *L'espace politique de la santé*. Ainsi, les premières enquêtes épidémiologiques servaient de point d'appui pour mettre en place des premiers soins de l'hypertension artérielle par antihypertenseurs au début des années 1950. Ensuite, dans les années 1960, des catégories sociales telles que les vétérans de guerre, sont identifiés comme étant les plus vulnérables à la survenue de l'hypertension artérielle, sous entendant que ce trouble sévissait le plus chez les personnes âgées. À propos des soins prodigués, un essai thérapeutique fut effectué dans les années 1960, sur des vétérans de guerre, pensionnaires d'hospices (Mourad, 2017). De ce fait, il fallait avoir une tension artérielle systolique supérieur à 105 mmHg<sup>2</sup>.

---

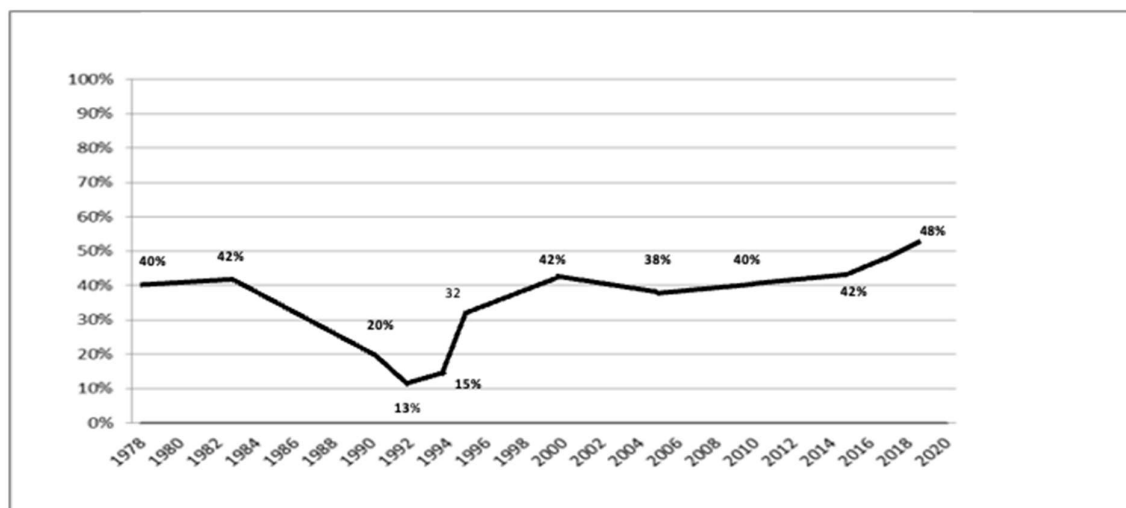
<sup>1</sup> Raimondeau, 2018, p. 17.

<sup>2</sup> Les médecins avaient d'abord décidé de fixer le seuil acceptable avant de proposer un traitement à 95 mmHg puis de descendre ce seuil à 90 mmHg. Ainsi, l'expertise médicale fixait la tension artérielle systolique à 140 mmHg et la tension diastolique à 90 mmHg.

S'appuyant sur ces connaissances issues des politiques relatives de la prise en charge de l'hypertension artérielle en occident et en Amérique, les autorités médicales au Gabon vont attirer l'attention des populations sur le danger qu'elle court à développer l'hypertension artérielle. Le trouble est à l'origine des morts subites et prématurées dans la société à travers le monde à cette époque. Cependant, durant les années 1970, l'hypertension artérielle au Gabon était construite comme une maladie des personnes adoptant un mode de vie à l'occidental. Sous-entendu que ce trouble était une maladie « des blancs », et qu'il ne sévissait pas réellement dans les populations africaines, en l'occurrence chez les sujets gabonais.

Cependant, l'hypertension artérielle continuait de connaître une évolution exponentielle dans la société gabonaise avec des pourcentages identifiés dans l'histogramme ci-dessous. Entre temps, la première structure de cardiologie du Gabon est mise en place en 1978 sous la coordination du premier cardiologue gabonais André Pierre Kombila Koumba. Depuis 1978, s'il n'eut pas d'étude épidémiologique à échelle nationale effectué à cet effet, cependant des statistiques de patients hypertendus reçus dans l'hôpital ont été répertoriées pour travailler à l'objectivation de ce trouble dans la société gabonaise. L'ensemble des travaux disponibles à cet effet permit de construire cette courbe représentative du trouble durant quarante-deux ans.

Tableau N°1 : Représentation graphique de l'évolution de l'hypertension artérielle à Libreville de 1978 à 2020



Source : Dany Jacob ENDEDI

Cette courbe, retraçant l'évolution de la gestion de l'hypertension artérielle au Gabon de façon diachronique, est le résultat des contributions de cardiologues ayant effectué une enquête à ce propos, et dont les résultats ont été compilés pour obtenir ce constat. D'après cette courbe, il semble que les politiques relatives à la prise en charge de l'hypertension artérielle telles qu'elles ont été construites dès les premiers suivant de la création du service de cardiologie au Gabon en 1978, n'étaient pas scientifiquement attestées. En effet, ces politiques de santé à caractère social ont certes, permis de protéger la vie sociale d'une catégorie d'individus estimées « vulnérables » (Fassin, 2005) par l'expertise médicale, mais d'un point de vue scientifique, elles n'ont pas produit des effets thérapeutiques efficaces au sein de la société gabonaise, en quarante ans et plus de prise en charge médicale. Face à cette inefficacité constatée dans la prise en charge des patients hypertendus. Ces derniers ont exprimé des insatisfactions de divers ordres, motivant le choix d'itinéraires thérapeutiques hors secteurs biomédical pouvant intervenir dans leur prise en charge.

De façon progressive, et avec le concours des autorités, la mise en place des politiques de lutte contre les complications de santé associées à l'hypertension artérielle a été effective, pour renforcer cette prise en charge. La première action menée à cet effet, concernait la lutte contre le diabète, dont le premier service d'endocrinologie a vu le jour au début des années 2000. Il est devenu Centre de Diabétologie le 31 mai 2016 avec l'inauguration du nouveau bâtiment du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. Entre temps, le programme de lutte contre les maladies non transmissibles (PNLMNT) initié par l'OMS lors de l'Assemblée mondiale de la santé en 2000, donnait lieu en 2010 au Gabon, à la mise en place d'un plan d'action régional de lutte contre ces maladies dont l'hypertension artérielle fait partie. Il en est de même pour les accidents vasculaires cérébraux dont les malades sont traités par le service de neurologie, qui s'est récemment doté d'une première unité neuro-vasculaire au CHUL, capable de pratiquer une thrombolyse, c'est à dire un traitement rapide permettant de prendre en charge de façon urgente et efficace, une victime d'AVC Cela est devenu possible au centre hospitalier universitaire de Libreville depuis 2021.

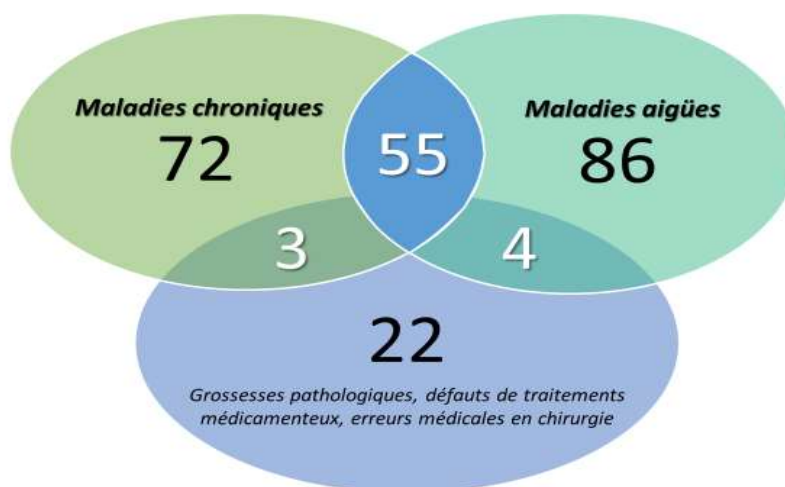
Si les actions menées par les autorités politique de santé interviennent tardivement par rapport à la date de création du premier service de cardiologie, il n'en reste pas moins que ces structures de soins et ces actions de lutte contre la famille des maladies non transmissibles, peine à assurer la prise en charge des patients de façon efficace. Faute de personnel soignants dans l'hôpital public gabonais, dont le nombre de cardiologues est estimé à vingt-cinq praticiens

pour traiter l'ensemble de la population. Il en est de même pour les effectifs sous évalués d'infirmiers et généralistes devant intervenir sur les corps des patients arrivant aux urgences avec un pronostic vital engagé suite à une hypertension sévère ou dite de grade III.

## 2- Ce que « être hypertendu au Gabon » veut dire

L'analyse de ce que « être malade hypertendu » veut dire, consiste à décrire la dimension sociale de l'hypertension artérielle au Gabon, constituant un moyen d'accès à la façon dont les sujets gabonais s'orientent vers des soins corporels, à partir des interprétations de leur maux (Pierret, 2008) qu'ils produisent. Dans cette socialisation de l'hypertension artérielle, chacun de ces individus possède son propre ressenti, ses propres schémas d'explication quant à l'origine du trouble, son expérience intime avec l'hypertension artérielle. De ce fait, ces significations sociales de l'hypertension artérielle au Gabon, ont une large imputation sur des causes médicales, des causes familiales et amicales, ainsi que des causes professionnelles. Toutefois à l'hôpital, elle est diagnostiquée de façon inopinée, en ce sens qu'elle est découverte lors de la prise en charge d'un motif de consultation dont on ne soupçonne pas la présence de l'hypertension artérielle. De ce fait, sur l'ensemble de cent quatre-vingt individus interrogés dans le cadre de cette enquête, les motifs de consultation ayant permis de diagnostiquer une hypertension artérielle se présentent comme suite :

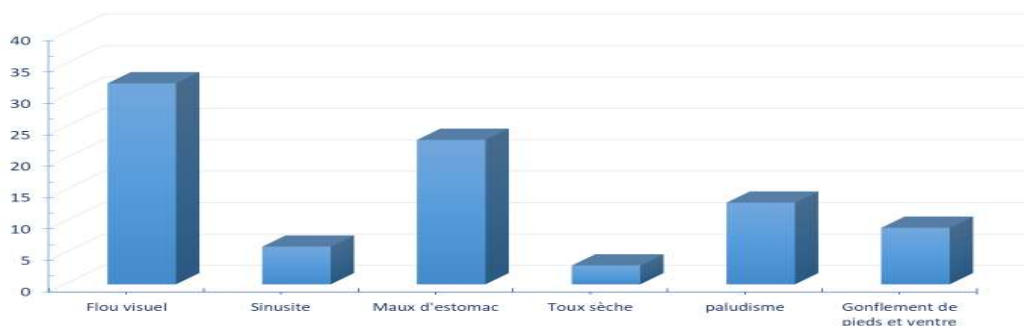
Figure n°2 : Représentation des événements favorables à la survenue de l'hypertension artérielle au Gabon



Source : Dany Jacob ENDEDI

La cause médicale la plus fréquente au cours de laquelle hypertension artérielle est découverte, c'est dans le cas de la prise en charge des maladies aiguës. Cette prise en charge médicale a lieu aux services des urgences. Et pour le cas du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL) au sein de laquelle l'observation a été effectuée, voici la nature des troubles aiguës ayant permis déceler des individus hypertendus.

Figure n°3 : Les maladies aiguës associées à l'hypertension artérielle



Source : Dany Jacob ENDEDI

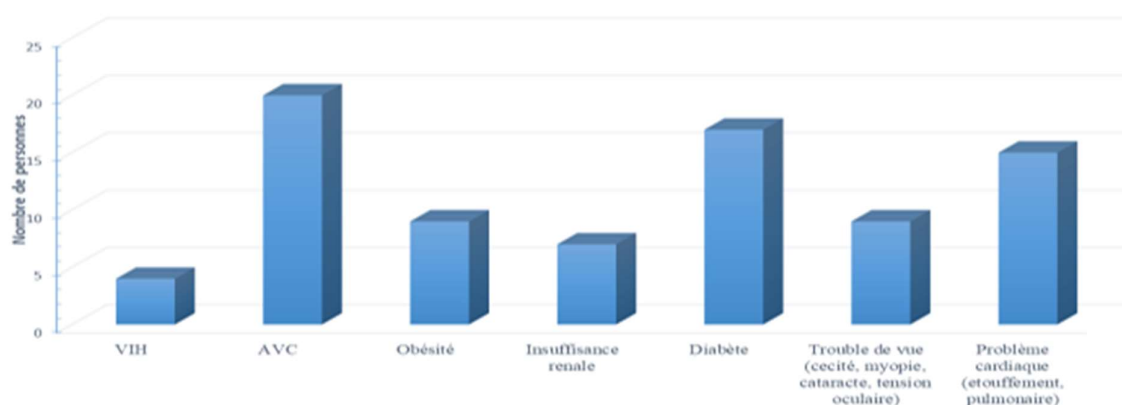
Dans la prise en charge de ces patients, si la situation nécessite de poser une perfusion aux patients, comme c'est souvent le cas pour ceux qui arrivent en état d'inconscience parce qu'ayant perdu connaissance, le corps médical pose une perfusion au sein de laquelle il est administré un médicament antihypertenseur pour normaliser la tension artérielle. Lorsque le soin administré par voie injectable est effectué, vient ensuite le temps de la prise de médicament par voie orale. C'est ce traitement que les patients doivent également suivre, une fois de retour à leur domicile. Cependant, pour ceux qui ont une hypertension artérielle ayant des manifestations chroniques, l'itinéraire thérapeutique est différent. Pour cette catégorie de patients, après la stabilisation de leur trouble par le personnel soignant aux urgences, ceux-ci sont orientés en service de cardiologie pour un suivi approfondi.

À propos de la gestion de ces patients nécessitant des soins sur un temps long en raison des manifestations chroniques de leur trouble, le corps médical est confronté à un souci d'effectifs de praticiens. En effet, avec vingt-cinq cardiologues que compte le ministère de la santé publique au Gabon, dont une moyenne de 0,9 médecins et 0,55 infirmières pour 1000 personnes selon les informations officielles des autorités sanitaires. Cela rend compte d'une



pénurie de praticiens dans l'hôpital public au Gabon. Ces déserts médicaux font que les praticiens concernés par le traitement des troubles chroniques soient submergés par le nombre des patients à prendre en charge. De même, au Centre Hospitalier Universitaires de Libreville, le temps d'attente pour être reçu en consultation dépend des rendez-vous offerts par le service d'accueil de la cardiologie. Ce personnel administratif délivre des rendez-vous en fonction de la disponibilité des cardiologues qui interviennent en moyen au nombre de trois praticiens par jour, de neuf heures à quatorze heures. Pour ce faire, soixante-douze patients ont été reçus au service de cardiologie lors de notre enquête de terrain qui a duré deux mois dans les locaux du service. Ci-dessous la répartition de ces patients tels qu'observer lors de l'enquête.

Figure n°3 : Maladies chroniques associées à l'hypertension artérielle traitées en service de cardiologie

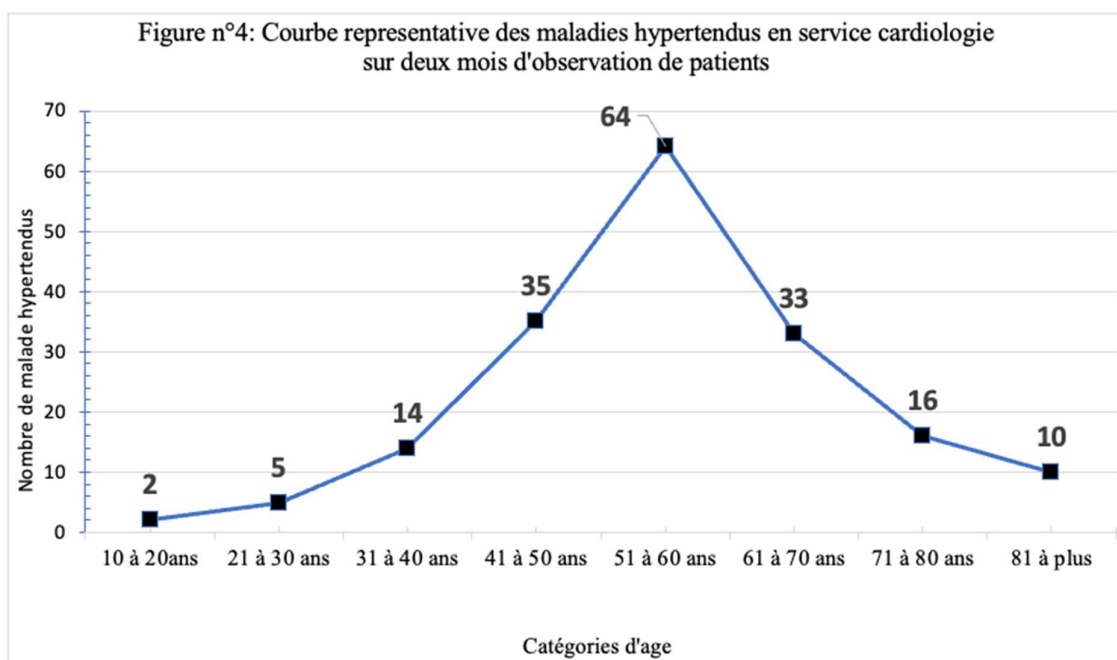


**Source : Dany Jacob ENDEDI**

Les patients dont l'hypertension artérielle débouche sur des complications de santé identifiés ci-dessus, sont orientés dans des services spécialisés. Cependant, la relation aux soins est souvent instrumentale (un symptôme égal à un médicament), entre les spécialistes confrontées à une contrainte de temps (trois patients par heure en moyen) et les malades qui reçoivent un traitement à suivre sur un temps long sont heurtés aux difficultés liées à leurs conditions sociales de vie.

### **3- De l'inadaptation du suivi médical des patients dans l'hôpital à l'orientation vers les filières de soins hors secteur biomédical**

Selon l'organisation de l'hôpital, le volet éducatif du patient revient au travail effectué par les infirmières. Ce travail consiste à écouter le patient afin de le mettre en confiance, face au défi de suivre le traitement devant s'étendre sur le reste de la vie des patients du fait du caractère chronique du trouble à traiter. Cependant l'on note une carence d'infirmière dont les fonctions sont assurées par les internes, constitués des étudiants en médecine s'initiant à la pratique de leur profession. Ces internes jouent le plus ce rôle dans l'hôpital public au Gabon, nécessitant pourtant une formation adéquate pour s'entretenir avec les patients. Cette carence en personnel soignant, corrélée au nombre important de patients reçus à la fois aux urgences et en service de cardiologie, dont la courbe représentative ci-après illustre l'ensemble de patients ayant été traités durant les deux mois d'enquête, permet de comprendre l'impact qu'a cet ensemble de patients sur la qualité de soins proposée par un nombre restreint de praticiens.



Source : Dany Jacob ENDEDI

Dans cet ensemble de patients repartis en fonction des tranches d'âge, les cardiologues reçoivent une moyenne entre quinze à vingt patients par jour, dont trois patients toutes les une heure de temps. Ce qui correspond à un temps de consultation qui, comme indiqué tantôt, oscille au tour de vingt à trente minutes par patient. Par ailleurs, quelques désaccords dans l'organisation et la gestion de ces patients en salle d'attente causent des tensions et des discussions vives entre les patients mettant de longues heures d'attentes avant d'être reçus et les secrétaires qui organisaient la préparation de leur consultation avec les cardiologues, à

propos des temps de passage pour entrer dans le bureau des praticiens. À cet effet, l'une des secrétaires avait tendance à proposer ce qui suit aux demandeurs de soins :

« Il n'y a pas de rendez-vous qui passe séance tenante. Mais si vous voulez être traité rapidement je peux vous envoyer vers une clinique où il y a un spécialiste de la maladie dont vous souffrez, mais là-bas la consultation est plus chère. C'est 12500 franc CFA et non 2000 franc CFA, comme c'est le cas ici. »<sup>3</sup>

En dehors de cette lenteur et lourdeur dans la prise en charge des patients, ce service de cardiologie est aussi caractérisé par une absence d'appareil utile à l'analyse du fonctionnement du cœur, faisant vivre aux patients les effets d'une sorte de médecine inhospitalière pour emprunter les mots de Yannick Jaffré (2003), vis-à-vis des demandeurs de soins. Les malades indiquant être « traités comme du bétail », par le corps médical font face à un périple durant leur processus de gestion de leur maladie (Jaffré, 2003). Si en Occident le champ médical semble faire usage des professions paramédicales pour apporter du soutien au corps médical dans la prise en charge des patients, le champ médical au Gabon, s'organise de façon différente du contexte occidental.

En effet, pour répondre à cette inefficacité de la gestion des corps malades, les patients en prenant de façon progressive la responsabilité de leur prise en charge, normalisent leur trouble à partir des représentations qu'ils se font de l'hypertension artérielle et des complications associées qui gangrènent leur état de santé. Ainsi des filières de soins hors secteur biomédical donnent des réponses thérapeutiques à ces façons d'interpréter l'hypertension artérielle et les complications de santé associées. De ce fait ces lieux de soins apparaissent comme des professions exerçant en marge des spécialistes du traitement de l'hypertension artérielle du diabète, d'accident vasculaire cérébral et des insuffisances rénales, de l'obésité et bien d'autres maladies associées à l'hypertension artérielle. Cela conduit les patients à solliciter ces filières de soins hors secteurs biomédical, au sein desquels exercent d'autres types de soignants aussi bien constitués : des patients-experts pour ayant traitée pendant des longues années des troubles chroniques et développé une « carrière de malade » (Carricaburu & Ménoret, 2014) ; des tradipraticiens que des leaders religieux se servant respectivement de leur temple et de leur église pour traiter des corps malades.

---

<sup>3</sup> Une des secrétaires du service du service d'accueil au département de cardiologie du CHUL, le 1<sup>er</sup> novembre 2022

## **II- La prise en charge de l'hypertension artérielle par les filières de soins hors secteurs biomédicales**

Au vu du caractère chronique des maux, que les malades ne supportent pas sur le long terme, car étant habitué à prendre des médicaments pour éradiquer les infortunes des corps, ces derniers se mettent à produire des images qui représentent leur maladie. Mais cette représentation imagée s'effectue en fonction de la manière dont le malade a perçu le début de celle si dans son corps. Et comme l'hypertension artérielle est très souvent asymptomatique. C'est sur la base des symptômes de la maladie associée à cette hypertension que les malades fixent le début de leur souffrance. Parmi ces maladies chroniques il y a : l'insuffisance rénale, le diabète, les troubles de vue (cataracte, myopie et cécité), le VIH sida, l'hépatite B, accident vasculaire cérébraux, les étouffements et essoufflement liées aux problèmes cardiaques et à l'obésité. Ainsi en fonction de ces troubles, les malades se font une représentation de leur maladie, variant entre malédiction caractéristique du lignage, blocage, sortilège ou encore cadeau empoisonné envoyé par une tierce personne. Ainsi, ces images de l'hypertension artérielle correspondent aux filières de soins hors secteurs biomédicale se proposant de donner des réponses pour soulager les douleurs des patients. Il s'agit donc des structures de vente des produits qui sont des compléments alimentaires et des produits psychothérapeutiques, vendu sur la supervisons des personnes ayant développés une carrière de malade. Ensuite il s'agit des tenant des églises de réveils, et enfin des tradipraticiens se proposant de soulager les maux de divers ordres des patients.

### **1- Les compléments alimentaires et les malades-experts**

L'usage des filières de soins hors secteur biomédical dont la méthode thérapeutique consiste à offrir aux patients tous les éléments nécessaires à leur prise en charge dans une seule solution médicamenteuse, en une seule formule, comme c'est le cas avec les produits vendu par des entreprises telles que *Forever Green* ou *long Rich*. Des entreprises qui proposent des soins corporels pour soulager les personnes malades des souffrances et gênes corporelles. Traiter l'hypertension artérielle de cette façon convient le plus aux personnes ayant une activité professionnelle, car ces personnes doivent s'assurer d'avoir un bon état de santé pour vaquer à leur occupation s'effectuant de façon quotidienne afin de maintenir leur poste de travail.

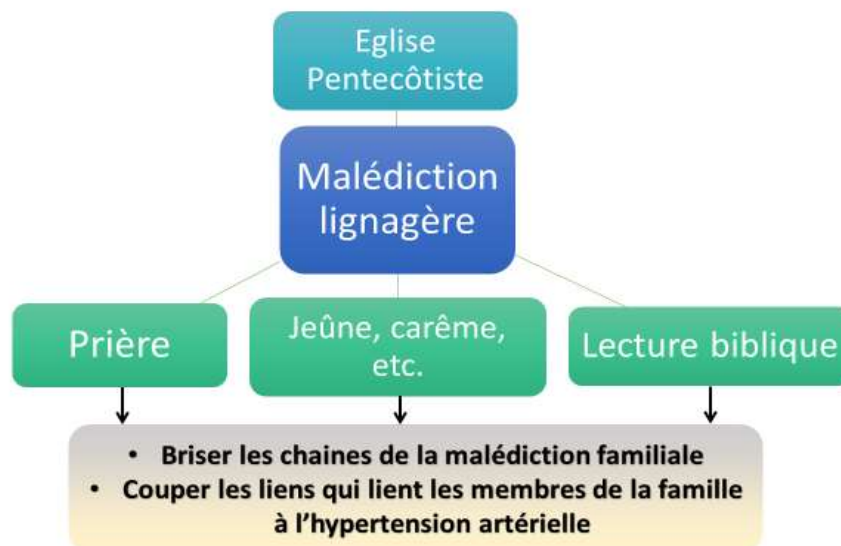
À côté de ces soins prescrits en une seule formule et dont l'efficacité se fait ressentir dans un temp relativement court lors de la prise en charge, il y a également les soins par

acupuncture qui sont très sollicitées par les femmes et les personnes âgées ayant également des activités quotidiennes à tenir et à effectuer. Notons que le service d'acupuncture reçoit des malades hypertendus ayant fait le tour des soins hospitaliers sans avoir été satisfait des résultats de cette prise en charge sur le temps long de leur prise en charge médicale. Quant aux personnes n'ayant aucune activité professionnelle, et donc pas d'importantes ressources financières pour suivre un traitement, ils s'orientent le plus vers des soins religieux et des soins traditionnelles qui ne leur coûtent pas de fortunes.

## 2- Les soins religieux et les prophètes-guérisseurs

Les soins religieux sont des réponses apportées aux malades hypertendus qui perçoivent leurs troubles comme étant des maux caractéristiques d'une malédiction lignagère. En fonction de leurs souffrances quotidiennes, les malades se font une représentation de leur maladie, variant entre des symptômes (picotements aux mains et aux pieds corrélés aux sensations de chaleurs aux mains et aux pieds, problèmes de vue) pouvant toucher les membres d'une même famille de génération en génération comme c'est le cas avec le diabète, l'insuffisance rénale et les troubles de la vue qui produisent ces effets. Cette explication du trouble révèle aussi des théories explicatives de la maladie, issues des Églises pentecôtistes, au sein desquelles des leaders religieux se présentent aux malades comme étant des praticiens qui, au nom de Dieu, prescrivent des soins médicaux qui soulagent les corps des malades.

Figure n°5: Processus thérapeutique de l'hypertension en soins religieux



Source : Dany Jacob ENDEDI

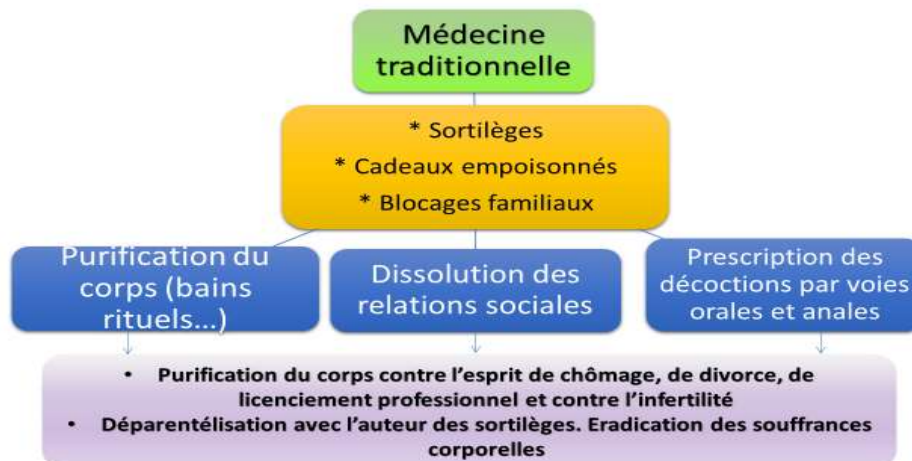
Ainsi, comme indiqué dans ce schéma, le soin consiste à faire usage de méditation qui passe par la prière, par l'observation des jeûnes et par la lecture biblique. Cela contribue à briser de façon symbolique et spirituelle, les liens du sang qui lie la structure familiale avec l'hypertension artérielle et tous ces maux qui accompagnent ce trouble. Cela passe par le fait de purifier le sang à partir des jeunes et couper les liens qui lient les membres de la famille avec ces maux qui produisent des décès survenant également de façon similaire de génération en génération.

De même, à côté de l'hypertension artérielle caractéristique d'une malédiction lignagère, il y a cette interprétation faite par les malades et leur entourage qui la perçoivent comme étant un sort envoyé par des tierces personnes avec qui les malades ont des antécédents. Ces sortilèges qui produisent des handicaps qui sont en fait des paralysies consécutives à la survenue d'accident vasculaire cérébral, sont aussi bien traitées par des soins religieux que par des soins traditionnels.

### 3- Les soins traditionnels et les tradipraticiens

Le fait que l'hypertension artérielle est perçue comme un sort par une catégorie de malade, se justifierait selon eux par le cas des crises d'accident vasculaire cérébraux survenant à travers des paralysies corporelles; à travers des étouffements et essoufflement liées aux problèmes cardiaques ressentis par les malades, ainsi que ceux et celles étant en situation d'obésité dont le surpoids aussi présent dans le lignage est perçu comme un blocage, un fardeau caractéristique de tous les maux que connaisse le lignage qui impacte la vie professionnelle, amicale et familiale des membre issue de cette structure de parenté, les gonflement des pieds et

Figure n°6:Processus thérapeutique de l'hypertension en médecine traditionnelle



**Source : Dany Jacob ENDEDI**

les problèmes de vue sont qui sont visibles chez les souffrants des insuffisances rénales se font traiter de façon traditionnelle à partir du schéma qui suit représente le colon vertébral du protocole thérapeutique mis en pratique dans cette filière de soin hors secteur biomédical.

Parmi les images de l'hypertension artérielle telles que construite par les malades, permettant à ces derniers de s'orienter vers des filières de soins hors secteur biomédical, les malédictions lignagères, les sortilèges, et les blocages, il y a l'hypertension perçue comme étant des cadeaux empoisonnés. Tels que l'ont expliqué des femmes et des hommes ayant connu des séparations de couple et dont les complications de santé ayant permis de déceler l'hypertension artérielle débutaient après ces événements. Le cadeau empoisonné c'est aussi l'esprit de mort qui frappe les membres de la famille dont les décès laissent un mauvais souvenir que les malades tiennent à cœur. Et ces pensées sombres produisent de façon progressive des personnes hypertendues. Et ces maux trouvent des réponses dans les traitements prescrits par des tradipraticiens.

Si l'efficacité de ces filières de soins hors secteur biomédical n'est scientifiquement attestée, il semble que bon nombre de patients trouvent de la satisfaction à se faire traiter par ces lieux de soins, dont les posologies et les modes administration des produits médicamenteux restent floues et peuvent à des cas de figure se montrer iatrogène.

**Conclusion**

La construction médicale de l'hypertension artérielle s'est faite avec le concours de divers disciplines scientifiques comme la physique, la chimie, les statistiques, la biologie, la chirurgie et la médecine. Il en est de même avec les premières solutions non médicamenteuses ayant permis de prendre en charge les hypertendus, dans la première moitié du 20ème siècle. Dont l'usage des pratiques corporelles comme le repos, la détente physique ainsi que des cures, des régimes alimentaires pauvres en sel et des jeunes ont été prescrits aux patients. D'autres pratiques de soins telles que l'usage de sangsues sur les corps des malades ont été utilisées jadis, avec leurs propriétés anticoagulantes de dissolution des caillots de sang, ayant un effet bénéfique pour prévenir les accidents vasculaires cérébraux et d'autres complications de santé liées à l'évolution de l'hypertension artérielle.

Quant au champ médical actuel en contexte gabonais, caractérisé par une absence importante de main d'œuvre à l'origine du sous-effectif du personnel soignant, empêche les soins hospitaliers de proposer des traitements médicamenteux qui soient efficaces sur les corps des malades, en l'occurrence des malades hypertendus. Ainsi, l'efficacité des soins prescrits va dépendre de la contribution des filières de soins hors secteur biomédical. Il s'agit des acupuncteurs, des tradipratiens, des leaders religieux, qui s'impliquent dans le traitement des corps hypertendus avec des méthodes de soins orientées sur le contrôle de la circulation sanguine, l'épuration du sang mais aussi du corps des malades. Cela rappelle ces traitements utilisés avant l'arrivée des produits antihypertenseurs entre la fin du dix-neuvième siècle et le début du vingtième siècle pour soulager les corps hypertendus à partir des techniques de soins appartenant aux spécialités médicales mise en marge du traitement des corps par l'expertise médicale qui est amenée à collaborer avec ces pratiques lorsque les soins hospitaliers connaissent des moments de balbutiement.



## Références bibliographiques

- Carricaburu Daniele, Ménoret Marie, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2014.
- Fassin Didier, *L'espace politique de la santé*, Paris, PUF, 1996.
- Fassin Didier, *Faire de la santé publique*, Paris, Editions de l'école nationale de la santé publique, 2005.
- Guillaume, Madeleine J, Jean-Claude de Tymowski, et Madeleine Fiévet-Izard. *L'acupuncture*. Presses Universitaires de France, 2010.
- Hardy Anne-Chantal. *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2013.
- Jaffré Yannick, Olivier de Sardan Jean-Pierre, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003.
- Jean Jaques-Mourad (Dir.), Antoine Cremer, Ladane Azernour-Bonnefoy, Nicolas Evrard, *Le grand livre de l'hypertension artérielle*, Paris, Eyrolles, 2017.
- Julien Bonhomme. *Le miroir et le crâne : Parcours initiatique du Bwete Misoko (Gabon)*, Paris, la Maison des sciences de l'homme, 2005.
- Joseph Tonda, *Le souverain moderne, le corps du pouvoir en Afrique centrale (Congo, Gabon)*, Paris, Karthala, 2005.
- Maehle Andreas-Holger, *La circulation du sang. De la théorie à la thérapie. L'animal au service du progrès médical*, Bale, Pharma information, 1987.
- Tonda Joseph « Le syndrome du prophète Médecines africaines et précarités identitaires », *Dans Cahiers d'études africaines*, volume 1, n° 161, 2001, p. 136-162.
- Tonda Joseph. « Le sida, maladie de Dieu, du diable et de la sorcellerie », *Dans Sciences sociales et santé*. Volume 25, n°4, 2007. pp. 35-48.
- Pierret Janine, « Entre santé et expérience de la maladie », *Dans Psychotropes*, 2008, vol. 14, n°2, p 47-59.

# Expositions-ventes du médicament traditionnel sur l'espace public urbain et solutionnement de la performance sexuelle à Yaoundé Cameroun : pratiques et enjeux d'une profession alternative

Joseph Arthur ATANGANA<sup>1</sup>

## Résumé

« *L'homme c'est les reins* » est une formule d'appel qu'utilisent des « *naturopathes* » dans leurs speeches pour exposer et vendre des médicaments traditionnels sur des espaces publics urbains centraux à Yaoundé. Si elle résume une pensée structurante de la performance sexuelle en démocratisation, elle charrie aussi, putativement, l'importance du médicament traditionnel et celle d'une fonction biologique dans les rapports sociaux en milieu urbain. Cette contribution interroge comment se pratique l'exposition-vente du médicament traditionnel pour apporter une solution à la performance sexuelle et quels en sont les enjeux sur l'espace public urbain à Yaoundé-Cameroun ? Elle soutient que de manières quotidiennes, des « *naturopathes* », exposent et vendent, de vive voix ou par des affiches, en individuel ou en collectif, de façon itinérante et sédentaire, des médicaments traditionnels qui ont une incidence sur la performance sexuelle avec des enjeux protéiformes. À travers *la microsociologie*, appliquée à des données qualitatives, elle mettra en lumière les pratiques qui structurent ce phénomène, du point de vue des acteurs (1). Et son rapport à la régulation et les enjeux qui lui sont liés (2) sur l'espace public urbain à Yaoundé-Cameroun.

**Mots clés** : médicaments traditionnels, performance sexuelle, solutionnement, enjeux.

## **Introduction**

Comme la lutte contre l'impuissance, l'amélioration de la vitalité sexuelle à travers des remèdes faits d'extraits d'animaux, de végétaux et de minéraux est une pratique séculaire chez les hommes. Il se trouve qu'une telle tâche est bien souvent médiatisée où le quêteur n'est pas directement en contact avec la solution à son problème et en cela, se fait aider par un acteur doté de telles capacités. En contexte camerounais, la crise économique<sup>2</sup> et la pandémie du

---

<sup>1</sup> **Joseph Arthur ATANGANA** Doctorant en sociologie à l'Université de Yaoundé I, Chercheur au laboratoire Camerounais d'Études et de Recherches sur les Sociétés Contemporaines (CERESC). Sa thèse en cours B.P. : 755 Yaoundé Email : [atanganaarthur0@gmail.com](mailto:atanganaarthur0@gmail.com).

<sup>2</sup> Amougou Gérard. 2018, « Esquisse d'histoire des politiques de développement au Cameroun : Un regard contextuel », note N° 21. p. 26.

SIDA<sup>3</sup> surviennent dans les années 1980 et la dévaluation du FCFA dans les années 1990<sup>4</sup>. L'exposition-vente du médicament traditionnel<sup>5</sup> y voit le jour et au fil du temps le solutionnement de la performance sexuelle devient un de ses desseins. Elle s'est donc progressivement transformée, passant d'une activité *in vitro* dans les cases périphériques des villages à une occupation quasi démocratique des espaces publics urbains centraux de la ville capitale politique Yaoundé. Ses pratiquants aux appellations diverses de « *docta* » et « *naturopathes* » utilisent dès lors, diverses formules d'appel de la clientèle, dont celle de « *l'homme c'est les reins !* » Si elle résume une pensée structurante de la performance sexuelle en démocratisation, elle charrie aussi, putativement, l'importance du médicament traditionnel et celle d'une fonction biologique dans les rapports sociaux en milieu urbain. Au cours de cette activité, des médicaments et artéfacts sont visibles sur des étagères et des étals de fortune. Ils sont également à l'intérieur du coffre d'un véhicule ou d'une poussette, le tout accompagné d'un porte-voix ou d'un baffle Bluetooth mobile. Cette contribution tente de scruter aussi bien ces situations décalées de solutionnement de la performance sexuelle par des acteurs particuliers sur l'espace public urbain que les enjeux qui les sous-tendent. Aussi, comment se pratique l'exposition-vente du médicament traditionnel pour apporter une solution à la performance sexuelle et quels en sont les enjeux sur l'espace public urbain à Yaoundé-Cameroun ? Elle soutient que de manières quotidiennes, des « *naturopathes* », exposent et vendent, de vive voix ou par des affiches, en individuel ou en collectif, de façon itinérante et sédentaire, des médicaments traditionnels qui ont une incidence sur la performance sexuelle avec des enjeux protéiformes.

Elle repose sur une recherche qualitative dans la ville de Yaoundé Cameroun au cours du mois de mars 2023 où nous avons eu recours aux entretiens semi-directifs ainsi qu'à l'observation directe. Aussi, trois entretiens semi-directifs ont été menés avec des « *naturopathes* » respectivement au marché Mokolo, arrondissement de Yaoundé 2<sup>ème</sup> et au lieu dit « *éducation*<sup>6</sup> », dans l'arrondissement de Yaoundé 3<sup>ème</sup>. Des entretiens informels ont

---

<sup>3</sup> Éric de Rosny, « L'évolution du comportement des familles devant la pandémie du sida au Cameroun »

<sup>4</sup> *Idem*, p.26-27.

<sup>5</sup> Ngambouk V. P., 'The growth of urban traditional medicine: a case study of "street pharmacy" vendors in Yaounde', Yaoundé, Maitrise en Anthropologie médicale, Université de Yaoundé I, 1999.

<sup>6</sup> C'est le lieu qui abrite, actuellement, le siège de trois ministères : le ministère de l'Enseignement de base (MINBASE), le ministère des Enseignements secondaires (MINESEC) et le ministère de la Fonction publique et de la réforme administrative (MINFOPRA). Il s'agit d'une longue rue dont le trottoir est prisé par des acteurs dont les activités relèvent de la débrouillardise (petit commerce, artisanat sérigraphique, customisation auto de rue, l'exposition-vente du médicament traditionnel, etc.).

également été effectués avec deux acteurs de l'exposition-ventes du médicament traditionnel au « *secteur zizi fort*<sup>7</sup> ». Ces entretiens visaient la restitution des interactions et ethnométhodes de ces pratiquants, par eux-mêmes, pour comprendre cette activité qui consiste à apporter des solutions à la performance sexuelle des clients ou des patients à travers le médicament traditionnel sur l'espace public urbain. Des observations directes *in situ* ont également été faites sur les mêmes sites et visaient la saisie de cette activité au moment où elle était en train de se faire. Dès lors, l'analyse des données a nécessité *la microsociologie* pour rendre compte d'un phénomène dit banal, mais dont les réalités sont dignes d'intérêt pour la compréhension des usages commerciaux sur l'espace public urbain, par des acteurs alternatifs de la médecine. Cette contribution présente dès lors, les pratiques qui structurent l'exposition-vente du médicament traditionnel, du point de vue des acteurs qui en sont les dépositaires (1). Par ailleurs, elle revient sur son rapport à la régulation, mais surtout les enjeux qui sont liés à une telle situation (2) sur l'espace public urbain à Yaoundé-Cameroun.

### **1. Pratiques de l'exposition-vente du médicament traditionnel à Yaoundé**

Dans la ville de Yaoundé, le petit commerce compte parmi les principales activités génératrices de revenus et fait, en cela, partie de l'économie informelle grandissante. Des préparations homologuées ou pas, à base de plantes médicinales, d'animaux et/ou de minéraux sont exposées et vendues. Elles représentant des avatars d'une ou de plusieurs traditions acquises par héritage, empirie ou les deux à la fois. Elles sont appliquées seules ou en association pour maintenir le bien-être, diagnostiquer ou prévenir la maladie, l'exposition-vente du médicament traditionnel en tant qu'activité relève aussi bien de l'intermédiation que du commerce. Puisque ces pratiquants, naturopathes, herboristes et autres tradithérapeutes se situent entre les vertus des éléments naturels constituant ces médicaments traditionnels et les maux auxquels font face les patients ou encore les clients qui leur en font cas. Les paroles introductives du spot publicitaire diffusé par le baffle Bluetooth mobile d'un naturopathe présentent cette intermédiation en ces mots : « *La forêt est une livre et nous le lisons pour vous*<sup>8</sup>. » Dès lors, cette pratique qui a cours sur l'espace public urbain non spécialisé et non spécifiquement dédié présente une configuration digne d'intérêt du point de vue de l'itinéraire

---

<sup>7</sup> Expression émic renvoyant à un trottoir boisé attendant au rond-point de la Poste centrale dans l'arrondissement de Yaoundé 3<sup>ème</sup> où la concentration d'étals à même le sol présente divers éléments. D'une part des phallus sculptés dans du bois de diverse taille, ils attirent l'attention des passants et d'autre part des poudres verdâtres, jaunâtres, rougeâtres et blanchâtres contenues dans des sacs plastiques.

<sup>8</sup> Observation directe du 28/03/2023 à Mokolo en bas, arrondissement de Yaoundé 2<sup>ème</sup>.

des acteurs et des produits ainsi que des dynamiques de commercialisation. D'une part, nous souhaitons répondre aux questions de comment les acteurs sont parvenus à la pratique d'une telle activité sur l'espace public urbain ? Comment parvient le médicament traditionnel où il est exposé et vendu ? D'autre part il sera présenté comment est disposé le médicament traditionnel au cours d'une exposition-vente de médicament traditionnel et les dynamiques d'interactions qui la parcours pour le solutionnement de la performance sexuelle.

### ***1.1. L'itinéraire des pratiquants et du médicament traditionnel***

Entrer par l'itinéraire des pratiquants rend compte de la nécessité de présenter le pratiquant comme un acteur inscrit dans une trajectoire sociale dont le point de départ est fondamental pour sa pratique. Cet itinéraire étant par définition relatif il est toutefois possible de relever des éléments de convergence du point de vue des séquences d'acquisition de la pratique. En effet, dans la médecine traditionnelle, des modalités d'acquisition de la technique de traitement par les plantes médicinales sont identifiées et reconnues. Dans de nombreuses enquêtes ethnobotaniques et ethnopharmacologiques<sup>9</sup> trois modes d'acquisition de la pratique sont identifiés à savoir : héréditaire, empirique ainsi qu'héréditaire et empirique<sup>10</sup>. À ce triptyque va s'ajouter l'initiation auprès d'un guérisseur, la révélation et l'échange<sup>11</sup>. Il s'agit du point de départ d'une activité pratiquée comme vocation ou conséquence d'une situation d'action, moment historique<sup>12</sup> ou contrainte à laquelle le pratiquant fait ou a fait face.

Cependant, le point de départ d'une activité n'est pas celui du lieu de son exercice. Aussi dans un exode dans les grandes villes, Yaoundé constitue la destination finale au point où en dehors de la scolarisation, l'insertion socioprofessionnelle est souvent le problème central de cette présence en milieu urbain. Dès lors, des dynamiques sont mises en place par les nouveaux venus et divers mécanismes se cristallisent en de petits métiers<sup>13</sup> relevant de la débrouillardise<sup>14</sup>. L'exposition-vente du médicament traditionnel sur l'espace public urbain en constitue un

---

<sup>9</sup> Mpondo Mpondo Emmanuel *et al.*, 2017, « Connaissances et usages traditionnels des plantes médicinales du département du Haut-Nyong », *Journal of Applied Biosciences*, n° 113, pp.11229-11245.

<sup>10</sup> *Idem*, p.11233.

<sup>11</sup> Mve Belinga Jeannot, 2019, *Pratique de la médecine traditionnelle et changements climatiques au Cameroun. Conséquences sur les soins à base de plantes médicinales, 1924-2017*, p.28.

<sup>12</sup> Guyot Jean-Luc, 2004, « Ébauche d'une sociologie des logiques d'action des créateurs d'entreprise : apports théoriques », p.2.

<sup>13</sup> Fodouop Kengne, 1991, *Les petits métiers de rue et l'emploi. Le cas de Yaoundé*. Yaoundé, SOPECAM.

<sup>14</sup> Fodouop K., (dir), 2015. *Le Cameroun. Jardin sacré de la débrouillardise*, Paris, l'Harmattan.

exemple et les extraits d'entretiens suivants présentent l'itinéraire de ses pratiquants. Ils reviennent sur leur mode d'acquisition de l'art et leur présence sur ces sites d'exposition à Yaoundé.

*C'est un don ! Quand je dors, **je rêve, je fais les rêves** que je peux mélanger la plante ci avec l'autre plante ci et je teste moi-même. Je goute, je sens comment ça se manifeste, je teste sur moi et je sais comment donner à un malade et quand je donne, ça donne ! Même mon père était contre moi quand je faisais ça, mais après il m'a soutenu. **J'ai encore ajouté les recherches**, je vous ai dit que je suis un chercheur en médecine traditionnelle ou tropicale. Entre-temps **j'ai aussi rencontré les autres**, j'ai ajouté sur mes connaissances<sup>15</sup>.*

Cet extrait de Victor, un naturopathe et chercheur en médecine traditionnelle installée sur un parking attenant au marché Mokolo présente un mode d'acquisition par révélation et empirie. À côté d'un tel mode d'acquisition nous retrouvons celui que nous présente Ngo, une naturopathe installée sur un trottoir au lieu dit éducation :

*Moi c'est depuis. J'avais d'abord commencé et puis j'avais laissé. Comme l'enfant me dérangeait, il était encore petit, j'ai abord laissé. Ce qui me fait faire ça c'est que **je suis né dans une famille qui connaît**. Mon père fait ça d'abord, ma tante fait ça, donc je suis né là où tout le monde fait ça. Normalement, **mon père est guérisseur**. Moi j'ai grandi avec lui et je voyais comment il faisait les choses et ça m'a intéressé. En tout cas, tous ses enfants connaissent<sup>16</sup>.*

Ici, il est question d'héritage et la pratique, la maîtrise des écorces d'arbres, de leur mélange est un art séculaire dans la famille. On peut y voir le produit d'une socialisation primaire à la pratique de la médecine traditionnelle, point de départ d'une compétence dont elle se prévaut quotidiennement sur l'espace public urbain. Ces deux extraits exposent le point de départ d'une pratique à travers trois modalités d'acquisition. D'une part, l'empirie et la révélation combinée par le naturopathe Victor sont des modalités d'acquisition auxquelles sont rattachées un pragmatisme dans le résultat qui fera l'objet d'une appréciation, aussi bien personnelle que par le patient d'où le « *je teste sur moi et je sais comment donner à un malade* ».

---

<sup>15</sup> Victor, naturopathe à Mokolo, 07/03/2023.

<sup>16</sup> Ngo, naturopathe au lieu dit éducation, 14/03/2023.

Les confrères également constituent un niveau de vérification et donc d'appréciation voilà pourquoi : « *j'ai aussi rencontré les autres* ». D'autre part, l'héritage transmis à Ngo au cours de sa socialisation primaire rend compte d'un capital culturel incorporé<sup>17</sup> au cours de son existence familiale et précisément au contact de son père guérisseur et de sa tante elle est donc « *né là où tout le monde fait ça* » et le pratique donc cette activité sur cette base. Des modalités d'acquisition qui relèvent d'une expérience personnelle et donc microsociale d'interactions à petite échelle. C'est par elles qu'une pratique du même ordre est maîtrisée au point de constituer le point de départ dans l'itinéraire des pratiquants.

L'art étant désormais acquis, il se pose la question de sa présence sur l'espace public urbain à Yaoundé. Comment les pratiquants après une acquisition microsociale de leur art se sont retrouvés à le pratiquer de manière banale sur les espaces publics urbains centraux de cette ville capitale ? D'où partent-ils et comment considèrent-ils cette destination ? À ces questions répondent des situations d'action diverse de pratiquants présentent :

*Bon, j'ai commencé étant petit, mais je partais quand même à l'école, et mon père m'apprenait quand même un peu, un peu. Il m'apprenait cela étant petit et je partais à l'école. **J'étais à Fouban avec lui avant de venir à Yaoundé.** Mon père est quand même un grand docteur traditionnel. Et là-bas chez nous-mêmes à l'Ouest, c'est lui le grand maître du lieu sacré. Lui-même venait livrer les remèdes ici à Yaoundé et on a vu la place, on est venu installer et vendre ici là. C'est depuis des années qu'on vend ici. **Je vends depuis 7 ans, j'ai 23 ans**<sup>18</sup> !*

Cet extrait de Mohamed, « *docteur traditionnel* », présente deux éléments sur un exode rural. En effet, dans l'itinéraire, la ville de Yaoundé est la destination après l'acquisition de l'art d'apporter des solutions aux performances sexuelles dans la ville de *Fouban*, région de l'Ouest-Cameroun. Par ailleurs, cette destination a été présentée par le père de Mohamed sous son angle économique qui a pris corps depuis les années 1970<sup>19</sup>. En effet, il s'agit d'un lieu d'écoulement, un marché capable d'absorber les médicaments traditionnels en garantissant la vente et même la revente. Le site de vente trouvé dans ladite ville est la conséquence d'une

---

<sup>17</sup> Jourdain Anne, Naulin Sidonie (2011), *La théorie de Pierre Bourdieu et ses usages sociologiques*, p.84.

<sup>18</sup> Mohamed, docteur traditionnel, au secteur zizifort, à la Poste centrale 28/03/2023.

<sup>19</sup> Dongmo Jean-Louis, 1980, « L'attraction migratoire nationale des deux capitales camerounaises : Douala et Yaoundé. », *Cahiers d'outre-mer*, p.53.

construction avec des livraisons antérieures à l'installation, mais aussi l'insertion sociale de ces acteurs hors de leur espace culturel d'origine, et ce depuis sept ans.

Cet itinéraire des pratiquants est bien souvent celui des médicaments commercialisés. Le terroir, le village est bien souvent le pourvoyeur d'essences commercialisées directement ou après une transformation sommaire. À cet effet, la dynamique d'appropriation de du médicament chez Ngo est personnelle avec un retour au village pour leur recherche : « *Parfois moi-même je vais au village pour chercher le remède, on m'a appris. Je vais, je cherche le produit et je viens avec ça*<sup>20</sup>. » Mohamed affirme quant à lui qu'il s'agit des expéditions en provenance de son Fouban natal : « *On m'envoie ça de Fouban et je viens avec ça ici*<sup>21</sup>. » À côté de cela Abdel est un peu plus explicite dans sa présentation du mécanisme d'appropriation du médicament : « *Je suis naturopathe et mes produits je me les procure moi-même. Chez nous dans le Noun, on a les brousses, on a les forêts et tout... Moi-même je voyage pour effectuer et me procurer des produits, des écorces que j'écrase et qui deviennent des poudres que je compose pour avoir des liquides tels que vous voyez*<sup>22</sup>. »

À côté du terroir, des emprunts existent à travers le mécanisme de la revente ce que présente Ngo pour le cas d'un médicament traditionnel contre les hémorroïdes : « *J'ai déjà une mère qui m'a proposé pour les hémorroïdes, c'est elle qui m'avait appris. Dès qu'elle avait soigné quelqu'un de chez nous, elle m'a aussi soigné, c'est là que moi aussi, elle m'a donné. Donc là maintenant, c'est la tête qui travaille. Pour les autres, je prends chez elle à 500 FCFA et je peux vendre à 5000 FCFA*<sup>23</sup>. » C'est un mécanisme qui se rapproche de celui des délégués médicaux en marketing pharmaceutique dans la médecine conventionnelle. Cependant, la nuance selon laquelle le pratiquant de l'exposition-vente (Ngo) est lui-même ce lui qui joue ce rôle à la place d'une équipe recrutée par le producteur. Notons également que d'autres produits commercialisés comme « *le Poutoulou pour la résistance et la puissance*<sup>24</sup> » que commercialise Mohamed ont une origine sous régionale. Cela concerne la poudre d'une écorce d'arbre de l'Est de la République Démocratique du Congo dans le village d'Ankoro, province du Katanga<sup>25</sup>.

---

<sup>20</sup> Ngo, naturopathe au lieu dit éducation, 14/03/2023.

<sup>21</sup> Mohamed, docteur traditionnel, au « *secteur zizifort* », à la Poste centrale 28/03/2023.

<sup>22</sup> Abdel, naturopathe au lieu dit éducation, 28/03/2023.

<sup>23</sup> Ngo, naturopathe au lieu dit éducation, 14/03/2023.

<sup>24</sup> Mohamed, *idem*.

<sup>25</sup> Ambombo M., 2022, « Enquête sur le marché florissant des excitants sexuels », *Mutations*, p.4.



Des modalités d'acquisition d'un art de faire et du médicament traditionnel à commercialiser qui nous emmène à présenter comment est-ce que se déroule cette commercialisation sur les espaces publics centraux à Yaoundé.

### ***1.2. Dynamiques de commercialisation***

L'exposition-vente du médicament traditionnel à Yaoundé procède d'une disposition des pratiquants et de la marchandise, d'une communication, des actions et interactions spécifiques. Dans une certaine spectacularité, cette occupation de l'espace public urbain mobilise des éléments matériels et immatériels ayant une valeur symbolique et la dramaturgie sociale nomme cela « façade<sup>26</sup> ». L'exposition-vente du médicament traditionnel repose dès lors sur une installation et des transactions commerciales spécifiques.

Dans un premier temps, deux mécanismes d'exposition-vente du médicament traditionnel conditionnent l'installation et les transactions commerciales. L'exposition-vente médiatisée où le pratiquant utilise des moyens technologiques pour diffuser son message ou un spot et ainsi communiquer avec ses clients, mais surtout les passants. Le but étant qu'ils s'intéressent ou se rapprochent de la scène où a cours la pratique. Une observation directe<sup>27</sup> de l'exposition-vente de Victor rend compte de cette exposition-vente médiatisée. En effet, il utilise un appareillage symbolique composé d'un véhicule garé sur une place de parking attenante à la route au marché Mokolo, en face de l'ancien Hôtel le progrès non loin du Commissariat de sécurité publique n° 2. La malle arrière de ce dernier est ouverte et on peut y voir des flacons remplis de médicaments liquides ou solides et des sachets de médicaments disposés en lignes. Au sol, c'est sur une bâche que sont disposées des feuilles de diverses plantes, nous reconnaissons celles de la patate douce, du manguier et de l'avocatier. D'autres flacons et poudres sont dans des sacs plastiques retroussés au trois quarts. De part et d'autre de cette scène rectangulaire, au milieu de laquelle se trouve Victor tenant un microphone, deux baffles sont installés sur des trépieds et diffusent au loin les propos ses propos.

---

<sup>26</sup> Delas Jean-Pierre et Milly Bruno, 2005, *Histoires des pensées sociologiques*, Paris, Armand colin, p.385. C'est-à-dire un « appareillage symbolique » mobilisé par l'acteur dans sa représentation. Elle comprend des éléments matériels comme le décor (endroit, mobilier, décoration...) et personnels tels l'âge, le sexe, la race... mais aussi les vêtements, la façon de parler, les mimiques, les gestes... »

<sup>27</sup> Observation directe du 06/03/2023.

Ce jour, et à ce moment précis, 11 h à 12 h, le médicament objet de la présentation avait pour but de « *nettoyer la ceinture rénale, vider le ventre pour que le moteur tourne bien.* » Il s'agissait d'un mélange d'eau et de poudre verdâtre dans de petits sachets en plastique, « *emballage* » qu'il distribuait à tous les spectateurs attroupés devant sa scène. La consigne ferme était, après distribution, d'attendre que lui-même en consomme pour garantir qu'il « *ne trompe personne* ». Ensuite, l'ordre est donné aux spectateurs de faire comme lui, un trou avec les dents dans le plastique et avaler en une seille gorgée le mélange. Par la suite, il a pris des sachets d'une poudre verdâtre, celle contenue dans le mélange, et a indiqué aux spectateurs que la dose qu'il venait de consommer a besoin d'être complétée pour que l'efficacité du traitement soit optimale. Il s'est mis à distribuer ces sachets en indiquant qu'ils coutent 1000 FCFA l'unité et spontanément, quelques spectateurs se sont mis à tendre des billets de banque et après les avoir remboursés, quelques-uns ont quitté l'attroupement. Il a dès lors indiqué qu'il va « *aider ceux qui n'ont pas l'argent, mais qui sont là.* » Il a annoncé qu'ils leur « *laissent le sachet à 500* » ce qui a suscité un engouement de la foule avec la majorité des spectateurs qui a finalement acheté le médicament qu'ils avaient déjà entre les mains. Une scène agrémentée d'anecdotes, de fous rires, d'autodérision et autres discours hilarants pour garder en éveil l'attention de spectateurs déjà attroupés et attirer les passants.

**Image 1 : Attroupement spontané autour d'une exposition-vente médiatisée sur un arrêt taxis à Melen**



Source : *Enquête de terrain du mémoire de Master II*<sup>28</sup>

La dynamique transactionnelle du naturopathe Victor dans son exposition-vente médiatisée repose sur une logique d'action qu'il explique :

---

<sup>28</sup> Atangana Joseph Arthur, 2021, « Spectacles de rue et attroupements spontanés à Yaoundé : logiques des acteurs. », p.47.

*Quand je viens au marché, c'est pour chercher le moyen d'avoir un capital et avoir une place. C'est pour vite donner dehors et vite avoir les moyens de faire l'autre et satisfaire les gens. C'est aussi pour me faire connaître où je ne peux pas aller. Là au marché maintenant, je trouve quelqu'un qui vient du Nord, quelqu'un qui vient de l'Est, du Sud, c'est un système de communication rapide. Parce que, s'il y avait un moyen de communication comme les médias. Mais comme aujourd'hui dans les médias, des gens prennent nos noms pour tromper le monde, on ne connaît même plus qui est qui<sup>29</sup>.*

Deux éléments sont à relever dans cet extrait. Au-delà d'une logique d'installation sur l'espace public urbain pour y effectuer son activité, la représentation que se fait le pratiquant du marché joue un rôle conséquent. Pour lui, cela prend le sens pratique d'une plate-forme qui lui offre la présence d'une clientèle diversifiée, au même titre que les mécanismes de radio et télédiffusion.

L'exposition-vente s'opère aussi à travers une causerie inscrite dans une interaction face à face entre le pratiquant et son client. Le pratiquant n'a pas pour dessein principal se faire écouter au loin, sensibiliser et faire savoir qu'il est à cet endroit précis. Tout est plus kinésique au départ de l'interaction et les paroles ne font leur entrée que lorsque les deux protagonistes sont en situation d'interaction face à face. Ce mécanisme d'exposition-vente du médicament traditionnel est celui qui s'observe le plus sur l'espace public urbain et le pratiquant est la plupart du temps seul. Nous avons effectué une autre observation directe<sup>30</sup> sur l'espace public urbain de l'achat d'un médicament traditionnel auprès de Mohamed, docteur traditionnel à la poste centrale. En effet, il est 10 h du matin lorsque nous avons retrouvé Mohamed assis sur un tabouret derrière son étal, sous un arbre sur le trottoir boisé du « *coin zizi fort* » qui est attenant au service Blue de Camtel. Peu avant le début de notre entretien, un client s'approche et demande un produit pour « *durer* », l'endurance. Mohamed lui montre du doigt une écorce et lui dit qu'elle coûte « *2000* » francs. Le client émet un cri empreint d'étonnement et d'insatisfaction tout en lui demandant s'il lui est possible de n'avoir que pour « *500* » francs, étant donné que « *je n'ai que ça !* » Mohamed prit et se mit à casser quelques bouts de cette écorce

---

<sup>29</sup> Victor, naturopathe à Mokolo, 07/03/2023.

<sup>30</sup> Observation directe du 28/03/2023.

blanchâtre. Elle est sèche et est la plus petite de toutes celles qui font partie de sa marchandise. Il en met les bouts dans un emballage plastique noir, récupère le billet de 1000 francs que tient le client et lui remet aussi bien la différence que le médicament emballé. Un au revoir est fait à travers l'expression « *ensemble frère* » qu'ils s'échangent l'un après l'autre et le client retourne en marchant vers les feux tricolores en face du service Blue de Camtel d'où il est venu. À peine 03 minutes se sont écoulées pour une telle transaction.

Les protagonistes étant en contact direct l'un et l'autre, le problème pour lequel la solution est recherchée peut être posé au pratiquant qui identifie une solution, la propose ainsi que son prix au quêteur. Cette manière de faire est assez traditionnelle pour des sociétés africaines marquées par une oralité prédominante et où l'aveu<sup>31</sup>, autant que l'expression constituent un médicament sinon le premier pas vers la guérison ou le solutionnement. C'est donc autour d'une négociation du prix, l'expression de la somme que possèdent les clients que le pratiquant fixe le prix du médicament. Il a tenu compte de cette somme proposée par le client et lui a servi en fonction de cette dernière. Pour ne pas nous contenter de cette observation directe, nous avons posé la question sur les médicaments exposés et vendus, mais aussi leur prix afin de parfaire la compréhension de la pratique de cette approche décalée de la médecine ou encore de la pharmacie. Mohamed nous dira à cet effet que c'est « *de 8 h à 17 h 30 ou 18 h* » qu'il est installé « *à la poste* ». Ce qu'il y fait sur le plan de la dynamique transactionnelle se situe à deux niveaux :

*Je fais dans les écorces, c'est ce qu'on m'a appris à faire et je soigne les gens ici par exemple la faiblesse sexuelle, érections faibles et nettoyage des reins, augmentation du pénis, tout ça. Et pour les chlamydias, hémorroïdes internes et externes. Il y a les gens qui viennent quand même par exemple pour les nettoyages, pour augmenter le pénis et pour la résistance. Donc il y a beaucoup de gens qui sont intéressés par ça.*

*Pour les prix, ça dépend. Il y a **pour là là là**, il y a **pour le définitif**. Par exemple quand quelqu'un veut pour le définitif, on lui donne, pour soigner le problème et il n'a plus de problème, on lui donne aussi. Si tu veux pour là là là, par exemple, tu*

---

<sup>31</sup> Lusengi Wade, 2016, « La place de l'Aveu en ethnomédecine africaine : une analyse de la métamédicalité chez les Beti du Cameroun et les Bakongo de la République Démocratique du Congo ».

*veux faire le match là là là, on te donne aussi. Pour **le définitif**, on fait le traitement à 15 000 FCFA, pour là là là, on peut faire ça même à 2000 FCFA<sup>32</sup>.*

Cet extrait qui revient sur les diverses applications du médicament traditionnel en rapport avec la performance sexuelle s'achève par une catégorisation de la demande et même de l'efficacité de ces médicaments. Un médicament pour l'immédiateté, l'imminence de l'acte sexuel identifié par l'expression émic « *Là là la* » est de ce fait moins cher par rapport à celui qui apporte une solution définitive au problème. Cette dichotomie est également identifiée par Abdel qui apporte une peu plus d'arguments sur son fondement et son insertion dans la dynamique transactionnelle du médicament traditionnel :

*Puisqu'il y a des traitements qui **traitent une fois** et d'autres qui sont là pour **les dépannages**. Donc, lorsque vous lui faites part de ce traitement, vous lui proposez des prix différents des deux produits. Il y a donc un produit qui est comme **un calmant**, on peut prendre maintenant, mais l'effet ne reste pas, **c'est temporaire**. Tandis qu'il y a ce qui **traite une fois**. Ce sont donc ces deux prix différents qu'on donne, et quand le client dit comment il est, comment il s'est préparé, on dit et on lui donne une quantité fixe qui peut l'aider ? J'ai donc une dose complète que je donne, si vous me dites je veux le nettoyage, il y a une quantité normale que je donne. Que ce soit 1000 francs, 2000, le problème c'est **l'arrangement**, on s'arrange et je vous donne. Oui, là ça n'a pas de prix fixe<sup>33</sup>.*

Ce propos d'Abdel qui nomme différemment une catégorie dichotomique sur laquelle se fondent les praticants pour fixer les prix de leur traitement insiste tout de même sur le caractère interactionniste du prix à payer pour un produit. Cela fonde l'emploi de la notion d'« *arrangement* » qu'il emploie et qui met en rapport un praticant et le client dont il tient compte de « *comment il s'est préparé* » pour que prenne cours la transaction commerciale.

Il est important de présenter une dynamique conversationnelle entre un praticant et les spectateurs attroupés devant son exposition-vente au marché Mokolo, lieu dit perroquet dans

---

<sup>32</sup> Mohamed, docteur traditionnel, au « *secteur zizifort* », à la Poste centrale 28/03/2023.

<sup>33</sup> Abdel, naturopathe au lieu dit éducation, 28/03/2023.

l'arrondissement de Yaoundé 2<sup>ème</sup>. Le pratiquant, un naturopathe en t-shirt polo gri rayé est en train de demander à des clients, acteurs-spectateurs, de tendre la main gauche pour recevoir l'échantillon gratuit d'un médicament. Il s'agit d'une poudre rouge ayant des vertus préventives et curatives pour les maux du tube digestif qui entraîne les hémorroïdes. Sur le sol, on peut y distinguer des photos de diverses maladies à divers stades.

**Image 2 : Exposition-vente du médicament traditionnel en face à face au lieu dit perroquet**



Source : Enquête de terrain du mémoire de Master II<sup>34</sup>

Pour le cas précis du solutionnement de la performance sexuelle par des écorces, poudre et breuvages spécialisés, Abdel fait une description de son étal et motive ce qui justifie son caractère minime ou simplifié :

*Ouais justement ce ne sont pas tous mes produits, on a plusieurs. Parce que si on se met, comme on parlait de la Mairie, si on se met à installer, ils peuvent tout prendre. Mais, pour ne pas déranger la population, et nous-mêmes, si on ne veut pas rencontrer là Maire et que ça ne soit pas un problème pour eux, on prend donc six bouteilles TANGUI, on positionne. C'est pourquoi ? C'est comme un mannequin dans une boutique, juste pour attirer l'attention, c'est lorsque le client est devant toi que tout peut se dire<sup>35</sup>.*

Sur l'image ci-dessous, on peut voir, la marchandise dont parle Abdel. De l'avant vers l'arrière, un phallus sculpté dans du bois de couleur jaune. Six bouteilles au contenu jaunâtre et

<sup>34</sup> Atangana J. A., 2021, *op. cit*, p.34.

<sup>35</sup> Abdel, naturopathe au lieu dit éducation, 28/03/2023.

rougeâtre et sur les deux premières bouteilles aux extrémités, il y a posé, sur chacune, une fiole au contenu blanchâtre, le fameux « *poutoulou* ».

**Image 3 : Marchandise spécialisée pour la performance sexuelle exposée et vendue sur un trottoir**



*Source : Enquête de terrain du 28/03/2023.*

L’affiche ci-dessous a quant à elle été confectionnée pour servir de photo de profil sur les réseaux sociaux de diffusion, compte tenu de l’ère du numérique. Elle résume, de façon kaléidoscopique, la marchandise exposée et vendue pour le solutionnement de la performance sexuelle, mais aussi le nom et le numéro de téléphone du pratiquant Abdel. Il s’agit de breuvages, mais aussi de poudre notamment le « *poutoulou* » dont les vertus sont celles du contrôle de l’orgasme masculin et la diminution de la sensibilité pour que l’acte sexuel mette le plus longtemps possible, entre 02 et 03 heures<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> Ambombo M., *op. cit*, p.5.

**Image 4 : Affiche publicitaire de naturopathe Abdel destiné à ses réseaux sociaux**



Source : Enquête de terrain du 28/03/2023.

Ces vertus du « *poutoulou* » sont précisées par Mohamed qui l'identifie comme le produit phare de sa marchandise adapté « *pour la résistance et la puissance. L'autre là quand tu prends ça, tu peux faire même 35 minutes pour le premier coup. Deuxième coup même 45 minutes et troisième coup même 1 h, ça dépend.*<sup>37</sup> » Cette pratique de l'exposition-vente du médicament traditionnel pour le solutionnement de la performance sexuelle à travers l'itinéraire des pratiquants et de médicaments ainsi que les dynamiques commerciales qu'elle implique a une incidence sur l'espace public urbain. Le rapport avec des acteurs en charge de la régulation des usages commerciaux de l'espace public urbain en est une preuve d'où le questionnement des enjeux d'une telle pratique sur cet espace.

## **2. Rapport à la régulation et enjeux d'une pratique décalée sur l'espace public urbain**

Bien que l'espace public urbain soit plurifonctionnel, il reste tout de même organisé par des autorités et institutions qui l'aménagent, l'entretient et s'assure de la conformité des usages, de la sûreté et de la sécurité<sup>38</sup>. L'exposition-vente du médicament traditionnel en tant qu'activité commerciale ne dispose pas de place réservée sur l'espace public urbain en dehors de celles des marchés. Sa présence ainsi que celle des activités de la même catégorie est donc non conforme

<sup>37</sup> Mohamed, docteur traditionnel, au « *secteur zizifort* », à la Poste centrale 28/03/2023.

<sup>38</sup> Décret présidentiel n° 2022/354 du 09 août 2022, qui vient fixer « *les modalités d'exercice de la police municipale* » avec, en son article 2 alinéa 3 (a) à (k), une concentration des missions de ces agents autour de la sûreté de l'espace public urbain (lutter contre le désordre urbain, la préservation de la propreté et de la tranquillité publique).



à la prévision organisationnelle. C'est en cela que la lecture des rapports entre les pratiquants de cette activité et les acteurs de la régulation des usages commerciaux de l'espace public urbain est digne d'intérêt. Au même titre que les enjeux d'une telle pratique sur cet espace.

### **2.1. Le rapport à la régulation des usages commerciaux de l'espace public urbain**

Les pratiquants avec lesquels nous nous sommes entretenus ont un rapport particulier avec les acteurs de la régulation des usages commerciaux de l'espace public urbain. La mairie de la ville à travers sa police municipale en est un ainsi que les forces de maintien de l'ordre (la police et la gendarmerie nationale). À la question de savoir quels sont les rapports que vous entretenez avec ces différents acteurs sur l'espace public urbain. Les pratiquants répondent et il est possible de distinguer que majoritairement, ces rapports soient plutôt conflictuels à travers des bagarres, de simples saisies ou encore des saisies-destructions de la marchandise. Malgré tout, il existe également des situations d'accalmie ou de paix précaire le temps pour qu'une situation de répression arrive. Il est à noter que pour ce qui est de la régulation des usages commerciaux de l'espace public urbain, l'usage d'un mécanisme porté par des acteurs<sup>39</sup> n'est pas le seul qui existe.

En termes de rapport conflictuel, Adamou nous présente le sien avec les agents de la police municipale et de la police nationale communément appelés « *Awara* », une expression tirée de la langue foubé pour dire ils sont là. Il s'agit d'un extrait qui séquence ce rapport et l'explique pour ce qui est de sa pratique au lieu dit éducation :

*Quand les agents de la police municipale nous voient ici, ils nous chassent. Ils disent que nous occupons la voie publique. Qu'ils ne veulent plus nous voir ici, nous devons rentrer au quartier. Mais comme la vie est un peu difficile là, nous on ne peut pas rentrer. Nous on est là, on bagarre avec eux chaque jour. Parfois on négocie... Ils ne nous chassent pas seulement, parfois ils portent les marchandises ils partent avec.*

---

<sup>39</sup> De Maillard Jacques (2013) présente « *les correspondants de nuit (CdN)* ». Salès Lolas (2016) identifie à Mumbai les « *Town Vending Commiteens* » prescrits par « *le Street vendors act* ». Au Cameroun, Binam Alphonse Donatien (2015) parle de l'importance des services déconcentrés de l'État et des FMO. Morelle Marie (2015) signale leur relative tolérance, tandis que Benahmed Sarra et Bouttiche Tassadit (2018) vont jusqu'à poser l'hypothèse de la souplesse des autorités locales face à la conduite des commerçants. Meliki Hugues Morell (2016) voit quant à lui la régulation de l'exploitation de l'espace public par exclusion implicite, de type censitaire et explicite par de violentes arrestations et des confiscations de marchandises.

*Dernièrement là, il y'a eu le commandant ou c'est du groupement, du Groupement de la Gendarmerie est venu porter les marchandises qui était au magasin ici au ministère, on n'avait même pas installé. Il est venu au ministère porter nos marchandises. On était obligé d'aller négocier maintenant. Il faut aller négocier parce que quand tu ne négocies pas, ils ne peuvent pas te remettre ta chose comme ça là. Quand tu ne négocies pas, ils brulent. Ils prennent pour tout le monde, même les vendeurs ambulants ! Ils n'ont pas de sentiments, ils viennent en force, avec les policiers, même quand tu veux un peu revendiquer, c'est les policiers qui sortent. Et tu ne peux pas faire le bras de fer avec eux.*

*La technique qu'on a c'est comme vous voyez on met quelques bouteilles là, ça fait que quand ils sortent de l'hôpital central là, ça nous permet de vite enlever ça. Si c'était peut-être les sachets là, pour plier ça, ça prend un peu de temps. Voilà pourquoi nous on préfère seulement mettre l'échantillon que vous voyez là, parce que quand ils sortent, on a le temps, on récupère ça rapidement, c'est un peu ça<sup>40</sup>.*

Dans un premier temps, il présente les interactions qu'ils ont avec ces acteurs de la régulation des usages commerciaux de l'espace public urbain au lieu dit éducation où il est installé. En effet, ces interactions s'inscrivent dans la conflictualité à travers des bagarres et des saisies. Il se trouve cependant que les saisies ayant été faite, elles donnent lieu à de nouvelles interactions, mieux des transactions pour garantir que la marchandise saisie soit remise à son propriétaire c'est ce qu'il entend par négociation. Une réalité qui rappelle la rente financière qui sous-tend de telles descentes et auxquels un intérêt fécond a été porté par Marie Morelle<sup>41</sup> pour le cas des stupéfiants. Enfin, il présente une ethnométhode développée sur le terrain en réponse à cette répression de l'usage commercial de l'espace public urbain à savoir l'échantillonnage des produits qui se traduit par une exposition simplifiée de la marchandise.

À côté de cette clairvoyance, et de cette innovation par contrainte en situation d'action il y a l'incompréhension d'Abdel. Une qui, vis-à-vis de cette dynamique de régulation des agents de la Mairie, lui donne aussi le sentiment d'accomplir et de vivre, dans ses actions, sa citoyenneté et le caractère public de cet espace :

---

<sup>40</sup> Adamou, naturopathe au lieu dit éducation, 06/03/2023.

<sup>41</sup> Morelle Marie, 2015, « La prison, la police et le quartier. Gouvernement et illégalisme populaire à Yaoundé ».

*Bref, vu qu'ils n'ont jamais de raisons, nous on ne peut savoir. Vu que derrière où je suis assis, ce n'est pas une route, une voie publique. Où nous sommes assis là ce n'est pas une voie publique. Au final, nous n'arrivons pas à distinguer et à comprendre leur réel problème, ce qu'ils veulent nous faire comprendre.*

*Justement où j'ai installé, il est bien vrai que c'est le trottoir. Et, sur le trottoir, je crois bien que c'est une voie publique. Là je suis en train d'utiliser la voie publique qui est aussi ma voie, je peux le dire. Bon je suis en train d'utiliser une voie publique, certes, ce n'est pas normal, mais à quoi bon, puisque je me cherche. Et ce qu'on ne comprend pas avec la Mairie c'est quoi : même si tu te déplaces et que tu te mets hors du trottoir, ils vont toujours vous déranger. Donc on ne sait donc pas la raison pour laquelle ils agissent. Soit ils veulent nous faire comprendre qu'on ne vend plus en ville, ou alors qu'on ne vend plus, nous on ne comprend pas<sup>42</sup>.*

Il va poursuivre en prenant l'exemple d'une pratique microsociale et même sociétale. En effet, il parle de sa famille aussi, en tant que « musulman », « chez nous dans le Noun » tout semble différent, pour la gestion d'une pareille situation. Plutôt que de procéder comme ces acteurs de la régulation le font, Abdel indique une manière de faire de la socioculture Bamoun qui rend possible une solution à ces rapports conflictuels :

*Mais ce que nos parents nous ont appris c'est que, lors qu'on peut te demander, chez nous en particulier, et chez nous-mêmes, on avait deux chaises. Il y a où les adultes s'assillent et où les enfants s'assillent. Quand le père te dit ne t'assoit pas ici, il te montre où tu dois te mettre et là on apprenait. On savait où on doit être et qu'ici on ne doit pas y être. Mais le fait de seulement porter, partir bruler, sans donner un conseil, sur un autre lieu d'installation, là ça ne conseille personne. Pour nous ça nous dérange parce que c'est là où on gagne nos vies, et quand on part, on brule, on gâte tout, bon, ça nous met mal à l'aise. Sachant que nous n'avons pas de moyens pour autre chose<sup>43</sup>.*

Inscrit dans une telle conflictualité à la poste centrale, Mohamed nous indique être parvenu à des interactions particulières avec ces acteurs de la régulation des usages

---

<sup>42</sup> Abdel, naturopathe au lieu dit éducation, 28/03/2023.

<sup>43</sup> *Idem.*

commerciaux de l'espace public urbain. Ils relèvent d'une réalité fluctuante entre tumulte et accalmie aussi, rien n'est définitivement prévu pour cette pratique. Il existe une espèce de collatéralité dans ce que subissent ces pratiquants de l'exposition-vente du médicament traditionnel pour le solutionnement de la performance sexuelle à la poste centrale :

*On fait le Kabla kabla avec eux. Donc, il y a les fois qu'on bagarre seulement avec eux, il y a aussi les fois que quand on voit comment ils arrivent, on enlève, on les respecte. Bon il y a aussi des fois qu'ils nous arrachent les marchandises et vont bruler. En fait c'est parce qu'il y a les gens qui vendent là devant là même. Ça fait que quand ils viennent les arrêter, ils viennent aussi chez nous. Ils viennent aussi nous toucher. Donc s'il n'y a pas quand même les gens là devant même, on ne nous menace pas<sup>44</sup>.*

Ce qu'il nomme, en toute indexicalité<sup>45</sup>, le « *Kabla kabla* » désigne, dans le contexte camerounais, une manière d'agir, de penser et de sentir. Elle est douée de résilience et cristallise la débrouillardise, la négociation, un ajustement permanent de ses actions, ses positions en fonction de celles de son vis-à-vis afin que personne ne perde la face, tant que cela peut être évité. Ces situations rendent compte du rapport conflictuel que les pratiquants de l'exposition-vente du médicament traditionnel entretiennent avec les acteurs de la régulation des usages commerciaux de l'espace public urbain nous emmènent à questionner un autre pan de cette réalité.

## **2.2. Les enjeux d'une pratique décalée sur l'espace public urbain**

Des observations de l'exposition-vente du médicament traditionnel sur les espaces publics urbains centraux et des entretiens avec certains des pratiquants, il ressort que la rente financière existe au même titre que la notoriété sociale comme principaux enjeux qui sous-tendent cette pratique. Dans un premier temps, précisons l'installation légale sur l'espace public urbain pour une activité commerciale est assujetti au paiement d'un ensemble d'impôts, qui génère aux mairies un revenu conséquent quel que soit le secteur d'activité. L'installation des expositions-ventes du médicament traditionnel se fait sans le paiement d'un impôt communal

---

<sup>44</sup> Mohamed, docteur traditionnel, au « *secteur zizifort* », à la Poste centrale 28/03/2023.

<sup>45</sup> « L'indexicalité renvoie aux déterminations attachées à un mot, un geste dans une situation précise. » David Le Breton, 2004, *L'interactionnisme symbolique*, Paris, PUF, p.147.

de la part de ses acteurs ce qui induit un manque à gagner pour l'assiette fiscale communale. Les mairies ont donc intérêt à ce que les installations soient légales et cette traque mieux, cette répression que subissent les pratiquants sur ces espaces répond à cette anarchie. Notons cependant que sur le terrain, une fiscalité parallèle va naître (versement de la moitié de la somme d'un ticket de place de marché, non remise dudit ticket par le commis). À cela s'ajoutent des pratiques corruptives dans lesquelles certains « *awara* » deviennent des acteurs majeurs. Grâce à une interconnaissance et la proximité circonstancielle, certains pratiquants versent une « rente », des « *petits gestes* » de façons journalières ou hebdomadaires. En contrepartie, ils continuent d'occuper l'espace public urbain sur certains sites, sans être iniquités. Une quiétude qui est souvent mise à mal par des saisies spectaculaires d'une équipe *ad hoc* venue d'un autre acteur de la régulation<sup>46</sup>. Ce qui contraint les acteurs de ces activités à négocier avec ces nouveaux rentiers comme le présente le propos Adamou précédemment.

Cette rente payée à travers un arrangement quotidien ou circonstanciel garantit celle gagnée à travers les ventes, celles de Victor sont quasi records et il s'en vante puisqu'il n'est encore que 10 h au moment de notre entretien. Il dira à ce propos que « *Si j'étais venu ici pour tromper les gens, tu vois comment les gens payent là. Ça, c'est parce que c'est efficace ! Je suis déjà dans les 21 000 FCFA sur quelque chose que je fais de ma main. Vous voyez que d'ici 17 h ce sera combien ?* »

La notoriété sociale seconde cette rente financière des pratiquants de l'exposition-vente du médicament traditionnel en tant qu'intérêt immatériel que la présence sur l'espace public urbain justifie. En effet l'espace public urbain apparaît comme un espace social [...] de la reconnaissance de l'autre dans la sphère publique qui se transforme constamment<sup>47</sup>. Il est par conséquent nécessaire que ces pratiquants se fassent connaître et reconnaître, mais aussi qu'ils reconnaissent les autres à travers leurs pratiques. Ce processus interactionniste de production de la notoriété sociale est ancré dans l'exposition-vente du médicament traditionnel pour la performance sexuelle à travers une monstration de l'acteur et un usage de l'espace public urbain comme plate-forme de communication. Victor nous présente un tel enjeu lorsqu'il donne les

---

<sup>46</sup> Morelle Marie, 2015, « La prison, la police et le quartier », *Les annales de géographie*, vol.2, p.313.

<sup>47</sup> Zepf Marcus, 2009, « L'espace public en expérimentation : penser et réinterpréter l'urbain en permanence. », *Revue de Sciences Humaines*, 13-14, ENS Editions, p.3.

raisons de sa présence quotidienne sur l'espace public urbain à Mokolo pour la vente de ses médicaments traditionnels.

*Je suis donc obligé de venir ici pour m'exprimer, pour qu'ils puissent voir celui que je suis. Là, celui qui a traité avec moi, lui-même voit est-ce que le papa ci est compétent de faire ce qu'il fait. Parce que, quand quelqu'un trompe, même par son visage, par son langage, par son look, on peut connaître que ça c'est un bandit. Mais quand tu es clair, on peut te juger par la face et on connaît que celui-ci est sérieux par ses mots. Voilà pourquoi je suis sur place tous les jours<sup>48</sup>.*

Ce propos de Victor nous indique la quête du revenu qui mobilise sa présence à Mokolo où il expose et vend ses médicaments traditionnels. Il poursuit avec sa « *communication rapide* », car à travers ce site, il a la possibilité de se faire connaître dans les différents lieux de résidence ou d'origine de ses clients. Cette fonction de communication de l'espace public urbain est reconnue par Simard Martin et *al.* Dans une reprise de Raffestin, son sens est que le paysage [urbain dans ce qu'il a de sites et espaces] constituerait un « système de communication » dont le rôle serait de transmettre un message sur l'extériorité et l'altérité<sup>49</sup>. Cette plate-forme de communication est utilisée pour une présentation de ses produits, compétences et de sa personne en tant qu'individu qualifié, digne de confiance et sérieux dans ce domaine. Toutes choses qui garantissent un intérêt et une première étape de confiance chez le client. Une confiance qui, chez Ahmadou, constitue le second intérêt de sa présence au lieu dit éducation : « *ce n'est pas uniquement de l'argent mais aussi la confiance des clients, car je suis déjà entrée là-bas, à la fonction publique et à l'enseignement secondaire plusieurs fois. Les trois ministères qu'il y'a ici là, je suis déjà entrée là-bas grâce à ça<sup>50</sup>.* »

Abdel revient sur cette notoriété sociale en indiquant qu'elle passe par une présence constante sur le site d'exposition-vente. Cela génère chez le client un sentiment de confiance, mais surtout s'assurance de retrouver et d'être servi par le même pratiquant qui, au final, n'a pas déserté après l'achat du produit. Il peut donc donner conseil à un de ses proches et souvent faire un signe au moment où il passe à cet endroit :

---

<sup>48</sup> Victor, naturopathe à Mokolo, 07/03/2023.

<sup>49</sup> Simard M. et *al.* 2009, « L'appropriation de sites et paysages urbains requalifiés : regard sur le Vieux-Port de Chicoutimi », *Environnement Urbain/Urbain Environnement*, p.4.

<sup>50</sup> Adamou, naturopathe au lieu dit éducation, 06/03/2023

*Bon, justement, le problème c'est quoi ? Donner satisfaction au client, surtout que ce sont les produits naturels et normalement ça part de bouches à oreilles. Quand un client prend, le lendemain son cousin, son frère prend, son ami peut avoir le même malaise et lui indique juste un endroit. Comme la plupart le font souvent. Il dit seulement 'va à l'éducation, tu vas voir tel, il va te donner telle chose'. Il y a des fois on fait une semaine, un mois, deux sans vendre, mais l'essentiel est qu'on soit là, parce que le fait est seulement qu'on vienne.*

*Cela rassure le client, j'ai des clients de 2018, 2019 et 2020 aussi qui viennent encore me voir actuellement pour d'autres choses. Donc, si je n'étais pas là, ils n'allaient pas me trouver et moi-même je perds. L'essentiel est donc, même s'il y a des fois où on passe une journée, on n'installe pas, mais quand on est placé là, c'est juste pour qu'un client peut passer, il te voit. Comme tout à l'heure vous m'avez vu, le client me lançait la main étant dans le taxi<sup>51</sup>.*

Ainsi, exposer et vendre des médicaments traditionnels sur l'espace public urbain pour le solutionnement de la performance sexuelle présente un intérêt spécifique. La rente financière qu'on y tire permet au pratiquant de gagner sa vie, s'assumer et faire autant pour sa famille comme le dit Abdel : « là où je suis là, je suis déjà du genre indépendant et j'ai des gens qui dépendent aussi de moi, parce que j'ai une famille<sup>52</sup>. » En outre, cette activité va au-delà de cet intérêt. Elle se situe à un niveau immatériel de consolidation, de fabrication du lien social en contexte urbain à travers cette plate-forme de communication qu'est l'espace public urbain au moment de la présentation. La notoriété sociale du pratiquant y est recherchée, éprouvée, mise à l'épreuve dans une dynamique de face-à-face ou par moyen technologique interposé. La possibilité d'être connus et reconnus par une population plus nombreuse de clients convaincus du sérieux et satisfaite de l'efficacité des produits.

## **Conclusion**

Cette contribution répondait à la question de la pratique de l'exposition-vente du médicament traditionnel pour apporter une solution à la performance sexuelle et de ses enjeux sur l'espace public urbain à Yaoundé-Cameroun. Il en ressort que de manières quotidiennes,

---

<sup>51</sup> Abdel, naturopathe au lieu dit éducation, 28/03/2023.

<sup>52</sup> *Idem.*

des « *naturopathes* », exposent et vendent, de vive voix ou par des affiches, en individuel ou en collectif, de façon itinérante et sédentaire, des médicaments traditionnels qui ont une incidence sur la performance sexuelle avec des enjeux protéiformes. Aussi l'itinéraire des pratiquants et du médicament traditionnel a été identifié comme le point de départ de cette pratique dont rendent compte l'installation de l'appareillage symbolique et les transactions commerciales et tant que dynamiques de commercialisation. En outre, le rapport conflictuel que les pratiquants ont avec les acteurs en charge de la régulation des usages commerciaux de l'espace public urbain n'est pas toujours constant. Il alterne entre tumulte de la répression et accalmie de l'encadrement. Ce qui emmène à voir que cette pratique de l'exposition-vente du médicament traditionnel est sous-tendue par des enjeux non seulement de rente financière, mais aussi, et surtout de notoriété sociale des pratiquants. Ce regard que nous avons posé sur une urbanité particulière dans le domaine de la médecine, celle traditionnelle ou alternative en contexte urbain, n'est pas complet. Il gagnerait en intérêt et en heuristique s'il intègre l'angle des clients/patients consommateurs de ces médicaments traditionnels et celui des régulateurs des usages commerciaux de l'espace public urbain et sectoriel. Les actions et interactions de ce triptyque d'acteurs étant à la base de dynamiques qui ont une incidence sur l'espace public urbain en lui-même et les manières d'habiter, de circuler et de vivre en ville.



## Bibliographie

- Ambombo M., 2022, « Enquête sur le marché florissant des excitants sexuels », *Mutations*, n° 5683, p.4-6.
- Amougou G. 2018, « Esquisse d’histoire des politiques de développement au Cameroun : Un regard contextuel », note n° 21.
- Atangana Joseph Arthur, 2021, « Spectacles de rue et attroupements spontanés à Yaoundé : logiques des acteurs. », Yaoundé, Master II en Sociologie urbanité et ruralité, Université de Yaoundé I.
- Delas Jean-Pierre et Milly Bruno, 2005, *Histoires des pensées sociologiques*, Paris, Armand Colin.
- Dongmo Jean-Louis, 1980, « L’attraction migratoire nationale des deux capitales camerounaises : Douala et Yaoundé », *Cahiers d’outre-mer*, n° 129, pp. 49-64.
- Fodouop K., (dir), 2015. *Le Cameroun. Jardin sacré de la débrouillardise*, Paris, l’Harmattan.
- Fodouop K., 1991, *Les petits métiers de rue et l’emploi. Le cas de Yaoundé*, SOPECAM.
- Jourdain A., Naulin S., 2011, *La théorie de Pierre Bourdieu et ses usages sociologiques*, Paris, Armand Colin.
- Le Breton D., 2004, *L’interactionnisme symbolique*, Paris, PUF.
- Lusengi Wade, 2016, « La place de l’Aveu en ethnomédecine africaine : une analyse de la métamédicalité chez les Beti du Cameroun et les Bakongo de la République Démocratique du Congo », Yaoundé, Master en Anthropologie, Université de Yaoundé I.
- Morelle Marie, 2015, « La prison, la police et le quartier. Gouvernement et illégalismes populaire à Yaoundé », *Anales de géographie*, vol.2, n° 702-703, pp. 300-322.
- Mpondo Mpondo E. *et al*, 2017, « Connaissances et usages traditionnels des plantes médicinales du département du Haut-Nyong », *Journal of Applied Biosciences*, n° 113, pp.11229-11245.
- Mve Belinga Jeannot, 2019, *Pratique de la médecine traditionnelle et changements climatiques au Cameroun. Conséquences sur les soins à base de plantes médicinales, 1924-2017*, Paris, L’Harmattan.
- Ngambouk V. P. 1999, «The growth of urban traditional medicine: a case study of "street pharmacy" vendors in Yaounde», Yaoundé, Maitrise en Anthropologie médicale, Université de Yaoundé I.
- Simard M. *et al*. 2009, « L’appropriation de sites et paysages urbains requalifiés : regard sur le Vieux-Port de Chicoutimi », *Environnement Urbain/Urbain Environnement*, vol.3.
- Zepf Marcus, 2009, « L’espace public en expérimentation : penser et réinterpréter l’urbain en permanence. », *Revue de Sciences Humaines*, 13-14, ENS Editions

## **Faillite du Régulateur de la santé en Côte d'Ivoire : l'influence des groupes d'intérêts informels»**

Loulou Guy Gbaka et Jean-Louis Lognon, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan

### **Résumé**

Cette étude analyse les tenants et les aboutissants des pratiques de responsables hospitaliers qui promeuvent la solidarité en corporations malgré les risques encourus. En quoi des superviseurs coptés comme remparts qui assurent les « arrières » de la direction, dans un contexte de précarité du poste, en arrivent à se mettre à distance de leur rôle en faisant massivement la couverture des pratiques répréhensibles des prestataires ? La méthodologie qualitative a été adoptée dans cette perspective. Les entretiens biographiques menés auprès de superviseurs et les entretiens approfondis auprès de responsables des hôpitaux de référence d'Abobo (Côte d'Ivoire), montrent que l'entorse faite aux règles de supervision répond à une logique de solidarité entre corporations à laquelle souscrivent des superviseurs soumis à des risques de perte du statut social. L'atteinte de leur équilibre résulte d'un climat de travail sain assuré par les sociabilités qui elles dépendent des règles de supervision ignorées. L'activité de régulation modifie, de cette façon, les frontières des professions, sous l'influence de groupes d'intérêts régulés par les prestataires. En cela, elle pérennise un système d'attribution mutuelle d'activités complémentaires rémunérées au sein des services, et, conditionne la mobilité professionnelle de certains superviseurs, en même temps qu'elle facilite l'atteinte des objectifs visés par les textes de régulation.

**Mots clés** : régulation, groupes d'intérêts informels, préservation du statut social, transgression, solidarité

### **Introduction**

Le système de santé ivoirien est le théâtre constant de sanctions disciplinaires et d'assignation d'agents devant les tribunaux. À l'origine, des bavures dans la relation de soin. Les plaintes des populations qu'elles suscitent, prennent des proportions qui engagent la légitimité de l'Etat centrale. En cela, l'Etat se victime, même si sa politique sanitaire est en cause. Des responsables et des prestataires locaux sont sacrifiés sur l'autel de ces intérêts

politiques (G. Gbaka Loulou et J-P. Lognon, 2021), à travers des sanctions, généralement médiatisées<sup>1</sup>.

Cette fragilité de l'Etat et les risques de survie professionnelle qui vont avec ont entraîné le renforcement du système de régulation de certains hôpitaux. À l'HGA-S et à l'HGA-N<sup>2</sup>, un « corps de métier » a été institutionnalisé, en marge des superviseurs, titulaires du poste selon l'organigramme des hôpitaux en Côte d'Ivoire<sup>3</sup>. La « *garde administrative* », comme nouvelle instance de supervision, relaie l'équipe de supervision du jour, lors des services de garde. Sa composition est mixte et un seul « *administrateur de garde* » assure la permanence chaque nuit. Dans l'ensemble, « *la garde administrative* » compte 31,9% de responsables de direction (incluant des superviseurs titulaires) et 68,75 % d'agents « recrutés sur le tas » (fonctionnaires ou contractuels payés sous ressources propres de l'hôpital).

---

<sup>1</sup> Le décès d'un mannequin au CHU de Cocody, à Abidjan, a mis en cause la négligence des prestataires, d'une part, et d'autre part, la vétusté des équipements du service des urgences (Jeune-Afrique du 27 mars 2014). Ce décès a entamé la réputation de l'Etat dans les espaces de discussion de routine comme facebook, les médias alternatifs sur internet, etc. Le décès du célèbre mannequin Awa Fadiga aux urgences du CHU de Cocody le 25 Mars 2014 a été suivi de la révocation du directeur et du chef de service des urgences ainsi qu'une surveillante d'unité de soin de cet EPN (Etablissement Public National), lors du conseil des ministres du 9 Avril 2014. Toujours en 2014, sous le ministre de la santé Raymonde Goudou Koffi, le directeur de l'hôpital général d'Abobo-Sud (l'un des terrains de cette étude) a été démis de ses fonctions en lien à une série de bavures médicales. « *Pour une histoire de 10.000, le monsieur avait une appendicite, c'est un Abbey (Une ethnie de Côte d'Ivoire). La prestation coûtait 70.000, il a envoyé 60.000, il restait 10.000. On dit ho ! Tant qu'il n'envoie pas les 10.000, on ne le soigne pas. On est resté dans tant qu'il n'envoie pas les 10.000, le monsieur est mort. C'est passé maintenant dans la presse, c'est comme ça que le directeur là est parti. (...) dans le même temps, il y a une sage-femme qui a racketté une dame, déchiré tout son vagin là, elle est décédée ! C'est parti chez ministre de la femme et des affaires sociales, Anne Oulotto (reconnue pour sa rigueur). C'est comme ça que ce directeur étant même l'ami intime de Goudou (ministre de la santé), n'a pas résisté à la furia de la population.* » (Dr. M.L. médecin, HGA-S, 21/10/2017, source: enquête de terrain).

En 2015, cette vague de sanction s'est étendue à l'hôpital général d'Abobo-Nord "Houphouët Boigny", (le second champ d'investigation de cette étude). Le directeur et des sages-femmes ont été assignés devant les tribunaux à la suite du décès d'une parturiente dans la nuit du mercredi 18 au jeudi 19 Novembre 2015 (Linfodrome du 23/11/2015). En Mai 2021, une autre séquence de révocation s'est produite à Adzopé (localité située à 97, 5 Km au Nord d'Abidjan, la capital économique), toujours concernant le décès d'une parturiente de 40 ans. Le directeur a été relevé de ses fonctions et le gynécologue ainsi que 3 sages-femmes suspendus de leurs activités professionnelles (Fratmat.info du 12 Mai 2021).

Enfin, en Janvier 2022, une "chasse aux sorcières" initiée par le ministère de la promotion de la bonne gouvernance en milieu hospitalier a entraîné des sanctions de 14 agents de santé et 2 vigiles (relèvement de fonctions, suspension de salaires ou révocations) de 5 hôpitaux du district d'Abidjan (RFI du 22 Janvier 2022). La liste de ces agents incluant encore le nouveau directeur et 5 chefs de services de l'hôpital de référence "Houphouët Boigny" d'Abobo (champ d'investigation de cette étude) a été rendue publique (Afrique-sur7 du 21 Janvier 2022)

<sup>2</sup> HGA-S : Hôpital Général d'Abobo-Sud et HGA-N : Hôpital Général d'Abobo-Nord « Houphouët Boigny ».

<sup>3</sup> Les responsables, à qui l'organigramme des hôpitaux accorde le monopole de la supervision, sont, les SUS (Surveillants des Unités de Soins), le directeur et le médecin-chef de l'hôpital, les médecins chefs des différents services de soins ainsi que les coordonnateurs des services respectifs de soins nommés les Majors de services.

**Tableau : Composition de « la garde administrative » (superviseurs de nuit)**

	<b>Responsables de direction</b>	<b>Agents « recrutés sur le tas »</b>	<b>Total</b>
<b>HGA-N « Houphouët Boigny »</b>	-Le chef de personnel -L'économiste	-3 thuriféraires des responsables de direction (électricien, gestionnaire de stock et technicien de froids) -Le second technicien de froids -L'informaticien -L'assistant social (secrétaire de réunion de direction) -Le responsable du service technique -1 Attaché administratif (nouvellement affecté)	10
<b>HGA-S</b>	-Le chef de personnel -Le Médecin-chef de l'hôpital -1 Surveillant des unités de soins (SUS)	-L'électricien -Le gestionnaire de stock -Un attaché administratif (secrétaire de direction)	6
<b>Total sur les 2 hôpitaux</b>	<b>5 (31,9%)</b>	<b>11 (68, 75%)</b>	<b>16</b>

**Source:** Loulou Guy Gbaka enquête de terrain 2017 à l'HGA-N et l'HGA-S

Cette nouvelle instance de supervision est un rempart<sup>4</sup> contre les vagues de révocation. L'on anticipe, par son chef, l'avènement des plaintes des usagers et leur enlisement au sein de la population. Le superviseur de nuits doit veiller à l'application des règles de travail et crée les conditions d'interaction soignants-soignés qui pacifient les contextes de soin.

Dans un premier temps, le superviseur doit s'ériger contre le racket et l'absentéisme sur les points de délivrance de soin. Deuxièmement, il a pour mission de faciliter l'accès au soin en

<sup>4</sup> La "garde administrative" a été créée en 2014. Elle est l'émanation des décisions du ministère de la santé à la suite d'une bavure médicale prise pour la "goutte d'eau qui déborde le vase", concernant la relation de soin dans l'hôpital public : le décès d'un mannequin aux urgences du CHU de Cocody à Abidjan.

l'autorisant pour les usagers en situation d'urgence mais dépourvus de moyen de paiement. L'on remédie ainsi aux plaintes de différenciation qui associent décès et solvabilité de l'utilisateur transféré inopinément à l'hôpital, par exemple, suite à une agression à l'arme blanche dans la nuit. Troisièmement, l'« *administrateur de garde* » doit réduire les conflits entre soignants et usagers, en veillant à la satisfaction de l'utilisateur. En effet, la relation de soin prend parfois des allures d'affrontements caractérisés par la destruction de biens matériels par des usagers et leurs alliés qui contestent le primat du racket sur la vie. Enfin, quatrièmement, à la descente de son service de garde, le superviseur est tenu de consigner, dans un registre, toutes les pratiques contrevenantes constatées, en vue d'offrir, à la direction, des moyens d'ajuster son mécanisme de régulation et prévenir les vagues de sanctions de l'État.

Dans la pratique, par contre, ces superviseurs se mettent à distance de leur rôle. D'un côté, quand vient leur tour de garde, certains des titulaires proposent des « pourboires » aux superviseurs « recrutés sur le tas » qui assurent leur permanence. De l'autre côté, pendant la permanence, ces superviseurs font massivement la couverture des pratiques répréhensibles, des prestataires. Ils évitent d'abord de signaler les absences constatées à la direction : le registre d'émargement présente de moins de moins de traces d'absentéisme avéré. Ces superviseurs offrent parfois le quitus aux prestataires qui s'absentent, et en cas de besoin de soin, jouent sur les délais d'exécution du soin qu'ils rallongent, le temps du retour du prestataire absent. Ensuite, ils circulent moins dans les unités de soin, et demeurent de plus en plus en « faction » dans leur salle de garde, laissant le non-respect des règles prospérer. Enfin, en face de conflits entre soignants et soignés, ces superviseurs convainquent l'utilisateur de verser le « pot-de-vin » attendu par le prestataire.

Cette étude part ainsi du constat empirique d'une solidarité entre corporations valorisée par des dirigeants malgré les risques de sanctions. Elle prend comme terrain d'analyse la sociologie des professions et se spécifie au niveau de la fonction des appartenances dans l'organisation. Les organisations bureaucratiques sont « prises d'assaut » par des logiques de confraternité et d'alliances. Ce sont des moyens d'échange nécessaires pour négocier des ressources de nature diversifiée, au sein de l'organisation et en dehors. La recension des écrits sur les appartenances dans la bureaucratie en général, l'administration et les hôpitaux publics en particulier, ordonne en deux axes, l'influence des mécanismes de solidarité sur les règles formelles. Chaque angle d'analyse admet deux postulats.

Dans le premier cas, la soumission aux contraintes de solidarité est consécutive à l'immixtion des normes d'existence d'un « ailleurs » dans l'organisation (P. DiMaggio et W. Powell, 1983). Dans l'exercice des tâches, les agents contreviennent aux règles en raison de logiques de solidarités qui constituent la base de l'existence au sein de milieux usuels d'appartenance, « extérieures » à l'organisation (F-R. Mathieu, 1989 ; A. Marie, 1995 ; C. Arditi, 2000 ; O. Dianor, 2000 ; P-J. Laurent, 2000 ; G. Blundo et J-P. Olivier de Sardan, 2001, Y. Jaffré, 2001 ; A.S. Fall et *al.*, 2004 ; J-P. Olivier de Sardan, 2014). La communauté d'appartenance est, autrement dit, un contre-pouvoir à double fonction. Soit elle maintient l'agent dans sa zone d'influence (P-J. Laurent, *op-cit.* ; F. Ouattara, 2002 ; A. Oumarou, 2011), soit elle est utilisée par l'agent à des fins politiques. Il en use et conditionne sa communauté d'appartenance pour son propre compte (O. Dianor, *op-cit.*, pp. 9-15). En redistribuant les gains indument prélevés, le dirigeant constitue tout un communautarisme accrût autour de lui qui le maintient au pouvoir.

Dans la seconde perspective, les mécanismes de solidarités sont plutôt inhérents aux propriétés de fonctionnement de l'organisation. Deux tendances se dégagent également. Les liens de solidarités s'expriment dans l'atelier uniquement entre pairs (N. Queloz, 2000 ; A. Souley, 2003 ; M.S. Souley Issoufou, 2015 ; *H. Moussa, 2003 ; F. Ouattara, 2001 ; I. Yacouba, 2001 ; M. Tidjani Alou, 2001 ; M. Tidjani Alou, 2007 ; Y. Diallo et C. Camara, 2003*). Les agents de même corporation, filiation associative ou originaire de même formation se renvoient réciproquement l'ascenseur. Ces liens touchent, encore, des professions hétérogènes (*Diallo, 2001 ; F. Ouattara, op-cit. ; A. Souley, op-cit.*). Dans la relation hiérarchie-exécutants, la solidarité s'impose selon un rapport de pouvoir surplombé par le dirigeant. Il noue des alliances avec le personnel subalterne (Y. Jaffré, 1999 ; G. Blundo, 2001b ; F. Ouattara, *op-cit.*, A.S. Fall et *al.*, 2004, J-P. Olivier de Sardan, 2009) en se construisant un réseau d'obligés dont la dévotion pour lui, dans l'atelier, milite *in fine* en faveur de ses intérêts et accroît ses ressources d'influence (A.S. Fall, 2003, pp.135-145).

Les mécanismes de solidarités sont, pour ainsi dire, des moyens de constitutions de monopoles individuels ou collectifs. Les formes d'entraide qui vont avec produisent des groupes ou communautés aux aspirations et destins communs. En même temps, le défaut d'expression des solidarités attendues, met certains acteurs à la lisière des groupes. Les mécanismes solidarité entretiennent, autrement dit, les inégalités sociales : ils fixent les contours des groupes, maintenant la cartographie ou la structure des positions dans la hiérarchie

sociale. Par ailleurs, les travaux qui abordent ces mécanismes de solidarités entre la hiérarchie et les exécutants, dans la bureaucratie Ouest-africaine, font passer le premier acteur comme celui qui surplombe inéluctablement le rapport de pouvoir. Pourtant, cette étude incite à postuler le contraire. Elle accrédite la thèse d'une domination des soignants avec qui le superviseur négocie les avantages et l'influence rattachés à son statut social, dans plusieurs champs sociaux, en tronquant sa veste par un leadership transgressif. L'étude adopte, en cela, la grille de lecture des « segments professionnels » d'Anselm Stauss (I. Baszanger, 1992). Elle montre que les mécanismes de solidarités prennent le dessus sur les règles formelles, en raison de luttes de pouvoir qui façonnent au quotidien les professions. Les « segments professionnels » présupposent le décloisonnement des professions. Il s'agit de regroupements informels, de coalitions d'individus qui partagent des intérêts divers, des liens de confraternité et des points de vue communs, et qui s'opposent généralement à d'autres segments. Ces regroupements sont surtout l'aboutissement de « *processus de redéfinition de leur identité, de prises de positions pour l'accès au pouvoir institutionnel, de transformations de leur appareil conceptuel et technique, de leurs conditions institutionnelles de travail, et (...) de transformations de leurs relations avec d'autres segments et d'autres métiers* ».

L'étude analyse alors les tenants et les aboutissants des pratiques de responsables hospitaliers qui promeuvent le décloisonnement des professions à travers des mécanismes de solidarité. Il s'agira premièrement, de décrire le système courant d'expression de traits apparentés et son influence sur les règles. En second lieu, l'étude examine les mécanismes de façonnement du consentement du régulateur.

Du point de vue méthodologique, cette étude s'est imposée par sérendipité<sup>5</sup>, lors de l'immersion à l'HGA-N et l'HGA-S. Selon leur disponibilité, 12 des 16 superviseurs se sont prêtés aux entretiens biographiques. En plus, des entretiens approfondis<sup>6</sup> auprès de 6 agents

---

<sup>5</sup> Mes travaux de master 2 de l'année académique 2014-2015 à l'HGA-N examinaient déjà la relation soignants-soignées à travers le discours des usagers, des soignants et des responsables des services de soins. Cette présente étude comme projet d'extension des travaux de Master à l'HGA-S (second hôpital de référence de la commune d'Abobo), exigeait tout de même de réinvestir à nouveau l'HGA-N, pour explorer les pistes de recherche qui s'étaient dégagées. C'est alors qu'a été découvert un organe de supervision ad'hoc, non reconnu dans l'organigramme classique des hôpitaux en Côte d'Ivoire. Cela, lors d'un entretien qui a révélé des menaces subies et rapportées par un superviseur de nuits lors d'une réunion hebdomadaire de direction à l'HGA-N.

<sup>6</sup> Ces 6 agents sont 2 des superviseurs rencontrés, 3 responsables de service et 1 « agent supplétif » de la clique d'un responsable de services. En plus de l'entretien biographique où chacun d'eux a livré son vécu de supervision, ces 2 superviseurs de l'HGA-N ont été rencontrés au moins deux fois. Soit pour enrichir des réalités issues des entretiens biographiques, soit pour éclaircir des zones d'ombres. Cela, en raison de leur accessibilité et disponibilité affichées au même titre que les 4 autres agents pour leur sollicitude. Ces superviseurs ont donc joué

ont été nécessaires. Les liens d'affinités nés des investigations de Master ont permis en effet de réaliser des entretiens avec 3 superviseurs à l'HGA-N. À leur tour, ils ont favorisé l'accès à leurs collègues. À l'HGA-S, le premier entretien s'est fait avec l'un des superviseurs, en raison du rapprochement créé en jouant sur l'apparentement ethnique à chaque point de rencontre de l'hôpital. À son tour, il a négocié des rendez-vous auprès de ces collègues. Finalement, le cumul des premiers entretiens réalisés, a permis de se constituer un réseau de connaissance à la vue duquel les enquêtés contactés sans personnes interposées se sont ouverts sans crainte de sécurité. Je passais, autrement dit, pour un habitué du milieu. En général, 3 thématiques ont orienté les entretiens : « mode de coordination des services », « pratiques de supervision et de gestion favorables à la transgression » et « facteurs contraignant à l'enlèvement des transgressions ». Les données discursives collectées ont été analysées manuellement à travers l'analyse inductive des données selon O. Monfette et A. Malo (2016). Les morceaux de texte ont en effet été extraits du corpus discussif sans se référer aux thèmes du guide d'entretien. Tous ces extraits de textes ont été codifiés et regroupés par apparentement sous différentes catégories analytiques que sont les thèmes et sous-thème subséquents.

## **1. Résultats**

### **1.1 L'influence des modes courants d'expression des traits apparentés**

#### **1.1.1. L'appui à l'absentéisme et la pérennisation d'un système d'attribution de « gombos »<sup>7</sup>**

Le superviseur appuie des prestataires ou facilite leur absence pour pérenniser un système d'attribution mutuelle d'activités complémentaires rémunérées. Les absences constatées lors des gardes sont reconfigurées dans les comptes rendus à la direction. Le quitus est également offert au soignant qui s'absente. En cas de nécessité de son intervention, le superviseur crée les conditions permettant de rallonger les délais d'exécution du soin, le temps de retour de ce soignant.

Une nuit j'ai demandé après une, on dit elle est là, je dis non elle n'est pas là, dites-moi où est-ce qu'elle est ? Elle dit non elle a mal à la dent elle est à la maison. Je dis donne-moi son numéro. Je l'ai

---

*d'un double statut : celui de l'enquêtés sollicité au niveau de son « expérience personnel » d'une part, et d'autre part, comme un « consultant » (J-P. Olivier de Sardan, 2008, pp. 54-55, C. Royer, 2016).*

<sup>7</sup> Dans l'argot ivoirien et dans certains pays d'Afrique subsaharienne, le « gombo » désigne une « activité complémentaire » rémunérée qu'un fonctionnaire ou toute autre entité s'offre au-delà de ses fonctions officielles au sein ou en dehors d'une administration ou une entreprise.



appelé. Je me suis présenté, j'ai dit la sage (sage-femme), c'est l'administrateur tant (de tel nom)! Tu n'es pas venu aujourd'hui ? Elle dit tonton pardon faut m'excuser, tonton pardon demain je vais venir. Je dis j'ai compris, donc on va te couvrir. Tout ça tu ne peux pas signaler ça au directeur. (M.A, superviseur, HGAN, 14/07/2017)

Le superviseur sert d'« armure » aux personnels. Il rétrécit l'horizon des sanctions et permet de naviguer entre le « public » et le « privé ». C'est plutôt sa part d'expression d'une communauté d'intérêts avec des soignants de strates professionnelles variées.

À l'accoutumée, superviseurs et soignants souscrivent à des formes d'entraide mutuelle. Chacun passe pour la source de « revenus additionnels » de l'autre. D'un côté, les prestataires de soin se constituent quotidiennement en rabatteurs de clients pour les superviseurs, aux compétences d'artisans. Des superviseurs « recrutés sur le tas » sont des contractuels<sup>8</sup> qui assurent la maintenance du matériel électrique et électroménager au sein de l'hôpital. Ils monnaient cette compétence, en dehors de l'hôpital. En la matière, les prestataires leurs offrent des « opportunités d'affaires » à domiciles ou chez leurs alliés, pour le dépannage de biens électroménagers, etc. De l'autre côté, les « revenus additionnels » sont obtenus lors de la redistribution de rentes au sein de groupes de pairs. En effet, dans la peau d'apporteurs d'affaire, dans l'activité de supervision ou en dehors dans les coulisses, les superviseurs sont, à leur tour, à l'affût de patients qu'ils recommandent également aux prestataires. Les prestataires de leur clique sont présentés à l'utilisateur comme les plus habiles dans leur domaine. Dans l'informel, ces soignants versent donc au superviseur, des contreparties monétaires selon les bénéfices de l'activité d'autogestion des frais de soin. « *Il m'est arrivé par exemple après la garde de rester parce qu'on (un soignant) m'a promis un blé (l'argent) qui doit venir* » (M.A.F, superviseur, HGA-N, 24/01/2017).

Si tu (superviseur) as un problème de gynéco, tu peux confier à un (soignant). Comme c'est toi qui as emmené, il n'y a rien, il s'occupe. C'est comme lui aussi il te dit, à la maison, mon climatiseur ne marche pas. Quand tu t'en vas le dépanner, tu ne peux pas lui

---

<sup>8</sup> Des agents qui émargent sur les ressources propres de l'hôpital contrairement aux fonctionnaires qui reçoivent le salaire de la fonction publique à partir de la solde du ministère de l'économie et des finances.

donner (imposer) un prix comme c'est fait normalement. (M.A, superviseur, HGA-N, 14/07/2017)

Le système courant de réciprocité produit l'apparement. Le superviseur en est soumis. Le « *laisser faire* » maintient sa filiation à ces groupes d'intérêt et l'accès à leurs avantages.

### **1.1.2 Contraintes des contextes, application des règles et maintien du lien social**

Quand le contexte de soin est plus contraignant que les profits à tirer des prestataires, le superviseur se dédouane des contraintes de l'appartenance aux groupes d'intérêts informels. Il désactive les normes de proximités sociales et actualise les règles de régulation. À certaines gardes, l'issue du soin offert (décès de patients et/ou plaintes suivies de destruction d'objets « matériels ») est tel que les pratiques en cause (absence, autogestion des frais de soin médicaux) feront écho auprès de la direction. Le superviseur se met alors à distance des techniques d'opacité. Il établit les faits comme tel dans les comptes rendus à la direction.

Quand par exemple elle (sage-femme) n'est pas là, il faut couvrir (...) Mais s'il y a quelque chose, tu sais que si toi tu te mêles dans cette affaire-là, on peut te mettre en prison. Donc (...). Si ça commence à chauffer, tu dis que heu ! Heu !... elle n'est pas venue, si ça ne chauffe pas, s'il y a rien qui s'est passé, ça reste inaperçu. (M.A, superviseur, HGA-N, 14/07/2017)

Les contraintes des contextes créent le consensus autour de l'intransigeance du superviseur. Elles sont la base d'évaluation de son statut au sein des réseaux d'appartenance partagés en commun, avec les prestataires et incluant ses membres soumis aux sanctions du superviseur.

## **1.2 Mécanismes de façonnement du consentement et « laisser faire »**

### **1.2.1 Tour de garde faussé et préservation de liens de sociabilités**

Les superviseurs faussent les tours de gardes pour préserver les liens de sociabilité avec les prestataires et les avantages associés. Le contraire les expose à des pressions symboliques. Le superviseur qui fait montre d'une intransigeance vit bien l'hostilité des prestataires de soins.

Il essuie des railleries et stigmatisations et est tenu à distance des causeries informelles et des moments où s'exprime la confraternité au « travail ».

Ce superviseur est compliqué (trop attaché aux règles). Et c'est ça aussi, les gens le mettent au défi. Ils lui disent ouvertement : - toi le jour tu vas avoir des problèmes ! Même à une réunion de direction (...), ce superviseur a sorti ça : -ah ! Monsieur le directeur, on (les personnels sous supervision) me menace trop hein ! (M.K. superviseur, HGA-N, 16/12/2017).

Soumis à des réprobations collectives, des superviseurs se mettent à distance de leur rôle formel.

La période de création de la « *garde administrative* » est en effet allée avec l'application « à la lettre » des règles de régulation. Des constats de pratiques contrevenantes ont été établis massivement dans les registres, à la descente des services de garde<sup>9</sup>. Ces comptes rendus des superviseurs, sur l'activité de soin, ont été suivis de réponses contraignantes des soignants.

D'une part, des médecins ont usé des limites des dispositions de travail : la climatisation et un éclairage de bureau en condition optimale exigés comme préalable à la délivrance du soin. Les superviseurs en charge de la maintenance du matériel technique ont été contraints de s'éterniser à l'hôpital, après la garde. Leur temps de « repos après la garde » et les marges d'exercice de l'activité complémentaire rémunérées, en dehors de l'hôpital, en ont pâti. D'autre part, les soignants ont défini des limites symboliques face aux superviseurs. Les salutations ont été réduites et ces superviseurs tenus à distances des causeries informelles de routines.

Le superviseur (technicien), qu'on disait il fait du bon boulot là, Il y'en a même qui disent ça dans ton dos, lui il pense qu'il est robot quoi ! Il pense qu'il est robot ! Il n'a pas dit qu'il veut charger l'hôpital (appliquer les règles à la lettre), voilà ! Voilà ! Il est tombé malade. Et ça fait que lui et moi on a changé de stratégie. On ne force plus les choses ! Non ! On ne force plus ! La stratégie d'avant (...) on voulait tellement bien faire que c'était à peine qu'on dormait. On

---

<sup>9</sup> Les registres d'émargement ont affichés prévalence d'absences et de conflits soignants-soignés liés à l'autogestion des frais de soins (racket). Dans les coulisses, l'utilisateur se plaint de ressources financières réduites face aux charges de soin, en raison d'un premier achat de médicaments effectué dans l'informel, auprès du soignant.

restait dans la cours, au parking avec les vigiles jusqu'au matin. Mais maintenant, j'ai changé de stratégies. Je suis dans la cours jusqu'à minuit après avoir fait le tour des services. Et là je cherche à me coucher pour dormir. Et en dormant je laisse mon portable ouvert, pour qu'en dormant, on puisse me joindre. (M.K. superviseur, HGA-N, 16/12/2017)

Les pratiques répulsives sont des outils de façonnement des professions. Elles prennent le dessus sur les normes de régulation. Elles orientent le dirigeant.

### **1.2.2 Facilitation du racket comme source de mobilité professionnelle**

Le superviseur qui facilite l'autogestion (racket) se constitue en même temps des leviers d'une mobilité professionnelle. Il est entendu que le monopole détenu sur les connaissances médicales constitue une marge de manœuvre permettant aux soignants de conditionner l'usager et le superviseur à intégrer leurs attentes d'autogestion des frais de soins. Cela, sans réels risques de sanction. C'est autant de moyens de maintenir le non-respect des règles et surtout de se légitimer en face de plaintes ou de bavures qu'il implique. Or, la plupart des superviseurs de nuits sont des agents payés sous ressources propres de l'hôpital. Ils n'ont pas le même ancrage institutionnel que les fonctionnaires. Les responsables de l'hôpital sont plutôt détenteur de leur survie professionnelle. Être trop intransigeants dans l'activité de supervision les expose, dans ce cas, à des risques de licenciement.

Les gars (soignants) sont maîtres dans ça quoi ! S'ils veulent se taper le blé (s'offrir des pots-de-vin), ils vont se taper le blé et puis il n'y a rien. Devant tes yeux ils vont se taper le blé et puis tu vas dire quoi ! (...) S'il a approché l'individu et qu'il a fait un mauvais diagnostique, je ne peux pas lui dire qu'il fait un mauvais diagnostique. Je ne m'y connais pas ! Je ne peux pas dire non ! (...) C'est le médecin, c'est lui qui a fait son diagnostic, il sait pourquoi il le fait ! Ce que je sais, il a évacué. Le reste-là, je ne peux pas. (M.A.F, superviseur, HGA-N, 24/01/2017)

« Dépourvus » de connaissances médicales, des superviseurs ont moins de moyens de distinguer les simulacres de prescription à des fins d'autogestion du domaine financier.

De l'autre côté, être intransigeant est une source supplémentaire de licenciement. Trop de « bruits » ou de plaintes lors de la garde, en raison d'une intransigeance, font du superviseur, un agent aux ressources d'influence minimales pour imposer les règles. Autrement dit, selon la direction, l'absence de plainte correspond au règne de l'éthique dans les services. Le contraire fait du superviseur, la source des déséquilibres. Finalement, sous l'influence du travail de conditionnement des prestataires et des risques de licenciement qui vont avec, les superviseurs travaillent à la satisfaction des attentes d'autogestion des frais soins des prestataires.

Les parents du blessé ont commencé à dire voilà ! On envoie notre malade ! Elle est en train de mourir et ils font ordonnance ! Le chirurgien était là, il y avait son second, en tout cas l'effectif était complet. Et je leur dis, c'est vrai vous avez raison, mais ici, ils n'ont pas le matériel qu'il faut pour soigner le malade en fait. Si vous avez un peu d'argent, cotiser pour les premiers soins, maintenant après on va voir. (M.A.F, superviseur, HGA-N, 24/01/2017)

Être impliqué dans les pratiques d'autogestion des soignants pacifie les contextes de soins, accroît *in fine* la confiance de la direction et réduit les risques de licenciement. Les superviseurs font alors monde avec les prestataires de soin et s'offrent des gains. Premièrement, le superviseur docile reçoit leur appui. Ils répondent à ses sollicitations en apportant assistance médicale aux usagers de son réseau d'appartenance. Deuxièmement, les prestataires l'intègrent à la redistribution des « gains additionnels » issus de l'activité d'autogestion. « *Il m'est arrivé par exemple après la garde de rester parce qu'on (soignant) m'a promis un blé (l'argent) qui doit venir* » (M.A.F, superviseur, HGA-N, 24/01/2017). Enfin, être docile atténue le poids d'un système d'autojustification. Les risques d'assassinat, d'une part.

Pourquoi dans un service on doit s'entendre tous ! (...) essayer de couvrir. (...) Tu peux avoir des problèmes. Tu vas faire ils vont démettre quelqu'un de ses fonctions. Maintenant on tue les gens facilement. Le gars s'en va, il dit c'est celui-là qui a fait qu'on m'a renvoyé, voilà 200.000, allez-y le gérer (l'assassiner). Ils vont te tuer ! Et on dit, on ne sait pas qu'est-ce qu'il a fait. Les gens même l'ont tué ils n'ont rien pris sur lui ! Peut-être que c'est un règlement de compte. » (M.A, superviseur, HGA-N, 14/07/2017).

D'autre part, être intransigeant c'est accepter de porter seul la charge du décès d'un patient (Bouc-émissaire). Les soignants passent en effet pour des relais d'information du superviseur. Ce dernier en est arrivé à désertier les services, de sorte qu'être intransigeant l'expose à la rétention d'information des prestataires et les contraintes qui en découlent.

(...) si tu ne t'attends pas avec un chirurgien, et que votre nuit de garde tombe le même jour, si lui veut te saboter il va te saboter. (...) il y a un cas par exemple qui arrive, et ils ne viennent pas te prévenir. Jusqu'à, quand par exemple ça se gâte et que la personne décède, c'est là, on vient te dire. On dit, non ! On a cherché l'administrateur on ne l'a pas vu. On te demande, tu étais où à cette heure-là, tu dis j'étais en chambre. Ça veut dire que tu dormais. Anh ! » (M.A, superviseur, HGA-N, 14/07/2017).

Au système de régulation a été enjoint des mécanismes de communication calqués sur les besoins des groupes d'intérêts informels. De cette façon, contrevenir aux attentes de ces groupes soumet à la rupture de la chaîne de diffusion de l'information et à des risques.

### **1.2.3 Incitation au respect d'une chaîne de production de soin et repli sur « soi » contreproductif**

Des mécanismes administratifs d'incitation au respect de l'organisation de l'offre de soin entraînent des rétroactions : le repli des agents de même affiliation et le rejet de l'utilisateur. Contre la réglementation, la direction fait allégeance aux attentes d'autogestion des frais de soin des prestataires. Elle leur offre des quotas sur chaque examen médical réalisé au sein de l'hôpital. Quoique visant à stimuler des pratiques qui augmentent les recettes, ce jeu de solidarité s'avère contreproductif selon les réactions des prestataires.

Cette stratégie est en effet l'émanation de l'activité de supervision. Les superviseurs sont passés d'une intransigeance, dans la période de création de la « *garde administrative* », au « laisser faire ». Les tendances au non-respect des règles mises à nu ont permis des ajustements. Des mesures répressives de renforcement du système de régulation<sup>10</sup> et, plus tard, des mesures

---

<sup>10</sup> Le renforcement du système de contrôle traduit par une dissémination d'indications d'interdictions de certaines pratiques dans l'ensemble de l'hôpital. Ces indications observables à l'entrée de chaque service interdisent aux usagers de payer un tiers acompte aux prestataires et font de la vente de médicaments et la gestion des aspects financiers du soin, la propriété unique des caisses de l'hôpital.

beaucoup plus collaboratives. Devant les limites des mesures répressives<sup>11</sup>, la direction a offert des quotas, aux prestataires, sur chaque examen médical réalisé au sein de l'hôpital. Prescrire un bulletin d'analyse que l'utilisateur doit payer au sein des caisses s'est donc imposé comme un privilège, bien que de telles « gratifications » soient proscrites dans les textes<sup>12</sup>.

La stratégie de la direction va toutefois avec deux implications contraires à l'éthique du soin. Elle entraîne, dans un premier temps, la course à plus de « revenus additionnels » au sein des services. Les soignants font de la prescription des examens médicaux leur « chasse-gardée ». De la « médecine alimentaire » (M.L, Médecin, HGA-S, 25/10/2017) à travers des simulacres de prescriptions. Devant des signes théoriquement avérés ou avec le résultat d'un premier examen qui révèle le type de soins à dispenser, le contact avec l'utilisateur offre quantité d'occasions de prescrire davantage d'examen pour accroître ses « revenus additionnels ». Dans le second temps, la stratégie de l'administration a cristallisé les antécédents qui existaient déjà entre les soignants. Elle a entraîné un repli sur « soi » par apparemment. La course aux « revenus additionnels » s'est, pour ainsi dire, traduit par le rejet de l'utilisateur. Dans les services, chacun évite de soigner l'utilisateur tant que son protocole de soin est entamé par un collègue avec qui l'on a des antécédents. Contre le principe de continuité des services, le prestataire refuse d'interpréter les résultats de l'examen prescrit par son « concurrent ». La prochaine prise de service du « concurrent » (dont l'équipe est descendu) est requise comme le seul préalable au soin. En rejetant ainsi l'utilisateur, les prestataires se renvoient réciproquement l'ascenseur au quotidien. Par ailleurs, ils se justifient en plaignant le « concurrent » absent de n'avoir pas, par le passé, effectué les soins des usagers de leur réseau d'appartenance.

Ils interprètent les résultats d'examens pour d'autres et puis ils laissent pour d'autres ! Non ! Parce qu'il y'a certaines affinités. Un médecin, soit il lit les résultats d'examens parce que c'est son

---

<sup>11</sup> Un récidivisme du racket à double caractère. Premièrement, il est parfois caractérisé par le détournement des patients vers les cliniques. Des soignants sont souvent responsables de cliniques situées aux « alentours » de l'hôpital. Ils offrent des commissions à leurs pairs quand ceux-ci recommandent des patients de l'hôpital à leur clinique. Ces patients y sont ainsi orientés massivement pour des examens médicaux, tels que l'échographie, présentés parfois comme le préalable à la délivrance du soin aux usagers au sein de l'hôpital. À l'utilisateur déclarant son portefeuille d'achat faible, le soignant le convaincra en présentant l'offre de soin dans ces cliniques comme adapté à ses possibilités d'achat. Le deuxième caractère du racket concerne l'habitude des prestations « privées » au sein de l'hôpital.

<sup>12</sup> Ce modèle de fonctionnement est proscrit institutionnellement. Les instances de tutelles comme le trésor public admettent les rétributions dans la limite des salaires mensuels versés par la solde aux fonctionnaires et les primes d'intéressement annuelles prévues dans la politique de recouvrement des coûts d'actes de santé (la PRCA) qui est l'équivalent ivoirien des indications de l'Initiative de Bamako (IB). Au-delà, toute autre forme de rétributions dans les établissements de santé, est interdite.

collègue qui a fait, il va interpréter. Mais il y'a d'autres médecins qui vont pas accepter, parce qu'il n'est pas très ami à l'autre. (...) Il y'a des médecins qui n'accueillent pas bien les parents d'un autre confrère. Ça peut arriver hein ! Or la bienséance voudrait qu'on soit entrain de s'aider mutuellement. Tu as un parent, tu as quel autre avantage si tu ne peux pas avoir une prise en charge rapide. Donc il y'a des gens qui peuvent garder ce genre de griefs, il va jamais le dire, c'est quand tu lui envoies un cas, il va dire, il faut attendre ça, il faut attendre ça ! C'est problèmes de personnes ! (M.L, Médecin, HGA-S, 25/10/2017).

Dans la course aux « gains additionnels », accepté de ralentir son travail pour traiter un usager dont les bénéfices monétaires iront au compte d'un « concurrent », s'est accepté d'enfiler la casquette de faiblard et toutes les réprobations collectives qui vont avec.

Toutefois, dans des cas isolés, des acteurs franchissent ces frontières et naviguent entre l'un et l'autre groupe de pairs. Des agents parachèvent les soins entamés, même par des concurrents. « *Ici chacun se joue les connaisseurs (monte sur ses grands chevaux) (...) il y a la concurrence. Chacun se joue les durs. Le Major (le coordonnateur du service) même il se fait petit.* » (M.A, agent supplétif, HGA-S, 17/10/2017). Peu importe l'existence d'antécédents, des prestataires délivrent le soin pour négocier des possibilités qui leur sont ôtées par leur statut. En raison de situations d'emploi précaire<sup>13</sup>, ces agents négocient l'adhésion des soignants et de la direction pour se maintenir au sein de l'hôpital en tant qu'agents supplétifs.

---

<sup>13</sup> Le « Major », responsable en second du service de pédiatrie de l'HGA-S a été maintenu au sein du service après la décision institutionnelle de sa mise à la retraite, parce que son ancienneté lui vaut une place de choix dans la délivrance des soins. C'est le seul infirmier qui effectue les soins dont les médecins ont le monopole : il délivre les consultations aux usagers dénommés « petits poids » (âge compris entre 0 à 6 mois) au service de pédiatre. Comme il a admis qu'il a été surpris par sa mise à la retraite (il n'a pas « préparé » sa retraite) l'administration l'y a maintenu. Parallèlement à ce maintien, tous les membres du service étaient unanime sur son étiquette d'agent le plus « simple » du service, puisqu'il procédait majoritairement à l'interprétation des examens médicaux prescrit par ses collègues peu importe l'antécédent qui existe entre eux. Cet appui massif facilite et accentue ainsi la tendance de certains médecins à désertier les services, non seulement, mais plus accentue la tendance de ses collègues à fermer les yeux sur les attentes de soins des usagers disposant de résultat d'examen délivrés par un autre « absent ». Dans certains cas, c'est cet infirmier qui effectue le soin des usagers rejetés. En procédant ainsi, cet infirmier enfle « *l'habit du modéré* », une position de dominé lui servant en même temps de ressource pour assurer son maintien davantage au sein du service, dans un contexte de mise à la « retraite », où ce derniers, avec des ressources monétaires minimales doit encore perdre certains de ses acquis sociétaux : le prix de transport qu'il doit donner par exemple à ses nombreuses femmes qu'ils courtisent, etc.



## 2. Discussion

### 2.1. Système de régulation au diapason des normes de sécurisation des groupes d'appartenance

Le dirigeant prend des décisions de sanctions certes, mais elles évoluent au gré des normes de sécurisation des groupes d'appartenance qu'il partage en commun avec les soignants. Quand le statut d'un membre du réseau menace le système, qui fait fonctionner à l'accoutumée les pratiques de non-respect des règles, le réseau isole la pratique de cet agent qui devient le visage des « déséquilibres » habituels (« boucs-émissaires »). Désormais aux prises avec une « victime à expier », le dirigeant prononce la sanction. De cette manière, le groupe de rattachement du responsable se préserve des menaces. Les audits que nécessite l'issue des soins en cause sont, en cela, escamotés ou s'effectuent à la « sauvette » et les dépositaires ou caciques d'un tel système d'autogestion épargnés. Par contre, lorsque le besoin de sécurisation du réseau d'appartenance impose de prendre en compte l'ensemble de ses membres, le superviseur joue son maintien dans ce réseau. Il désactive les normes de régulation pour se maintenir dans le réseau d'appartenance.

Autrement dit, le façonnement des professions s'effectue à travers le glissement des pôles classiques d'autorité, en raison de pratiques de conditionnement qu'adoptent des professions subalternes axées sur le profil social des membres du groupe de pairs. Les soignants tiennent le dirigeant au sein du même groupe et cela impose le « laisser faire ». Cette emprise sur le dirigeant est abordée, dans certains travaux, en opposant plutôt les pôles classiques atelier-centre de décisions. Selon A. Daniel et *al.* (2010), le dirigeant est aux prises à des rapports de pouvoir surplombés par les professionnels de soins. Il est mis en déroute dans les centres de décision à travers des roueries de représentants de syndicats de soignants qui le tiennent comme la source des dysfonctionnements. Finalement, la hiérarchie évalue ses ressources par rapport à celles de l'individu à sanctionner (G. Blundo et J-P. Olivier de Sardan, 2001 ; Ouattara, 2002). Plus ce dernier est inscrit dans un réseau susceptible d'influer sur les intérêts de celui qui veut sanctionner, plus le sentiment de dissuasion est grand. Dans le cas contraire, quand le fautif se désolidarise du réseau, les sanctions deviennent probables. Pour Y. Jaffré (1999, p. 13) le dirigeant se rétracte et évite de prononcer les sanctions, en raison du profil du « fautif » qui dégage des possibilités de récompenses énormes. Le « laisser faire » s'inscrit en effet dans un système d'échange entre le dirigeant et ses obligés. C'est le retour sur « investissement corruptif » initié en amont par une « clientèle » qui attend, en retour, les

bonnes grâces du dirigeant (A.S. Fall et al, 2004, p. 128 ; N. Bako-Arifari, 2007, p. 211, G. Blundo et J-P. Olivier de Sardan, 2007).

## **2.2. Système de régulation sous l'influence d'enjeux de pouvoir : glissement de la fonction des liens et des positions dans l'offre de soin**

Le système de régulation de l'activité de soin évolue au gré d'enjeux de pouvoir au sein de groupes d'intérêts informels. Il est soumis aux modes d'interaction entre concurrents, dans l'atelier. Pour façonner le consentement des soignants à l'application des règles, les dirigeants usent de leur monopole décisionnel de régulation. Toutefois, cette allégeance faite aux attentes d'autogestion des prestataires contre l'éthique du recouvrement, aboutit à des résultats plutôt controversés. Les stratégies de façonnement du consentement produisent, autrement dit, des liens et des positions dans l'offre de soin et aboutissent à de nouveaux segments de profession incluant l'utilisateur. Les points de délivrance de soin deviennent des arènes de compétition. Les soignants y sont tenus par des enjeux de pouvoir. Ils replient sur eux par apparemment et interagissent en tant que concurrents à partir d'antécédents confligènes. Contre l'éthique du soin, le principe de continuité du service est piétiné à des fins d'honneur et d'expression des hiérarchies. L'utilisateur perd son statut. Reconsidérer autour de ces enjeux de pouvoir, il est aligné comme membre des groupes en compétition. Lorsqu'il arbore le profil d'un concurrent comme le soignant qui initie ses soins, l'utilisateur est rejeté. Dans le cas contraire, c'est un allié qu'il faut soigner.

Les frontières des professions se modifient au gré des liens dirigeants-soignants basés sur des choix préférentiels qu'opère le premier, face aux exécutants, pour construire ses ressources de domination. La notion d'« alliances entre acteurs » (P. Bernoux, 1990, p.146) montrent alors que « *les perspectives nécessairement différentes des uns et des autres les [amènent] à s'opposer aux uns donc à s'allier aux autres* ». Cela, dans de véritables jeux stratégiques (J-P. Boutinet, 1990). Selon le modèle *messianique* de management<sup>14</sup> (A.S. Fall, 2003, pp.135-145), la gestion du dirigeant s'appuie sur un réseau d'obligés qu'il se constitue et en fonction duquel s'accroît sa zone d'influence au sein de l'hôpital. La pratique de ce responsable modifie, autrement dit, les frontières entre la hiérarchie et les exécutants, tout en fixant en même temps cette frontière avec les exécutants non acquis à sa cause. Sommés d'évoluer à la périphérie puisqu'absents du réseau du dirigeant, ces prestataires s'encastrent

---

<sup>14</sup> Il a quatre dimensions. Des modalités de gestion caractérisées de *néo-patrimonialisme*, de *loyalisme*, de *la défection* et la gestion par le « *laisser faire* ».

dans des postures attentistes et n'attendent plus que les décisions du dirigeant même pour des situations élémentaires. L'utilisateur est alors pris dans un ballet incessant entre l'administration et les points de délivrance de soin (A.S. Fall et al, 2004, p.50).

### **2.3. Les réprobations collectives comme mécanisme d'incitation au ralliement et moyens de produire des liens de confraternité**

Les pratiques répulsives sont des moyens de conditionnement utilisés pour inciter les dirigeants à se rallier aux groupes d'intérêts informels régulés par les subalternes. Ces groupes s'en servent, en effet, pour consolider leurs acquis et accroître leur zone d'influence dans l'organisation. Par le mécanisme des réprobations collectives, ils captent des appuis de l'« extérieur » (superviseurs titulaires du poste) ou orientent en interne leurs propres composants (superviseurs recrutés « sur le tas »). Ces pratiques répulsives aboutissent alors au rapprochement entre agents de strates professionnelles variées, et, fixent la confraternité au « travail ». Les prestataires de soins, en stigmatisant (railleries, « être battu froid » pour son intransigeance) le superviseur, l'interpellent sur la nécessité de clarifier sa position entre différents segments de profession. Le superviseur fait le choix des liens de confraternité avec les soignants, au détriment de l'application des règles. S'aligner sur les normes de bienveillance valorisées par les soignants (salutations, les causeries informelles de routines, etc.) étend, *in fine*, l'éventail des profits à tirer d'eux, comme la pacification des contextes de soin. Le « laisser faire » du dirigeant symbolise alors l'existence de liens de fraternité entre dirigeants et professions subalternes, en raison de pressions symboliques opérées par les prestataires.

Le besoin du dirigeant de maintenir son poste et les acquis associés est abordé sous l'angle de cadres hétéronomes, chez certains auteurs. Le dirigeant fait allégeance à une tradition au sein d'un régime politique (F. Ouattara, 2002 ; A. Oumarou, 2011) ou d'un réseau de pairs hiérarchiques (la tutelle) pour éviter de mettre en péril son poste et tous les acquis sociaux qu'il en tire. La politisation de l'administration et de l'attribution des postes sous la contrainte des « camarades » en est une illustration. Ces derniers imposent leur volonté comme une récompense à leur engagement dans le parti politique (J-P. Olivier de Sardan, 2014, pp.18-20). Cette logique de solidarité est valorisée dans « ces milieux familiaux ». Son respect est un devoir et confère l'honneur. Par contre, sa transgression soumet à des réprobations (O. Dianor, 2000). Être la meilleure version de « soi » implique donc de produire de la richesse au profit de la communauté en court-circuitant les procédures administratives (Y. Jaffré, 1999, p.15 ; C. Ardit,

2000, p.5 ; Y. Jaffré, 2001, pp. 224-225). Cela, parfois selon une logique de la dette, à restituer de façon différée à ceux « (...) de qui ont tient sa vie, son identité, son éducation, sa force vitale, sa chance et le capital de départ » symbolique ou matériel (A. Marie, 1995, p.306).

#### **2.4. Usages des monopoles rattachés aux positions : production de normes de communication et de pacification des liens entre atelier et centres de décision**

Les monopoles rattachés aux positions servent de ressources pour communiquer et pacifier les liens entre des champs interdépendants et aux logiques contradictoires. Ce principe s'opère entre l'atelier et les centres de décisions. Dans le processus de façonnement des professions, les prestataires s'octroient des représentants qui, sous la casquette officielle de responsables (superviseurs), agissent à leur profit dans les centres de décision. Ils conditionnent le superviseur à cette tâche parce qu'ils travaillent quotidiennement à normaliser leurs projets d'autogestion (racket) en jouant sur le monopole détenu sur les connaissances médicales. En prenant appui sur ce monopole, les soignants ferment les yeux sur les attentes de soin de l'utilisateur sans craintes de sanction. Le superviseur ainsi en situation d'impuissance, se prêtent à leur jeu. En étant ainsi impliqué dans les dynamiques d'autogestion (racket), le superviseur envoie l'écho d'un climat de travail sain à la direction, peu importe les contraventions dont il se fait complice. Il réduit en cela les plaintes de l'utilisateur et forge pour l'ensemble de l'atelier un portrait valorisant face de la direction. Cette position d'interface sert en même temps au superviseur, de ressource de survie professionnelle, et accroît l'espoir d'un recrutement ou les marges d'accès à la fonction publique (pour les contractuels).

Le « marginal sécant » est un intermédiaire dont la position constitue une ressource de pouvoir. Son « pouvoir » dépend de l'incertitude de l'information qu'il crée et transmet à plusieurs systèmes d'action interdépendante dont il est l'intermédiaire (M. Crozier et E. Friedberg, 1977). Comme les directeurs simultanément tenus d'appliquer la politique sanitaire de l'Etat qu'ils représentent et d'agir selon les intérêts locaux (F.X. Schweyer, 1999). Le dirigeant comme intermédiaire joue ainsi sur la solidarité pour accroître son influence. En arpentant les procédures, il joue la pérennisation d'une solidarité de groupes extérieurs au milieu organisationnel, au nom de ses intérêts dans l'organisation (O. Dianor, 2000, pp. 9-15). Il se construit un réseau d'obligés dont la dévotion pour lui, dans l'atelier, milite *in fine* en faveur de ses intérêts et accroît ses ressources d'influence (A.S. Fall, 2003, pp.135-138). La solidarité intervient, toutefois, dans le cadre d'un système de communication par lequel les

exécutants s'imposent aux dirigeants. Les exécutants par une rhétorique jettent le discrédit sur les dirigeants, en dehors de l'hôpital, et créent ainsi l'empathie du public qui cloue les dirigeants face aux irrégularités (Y. Bazin et A. Notais, 2014).

### **2.5. L'habilitation professionnelle des supplétifs comme forme d'autorégulation du système soumis aux failles de l'antagonisme entre segments professionnels**

Le système, soumis à l'antagonisme de ses composantes, produit ses propres leviers d'autorégulation. Les implications du repli sur « soi » par apparemment sont minimisées par les agents supplétifs. Ils interviennent dans le soin, au même titre que les titulaires, pour atténuer les failles issues de l'antagonisme entre plusieurs strates professionnelles. En tout temps, chaque prestataire accroît ses possibilités monétaires et symboliques, par l'appui des agents supplétifs qui jouent la doublure en cas d'absentéisme. Même quand ils agissent parfois sous le régime d'autogestion des frais de soin (le racket), les supplétifs rendent possible les soins, réduisent les plaintes des usagers et sécurisent finalement la direction face à la tutelle. Autrement dit, l'antagonisme et les rapports de pouvoir entre segments professionnels, sont des dimensions du processus de façonnement des professions. Ils entraînent le repli sur soi par apparemment certes, mais, ces processus offrent, en même temps au système, des moyens de casser ces cloisons. Les groupes en compétitions, parviennent à trouver un consensus. Il s'agit des aspects de leur relation qui facilitent l'atteinte de leurs enjeux multiples et respectifs dans d'autres aspects de vie qui touchent leurs professions. En la matière, les agents supplétifs sont des leviers de décloisonnement des professions.

Le « potlach » et la « Kula » traitent du don en termes de mécanismes de conservation de l'honneur. Soit pour le maintien d'une autorité, soit pour la reconversion inéluctable en tant que dominé, pour l'honneur de se maintenir dans un groupe prisé (M. Mauss, 2007). Le « potlach » traduit par exemple, l'« obligation de donner » pour maintenir son rang, son autorité, l'« obligation de recevoir » par lequel l'on montre qu'il s'engage parce qu'étant à la hauteur du défi, et, enfin, l'« obligation de rendre » au risque de perdre son rang. Dans ce dernier cas, le maintien dans le cercle et y être considéré par la meilleure version de « soi » passe par le fait de s'inscrire dans un rapport de dépendance. Toutefois, le modèle des « trous structuraux » (R.S. Burt, 1995) reconsidère le postulat de l'accès à des ressources symboliques pour son épanouissement sans pour autant intégrer le milieu ou même lui rendre des biens prisés. Burt intègre la fonction de l'intermédiation pour montrer comment des réseaux interdépendants et incompatibles peuvent assurer l'atteinte de leur but à travers leur bien

respectif sans pour autant se communiquer directement, mais plutôt en jouant sur l'intermédiaire. Pour R.S. Burt (1995) l'intermédiaire est sacrifié sous l'autel de sa domination dans les deux mondes en « incompatible » au profit des intérêts de leurs membres respectifs dont il sert à gommer ainsi l'« incompatibilité ». C'est au nom de sa domination, à travers les coûts en énergie et en temps liés aux services qu'il rend, simultanément dans ces deux mondes qu'il devient le « trait d'union », compatible au profit de tous quel que soit leur hétérogénéité.

## **Conclusion**

Cette étude analyse les tenants et les aboutissants des pratiques de responsables hospitaliers qui promeuvent la solidarité entre corporations malgré les risques encourus. Les investigations adoptent une méthodologie qualitative mobilisant des entretiens biographiques et des entretiens approfondis. Les données collectées ont été traitées selon l'analyse inductive des données et modélisées en fonction de la grille de lecture des « segments professionnels » d'Anselm Strauss.

Les professions à l'étude mettent aux prises les superviseurs et les prestataires : personnel médical (les médecins) ainsi que les paramédicaux (les infirmiers, sage-femme, fille et garçon de salle, etc.). Ces agents assurent la délivrance du service de soin au quotidien. Leurs activités de soin sont régulées notamment par la « *garde administrative* » (superviseurs de nuits). Au-delà des frontières de leurs statuts formels, les prestataires agissent en coalition informelle et influencent les « *administrateurs de garde* » qui se désolidarisent des dispositions de leur cahier de charge. Finalement, ces trois catégories professionnelles (personnels médicaux, paramédicaux et superviseurs) agissent comme un groupe d'intérêts informels, essentiellement régulés par les prestataires de soin. L'intérêt marqué de ces groupes d'intérêts est la pérennité du non-respect des règles, pour la préservation de l'influence et des avantages rattachés à leurs statuts respectifs et pluriels dans l'ensemble de leurs champs sociaux d'appartenance.

En définitive, cette étude défend la thèse d'une domination des soignants avec qui le superviseur est contraint de faire « monde » pour négocier les avantages et l'influence rattachés à son statut social, dans plusieurs champs, en tronquant sa veste par un leadership transgressif. Dans ce cas, les règles de régulation évoluent au gré de deux registres de fonctionnement de ces groupes d'appartenance : le mode d'organisation des liens, à l'intérieur de ces groupes, et,

le « *soft power* » qu'ils mettent en place en tant que stratégie qui vise à accroître leur zone d'influence dans l'organisation.

Ces groupes sont régulés par les prestataires de soin. Leur organisation interne fonctionne également selon deux leviers. Le premier fait appel aux normes de sécurisation de ces groupes qui évoluent selon des besoins variants. À chaque besoin correspond une dimension de la norme de sécurisation adoptée au sein du réseau, et, finalement, un type de régulation de l'offre globale de santé. D'une part, quand il s'agit de faire face à des menaces endogènes au réseau d'appartenance, la sanction des dirigeants devient probable dans l'offre de santé. Dans le cas contraire, quand il s'agit d'intégrer l'ensemble des membres du réseau (la redistribution des biens du réseau à l'ensemble de ses membres) les tendances à la sanction du dirigeant sont désactivées et le non-respect des règles prospère dans l'offre de soin. D'autre part, lorsque les membres de ces groupes sont aux prises à des rapports de pouvoir, l'on aboutit à de nouveaux segments de profession incluant l'utilisateur. Le statut des soins de cet usager oscille alors entre refus et prise en charge, selon qu'il passe pour le concurrent ou l'allié du prestataire. Toutefois, dans un deuxième temps, l'organisation interne de ces groupes d'appartenances produit, au quotidien, ses propres moyens d'autorégulation des failles causées dans le système. Les déséquilibres qui naissent de l'antagonisme au sein de ces groupes sont minimisés, en effet, par l'intervention des supplétifs.

Le système de régulation de l'offre globale de santé est également sous l'influence du « *soft power* » des groupes d'appartenance. Dans leur rapport au milieu extérieur (autres segments de professions), ces groupes d'intérêts informels fédèrent plus de ressources pour consolider leurs acquis et accroître leurs zones d'influence dans l'organisation. Ce « *soft power* » a deux modalités de fonctionnement. D'un côté, les prestataires usent de réprobations collectives (stigmatisation, etc.) pour conditionner les dirigeants ou les acteurs aux logiques contradictoires à se rallier aux réseaux d'appartenance qu'ils régulent. De l'autre côté, le « *soft power* » fixe des modalités de pacification des contextes de soin et de communication avec les centres de décisions, à leur profit. Les prestataires s'octroient des représentants qui, sous la casquette officielle de responsables, agissent à leur profit dans les centres de décision. Le superviseur est conditionné à cette tâche. Il est sous l'influence de l'usage que font les prestataires des monopoles des connaissances médicales. En cela, le superviseur travaille à normaliser quotidiennement les projets d'autogestion des soignants (racket, etc.).

## Bibliographie

- Arditi Claude, 2000, « Du « prix de la Kola » au détournement de l'aide internationale : clientélisme et corruption au Tchad (1900-1998) » in Blundo Giorgio, *Monnayer les pouvoirs : Espaces, mécanismes et représentation de la corruption*. [En ligne]. Genève : Graduate Institute Publications, pp.249-267.
- Bako-Arifari Nassirou, 2007, « Ce n'est pas les papiers qu'on mange ! La corruption dans les transports, la douane et les corps de contrôle », in Blundo Giorgio et Olivier De Sardan, Jean-Pierre (dir.), *Etat et corruption en Afrique. Une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Bénin, Niger, Sénégal)*, Paris, Karthala.
- Baszanger Isabelle, 1992, *Anselm Strauss. La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme (Texte réunis et présentés par Isabelle Baszanger)*, Harmattan.
- Bazin Yoann et Notais Amélie, 2014, « Transgression et régulation sociale. Le cas des artistes de la blanchisserie de l'hôpital C. Foix », *XXIIIème conférence de l'AIMS*, Rennes, Bretagne.
- Bernoux Philippe, 1990, *La sociologie des organisations*. Paris : Seuil, (ed. or.1985), 382p.
- Blundo Giorgio, 2001, « La corruption quotidienne dans les passations des marchés publics locaux au Sénégal », *Politique africaine*, Vol.3, n°83, pp.79-97.
- Blundo Giorgio et Olivier de Sardan Jean-Pierre, 2001, « La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest », *Politique africaine*, vol. 3, n° 83, pp. 8-37.
- Blundo Giorgio et Olivier de Sardan Jean-Pierre, 2007, *Etat et corruption en Afrique. Une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Bénin, Niger et Sénégal)*, Paris : Karthala.
- Boutinet Jean-Pierre, 1990, *Anthropologie du projet*. Paris : PUF.
- Burt Ronald S, 1995, « la capital social, les trous structuraux et l'entrepreneur », *Revue française de sociologie*, pp. 599-628.
- Crozier Michel et Friedberg Erhard, 1977, *L'acteur et le système*, Paris: Seuil.
- Daniel Alexandre, Leca Bernard et Rozin Philippe, 2010, « Comportements institutionnels de déviance, vis-à-vis de la loi, au sein des organisations : Une étude de cas dans un contexte d'établissements hospitaliers », *Revue de l'Aims*.
- DiMaggio Paul et Powell Walter, 1983, « The iron cage revisited : institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields », *American Sociological Review*, vol.48, n°2, pp.147-160.
- Dianor Ousmane, 2000, « Manger l'argent ».Les dimensions économiques et socioculturelle de la corruption en Afrique » in Blundo Giorgio, *Monnayer les pouvoirs : Espaces, mécanismes et représentation de la corruption*. [En ligne]. Genève : Graduate Institute Publications, pp.157-175.



- Diallo Yveline, 2001, « Les relations des soignants titulaires et des soignants bénévoles dans les centres de santé publics de Conakry », *Bulletin du réseau d'anthropologie de la santé*, n°2, pp.37-45.
- Diallo Yveline et Camara Campel, 2003, « Niamey : Le centre de santé public de Gbessia-port » in Jaffré Yannick et Olivier de Sardan Jean-Pierre, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*.
- Fall Abdou Salam, 2003, « Quel façonnement organisationnel des centres de santé en Afrique de l'Ouest », in Jaffré Yannick et Olivier De Sardan Jean-Pierre (dir.). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. pp.135-145.
- Fall Abdou Salam, Gueye Babacar, Diakhate Djiby, Sy Omar Saïp, Dieye Abdoulaye, N'diaye Sémou, Bodian Yaya Et Sakho Adoulaye, 2004, *Gouvernance et corruption dans le système de santé au Sénégal*, Rapport de recherche, Sénégal, Forum Civil-CRDI, p.143.
- Gbaka Loulou G. et Lognon Jean-Louis, 2021, « L'offre des biens et services de santé à l'épreuve de stratégies et logiques d'acteurs dans l'espace hospitalier public abidjanais », in Université d'Abomey-Calavi, *Politique publique et construction de l'Etat national en Afrique de l'Ouest francophone*, Actes du colloque international du 13, 14 et 15 janvier 2021, Benin : UAC, ISBN : 978-99982-63-59-8, pp.239-254.
- Jaffré Yannick, 1999, « Les services de santé « pour de vrai ». Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) », *Bulletin de l'A.P.A.D*, n°17.
- Jaffré Yannick, 2001, « Une configuration particulière: le dispositif affectif des personnels de santé en Afrique de l'Ouest », *Bulletin du réseau d'anthropologie de la santé*, n°2, pp.217-234.
- Lascoumes Pierre et Nagels Carla, 2014, *Sociologie des élites délinquantes. De la criminalité en col blanc à la corruption politique*, Paris, Armand Colin (ed) Dunod.
- Laurent Pierre-Joseph, 2000, « Sémantique populaire du détournement dans les associations de développement en pas mossi (Burkina faso) » in Blundo Giorgio, *Monnayer les pouvoirs : Espaces, mécanismes et représentation de la corruption*. [En ligne]. Genève : Graduate Institute Publications, pp.195-220.
- Marie Alain, 1995, « « Y a pas l'argent » : l'endetté insolvable et le créancier floué, deux figures complémentaires de la pauvreté abidjanaise », *Tiers Monde*, Vol.26, n°142.
- Mathieu François-Régis, 1989, « Transferts et communautés africaines », *STATECO (INSEE)*, n° 58-59, pp.107-136.
- Mauss Marcel, 2007, *Essai sur le don, forme et raisons de l'échange dans les sociétés archaïques*, ed : Puf.

- Moussa Hadiza, 2003, « Niamey : le complexe sanitaire de Boukoki », in Jaffre Yannick Et Olivier De Sardan Jean-Pierre (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*.
- Olivier de Sardan Jean-Pierre, 2008, *la rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-La-Neuve, Academia-Bruyant, 368 p.
- Olivier de Sardan Jean-Pierre, 2009, « Gouvernance associative et gouvernance chefferiale dans les campagnes nigériennes », in Olivier de Sardan Jean-Pierre, Tidjani Alou Mahaman (eds), *les pouvoirs locaux au Niger*, Paris : Karthala.
- Olivier de Sardan Jean-Pierre, 2014, « La routine des comportements non-observants au sein des services publics Nigériens. Connaitre la culture bureaucratique pour la réformer », *Etude et travaux du LASDEL*, pp.157.
- Oumarou Amadou, 2011, « Le syndicat des transporteurs, entre complexité de fonctionnement et dynamisme dans la fourniture du service à Ballayara, Guidan-Roundji et Say. Niamey: rapport LASDEL.
- Ouattara Fatoumata, 2001, « Conscience professionnelle, clientélisme et corruption : pratiques et justifications des personnels de santé du centre médical d'Orodara (Burkina Faso) », *Bulletin du réseau d'anthropologie de la santé*, n°2, pp.63-97.
- Ouattara Fatoumata, 2002, « Gouvernances quotidiennes au cœur des structures de santé. Les cas d'Orodara et de Banfora, Burkina Faso », *Bulletin de l'APAD*, pp.23-24.
- Queloz Nicolas, 2000, « La corruption en Suisse : une plaisanterie ? », in Blundo Giorgio, *Monnayer les pouvoirs : Espaces, mécanismes et représentation de la corruption*. [En ligne]. Genève : Graduate Institute Publications, pp.177-194.
- Royer Chantal, 2016, « Parmi les questions posées par l'utilisateur des méthodes qualitatives : qu'est-ce que la profondeur ? », *Recherches Qualitatives*, Hors-série, n°18, pp.17-26.
- Schweyer François-Xavier, 1999, *Le corps des directeurs d'hôpital. Entre logique professionnelle et régulation d'Etat*, Rapport final MIRE, L'administration sanitaire et sociale », sept, partie 1.
- Souley Aboubacar, 2003, « Un environnement inhospitalier », in Jaffré Yannick et Olivier de Sardan Jean-Pierre, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*.
- Souley Issoufou Mamane Sani, 2015, « Ecart aux normes dans deux maternités au Niger », *Etude et travaux du Lasdel*, n°115.
- Tidjani Alou Mahaman, 2001, « La justice au plus offrant. Les infortunes du système judiciaire en Afrique de l'Ouest (cas du Niger) », *Politique Africaine*, n°83, pp.59-78.
- Tidjani Alou Mahaman, 2007, « Les pouvoirs locaux à Filingué (2) », *Etudes et Travaux du LASDEL*, n°49.

Yacouba Ibrahim, 2001, « Grandeur et misères d'une carrière ! », *Bulletin officiel d'information et de sensibilisation de la CDTN*, spécial 1er mai

## **Les kinésithérapeutes diplômés à l'étranger : des marginaux acceptés car hiérarchisés.**

Jérémy Rollin, laboratoire Triangle de Lyon, faculté de médecine de Montpellier-Nîmes

La sociologie des professions a historiquement pointé l'importance de la clôture du marché du travail dans le milieu professionnel. Pour les fonctionnalistes c'est un préalable indispensable à la sélection d'acteurs dotés de qualités propres au rôle de contrôle social (Parsons, 1951) : désintéressement et meilleur choix pour le client notamment. La trop grande concurrence est alors susceptible de diluer ces vertus morales au profit d'intérêts marchands. Pour les interactionnistes comme Howard Becker, si ces protections sont illégitimes, elles sont aussi des marqueurs forts des professionnels, de par les multiples relations qui forment les identités au cours des formations longues et protégées. Dans le cas français de la marine marchande, Catherine Paradeise va plus loin en en faisant la clé de voute des professions : pour elle c'est les protections dont ils disposent, qui établissent un travail fermé, qui sont à l'origine des groupes professionnels (Paradeise, 1984).

Les auteurs les plus récents continuent à accorder une place prépondérante au contrôle du marché du travail, à l'image d'Andrew Abbott et de l'approche écologique (Abbott, 1988). Pour lui les professions évoluent en fonction de conquêtes de nouveaux marchés du travail d'un côté, tout en gardant le contrôle de tâches plus historiques, plus restreintes mais clairement monopolisées. Il identifie plusieurs mécanismes de reconnaissance de cette protection, d'une part par une organisation mise en place par les métiers et ensuite reconnue par l'Etat, et d'autre part par l'Etat qui réserve un travail à un groupe professionnel bien identifié en première intention. Dans tous les cas, les professions dépendent à la fois de leurs institutions propres et de la reconnaissance légale de l'Etat. Cette position est partagée par Freidson, notamment dans sa seconde partie de carrière (Freidson, 2004) : la profession comme troisième logique, alternative au marché libre ou au travail bureaucratique dépend bien de titres, cursus scolaires et travaux réservés par l'Etat.

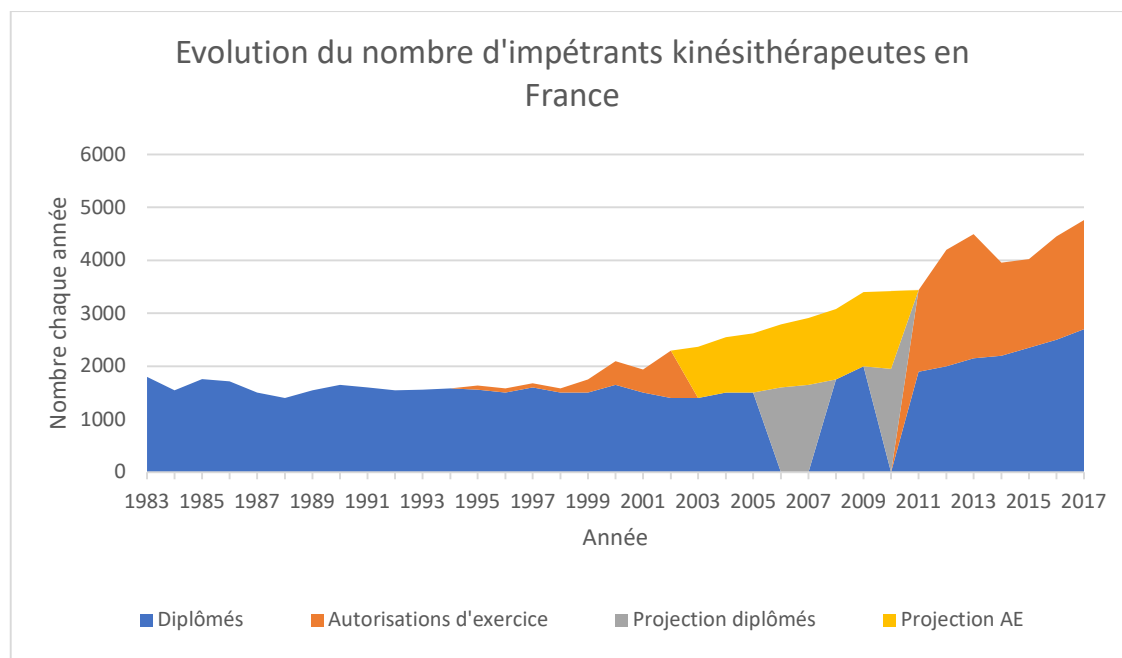
C'est au vu de cet état de la littérature en sociologie des professions que le cas des kinésithérapeutes français présente une singularité. En effet ceux-ci forment un groupe professionnel à marché du travail historiquement protégé par l'Etat : depuis 1982 les études d'accès à ce métier sont sur quota en France. Cette mesure est le fruit d'un accord entre syndicalistes kinésithérapeutes, intéressés pour contrôler le nombre de travailleurs en

concurrence et l'Etat, intéressé à limiter l'augmentation des dépenses de santé en contrôlant le nombre de professionnels. En effet, il est nécessaire de rappeler que dans le cas français, l'exercice libéral conventionné entraîne une prise en charge par l'Assurance Maladie publique, tandis que les soins hospitaliers sont eux aussi couverts par un mécanisme similaire. Les quotas à la formation sont, à leurs débuts, lâches, alignés en réalité sur le nombre d'admis les années précédentes. Pourtant progressivement ils vont d'une part se resserrer en nombre (pour passer de plus de 2000 entrants au début des années 1980 à 1300 entrants en 2000, année du minimum). D'autre part, ce resserrement se fait aussi par une sélectivité scolaire accrue : sur 35 ans, de 1989 à 2015, les écoles de kinésithérapie françaises vont passer d'un recrutement par concours d'école, plus ou moins exigeant scolairement, à un concours commun avec les facultés de médecine.

Dans le même temps, au sein de l'Union Européenne, des mesures libérales imposent la libre circulation des travailleurs entre états membres et la reconnaissance mutuelle des diplômes. De ce fait un diplômé en kinésithérapie d'un état européen doit se voir reconnaître son titre auprès d'un autre état, avec des possibilités de mesures compensatoires aux différents écarts de niveaux ou d'exigences très limitées : un demandeur ne peut se voir attribuer que des stages de remise à niveau, de durée limitée, et non être interdit d'exercice.

Ces mesures favorisent l'arrivée en France de diplômés étrangers. En effet, au sein des pays européens la place de la kinésithérapie varie. Il peut s'agir d'un métier proche de l'idéal-type de la profession médicale, avec accès direct des patients au thérapeute, possibilités de prescription et études plutôt longues (5 ans), par exemple en Pologne ou dans les pays scandinaves. Il peut aussi s'agir d'un métier très dominé, dont l'exercice est peu protégé par rapport aux non diplômés (masseurs etc), dont la filière de formation est peu sélective (Espagne), voire courte et non universitaire (Allemagne), avec des valorisations salariales faibles ou des difficultés à trouver un emploi. Dans cet ensemble hétérogène, la France fait figure de cas intermédiaire, avec un marché du travail plutôt florissant et protégé par l'Etat, un cursus plutôt exigeant scolairement et dont la durée a été portée à 5 ans universitaires en 2015, autant d'attributs valorisés. Des flux migratoires se mettent en place avec des arrivées progressives dans l'hexagone de diplômés espagnols, allemands ou portugais. Pourtant, parallèlement à ces migrations de travailleurs étrangers, la réduction des quotas français (minima en 2000) couplée à l'absence de sélection (au moins quantitative) dans certains pays limitrophes provoque des flux inverses d'étudiants français ne pouvant pas intégrer leur

formation nationale et partant se former dans ces pays. Ces flux, négligeables dans les années 1990 deviennent majeurs à partir des années 2000. En 2020, 40% des nouveaux diplômés sur le territoire français sont à diplômés étrangers, dont deux tiers de français.



**Graphique de l'évolution du nombre d'impétrants kinésithérapeutes (données manquantes projetées suivant la logique de la progression linéaire des valeurs).**

Face à ce constat, une question de recherche étudiée en thèse a été de comprendre comment ces flux migratoires s'articulent avec une organisation professionnelle du travail traditionnellement clôturée.

Pour répondre à cette question, plusieurs dispositifs de recherche ont été mis en place, des plus quantitatifs (analyses de données statistiques ministérielles, questionnaires dans des instituts de formation) aux plus qualitatives (observations ethnographiques dans différentes structures de formation, plus de 200 entretiens avec étudiants enseignants et professionnels) en passant par un travail d'archive (dépouillage de dossiers étudiants dans un école française depuis son ouverture en 1968). Ici, c'est plus particulièrement les hiérarchisations réciproques entre impétrants qui vont nous intéresser, nous conduisant à mobiliser principalement l'enquête par entretiens et observations ethnographiques dans les écoles, avec un focus sur la comparaison entre étudiants français en France et en Espagne.

Le cadre d'analyse mobilisera d'une part les concepts bourdieusiens de capitaux (économiques, scolaires, sociaux), c'est-à-dire intégrera les notions de déterminisme dans les trajectoires des acteurs. Mais il fera aussi une grande place à une analyse plus interactionniste, liée aux rencontres multiples aux cours des formations et des stages, conduisant les étudiants à intégrer leur future place dans l'espace de la kinésithérapie. L'idée n'est ainsi pas de m'inscrire dans une chapelle théorique mais de complexifier l'analyse des rapports sociaux pour parvenir à comprendre comment des acteurs d'horizons divers s'intègrent finalement avec des tensions contenues dans un métier localement protégé.

Des étudiants français en France, sélectionnés sur leurs capitaux scolaires, obtiennent leurs diplômes dans des IFMK qui leur ont donné l'occasion de faire leurs stages dans les structures locales les plus valorisées (CHU). Ils apprennent, en cours de cursus, toutes les règles du jeu au sein de leur futur groupe professionnel et établissent déjà des contacts, par exemple à l'occasion de leur recherche de fin d'études, qui favorise l'accès aux places les plus valorisées. A l'inverse les étudiants à l'étranger, sélectionnés sur des capitaux économiques plus que scolaires, obtiennent leurs diplômes dans des structures étrangères à exigences scolaires variables. Si en Belgique une sélection qualitative tout au long du cursus tend à éliminer une partie des impétrants, ce n'est quasiment pas le cas en Allemagne ou en Espagne, où l'enquête montre que les impétrants ne sont que très marginalement exclus de la formation par manque de réussite scolaire.

En fonction de ces capitaux initiaux, les étudiants en kinésithérapie ne se projettent pas dans le même métier. Les plus en réussite scolairement voient la kinésithérapie comme une médecine par le mouvement, tandis que les autres se projettent plus dans un métier d'exécutant technique.

Au cours de formations, elles-mêmes hiérarchisées, les étudiants se préparent à des métiers en réalité différents. En Espagne notamment, les étudiants ne s'emparent qu'imparfaitement des concepts théoriques, tout en attendant impatiemment les stages qu'ils font au demeurant à distance de leurs formateurs, quittant à cette occasion l'Espagne pour la France. Les étudiants français eux, se projettent plus aisément dans le métier de leurs enseignants, d'autant que le suivi est plus proche, qu'il s'agisse de la partie scolaire ou la partie stage. Cela favorise, à l'issue du cursus, l'accès à des positions de travail différentes et hiérarchisées. Pour documenter ces phénomènes, nous suivrons principalement deux acteurs

idéaux-typiques des positions respectives d'étudiants en France et d'étudiants français à l'étranger, Hector et Enzo.

### **1) Des étudiants différents qui intègrent des cursus avec des scolarités et des incorporations de position professionnelles variables**

Hector est issu d'une famille de la classe moyenne supérieure, très dotée en capitaux culturels : sa mère est diplômée de l'Université, bien que femme au foyer se consacrant à l'éducation de ses enfants, tandis que son père est officier dans l'armée (master de géologie, affectation aux unités de cartographie d'états-majors). Cette position sociale familiale est relativement stable, avec des grands-parents maternels infirmière et instituteur d'une part et des grands-parents paternels tous deux enseignants du secondaire d'autre part. Ces capitaux culturels sont favorables à la réussite scolaire d'Hector : il obtient un bac S avec mention très bien et intègre une faculté de médecine de province, dans la moitié Nord de la France. Son projet déclaré est alors de devenir kinésithérapeute : il a découvert ce métier suite à une blessure de son père, qu'il a accompagné en rééducation de ville, mais aussi grâce à une pratique sportive personnelle assidue (il a un niveau national en judo). Il valide cette année de sélection « *sans pousser plus que ça [...] assez tranquillement* », et se retrouve parmi les premiers classés, ce qui lui ouvre la porte d'autres cursus en santé, comme médecine, qu'il refuse au profit de la kinésithérapie. Il intègre ainsi un IFMK public de province, très lié avec l'université locale, bien qu'ayant un statut autonome. Ces origines sociales se retrouvent chez de nombreux étudiants d'IFMK français, d'après la DREES<sup>1</sup> en 2020, 40,6% d'entre eux sont des enfants de cadres supérieurs et professions intellectuelles.

Enzo est aussi issu d'une classe moyenne de province, avec une famille regroupée dans une région du sud de la France. Sa mère est directrice adjointe d'une agence pôle emploi tandis que son père est technicien hospitalier. La trajectoire familiale se présente comme moins stable que celle d'Hector, avec une ascension sociale du côté maternel (grand-mère employée des impôts et grand-père ouvrier dans une usine d'un bassin minier) et une situation descendante du côté paternel (grand-mère agrégée de droit, enseignante universitaire, élue locale et grand-père musicien de jazz, ayant enregistré plusieurs albums de diffusion nationale). Si la trajectoire scolaire d'Enzo rappelle qu'il n'est pas issu d'une famille exempte de capitaux culturels, ses

---

<sup>1</sup> La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, dont l'enquête annuelle sur les écoles permet une première approche des catégories sociales d'origine des étudiants. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-etudiants>, accessible le 05/04/2023.



résultats sont insuffisants pour intégrer un IFMK français : à l'issue d'un bac S mention assez bien, il tente de passer les concours, sans succès malgré « *beaucoup de boulot pour en soit, rien* ». Se rendant rapidement compte que ses résultats scolaires seront insuffisants, il demande alors à entrer dans une université privée de kinésithérapie du Nord de l'Espagne, région dont il est géographiquement proche. Il est accepté assez facilement : le niveau scolaire requis est plus modeste qu'en France (le plus souvent il suffit d'avoir validé un baccalauréat). Par contre les frais de scolarité sont intégralement à la charge des familles (entre 5000 et 10000 euros l'année, pour un cursus de 4ans) ce qui implique des capitaux économiques conséquents.

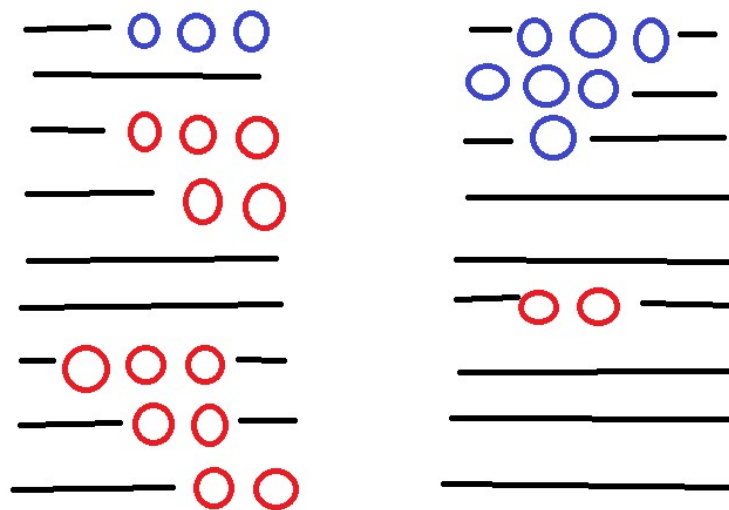
Le rapport aux études de ces deux enquêtés diffère aussi. Hector présente rapidement une insatisfaction au cours de son cursus de kinésithérapie : les cours, très souvent obligatoires, ne lui semblent pas toujours assez actualisés. Il regrette la trop grande part de transmission de « recettes » éprouvées par ses prédécesseurs au détriment d'une approche « scientifique », c'est-à-dire via une évaluation des pratiques suivant les canons de l'Evidenced Based Medicine. Il n'est ainsi pas seulement en quête d'un diplôme ouvrant droit à un travail, mais d'une forme de « réalisation » personnelle (terme souvent mobilisé par ces étudiants en France) passant par le travail intellectuel. Il réalise d'ailleurs, en parallèle à ses études, grâce à un partenariat IFMK-Université et un planning adapté, un master universitaire préparant à la recherche en « sciences de la rééducation ». Si les poursuites d'études universitaires ne sont pas la norme pour ces jeunes kinésithérapeutes formés en France, ils témoignent d'un rapprochement récent des IFMK, initialement écoles de santé privées ou hospitalières, et des Universités. C'est au sein de celles-ci que, progressivement, les IFMK se sont mis à recruter leurs impétrants (via le concours de médecine notamment). C'est aussi en collaboration avec celles-ci que des cursus parallèles aux études ou en formation continue se sont ouverts, permettant des multiples diplomations les kinésithérapeutes. Cela témoigne d'un changement dont les effets sont majeurs pour ce groupe social.

De son côté, Enzo suit une formation ibérique où la présence est peu contrôlée : il réalise très rapidement un « tri » entre les matières au profit de celles qu'il juge intéressantes. Pour les autres, il s'appuie essentiellement sur les annales de cours et d'examens que s'échangent les étudiants afin d'assurer la validation du diplôme (les « Apuntas »). Il apprécie essentiellement les apprentissages pratiques, où des enseignants « *rentrent dans le concret* » et partagent des exercices. Loin d'être satisfait du côté universitaire de la formation, il la complète, dès son retour en France, par des formations courtes visant à lui apprendre les techniques utiles à son

métier : un Diplôme d'Université (« *parce qu'on a le droit de l'afficher sur la plaque* ») en rééducation maxillo- faciale et des formations courtes en kinésithérapie du sport. Il verbalise son passage en Espagne essentiellement comme une étape indispensable pour pouvoir exercer un métier qui lui était fermé en France.

Autrement dit, le rapport au métier est pratique du côté des étudiants en Espagne, ce qui est facilité par la faible présence de cours obligatoires dans les curriculums, leur permettant de concevoir leurs propres « menus ». Cette position de consommateur est facilitée par le fait que les français en Espagne ne se projettent jamais dans un exercice local. Les cas d'étudiants restant exercer sur place sont marginaux : au cours de l'enquête une seule française a été identifiée dans ce cas (exercice temporaire d'un an, avant une rupture avec son petit ami espagnol et son retour en France). Pour l'essentiel, le projet est bien de s'aligner sur ce qu'ils perçoivent de la kinésithérapie française.

Ils collaborent très peu avec les étudiants espagnols, limités par la barrière de la langue, mais aussi par la conception du passage en Espagne comme une parenthèse.



**Bureau du  
professeur**

Schéma d'une classe lors d'un TD, université privée espagnole. En rouge les étudiants français, en bleu les étudiants espagnols. Les traits représentent des rangées de 5 sièges (carnet de terrain).

A l'inverse, les étudiants français en Espagne tentent de maintenir le contact avec les étudiants kinésithérapeutes en France, qu'ils ont pu côtoyer en préparant, dans un premier temps, leurs concours français. Ces échanges informels sont l'occasion de comparaisons, où les étudiants en Espagne adoptent une position dominée, à la fois délégitimés par leur absence de « mérite » lié au concours, mais aussi par un cursus pensé comme plus en dilettante (les maquettes de formation montrent à la fois moins d'heures d'enseignement global et moins d'heures de présence obligatoire) :

« C'est vrai qu'on a moins de cours malgré tout qu'en France. Ce que je reproche aussi c'est les stages ; D'avoir peut-être un peu plus de stages. Euh... Le côté pratique il y a des matières en première deuxième année qui nous servent strictement à rien, qui ne m'ont rien apportées. Et je trouve que là peut-être qu'ils devraient peut-être mettre plus de matières ou de pratiques, anatomie palpatoire par exemple pour un peu plus avoir le toucher. Et aussi ben là j'ai fait un stage du coup à l'institut [X, en France] et... Je me suis rendue compte que j'étais pas trop au point sur tout ce qui est anatomie articulaire et surtout la biomécanique articulaire. Donc peut-être rajouter un petit peu des cours là-dessus, mais après en soit je me dis aussi que le métier... Ce que les kinés me disent quand je suis en stage que... ton métier il t'apprendra aussi sur le tas »

Entretien avec Anne, étudiante kiné en Espagne, père commerçant, mère profession intermédiaire. Bac S sans mention.

En Espagne, les faibles capitaux scolaires alliés à la faiblesse des exigences universitaires locales entraînent une posture de client attendant une validation pour un droit à exercer d'un métier finalement d'abord technique. En France, à l'inverse l'injonction scolaire, sur des étudiants eux-mêmes en réussite scolaire, favorise une appétence pour la réflexion théorique, la formation continue universitaire et finalement un métier pensé comme plus proche du modèle médical que de celui d'auxiliaire technicien.

Ces différences de positionnements participent à une première hiérarchisation informelle : la posture française est, dans l'organisation actuelle du travail, plus valorisée que la posture des étudiants en Espagne, d'autant plus au sein d'un champ médical faisant la part

belle aux hiérarchies académiques (plus il y a d'années d'études mieux c'est, les postes académiques sont plus valorisés que les postes uniquement de praticien etc).

## **2) La découverte du monde du travail en stage. Réassurance des hiérarchies**

Si dans un premier temps ces étudiants sont à distance les uns des autres, ils finissent par se retrouver à l'occasion des stages. La hiérarchisation entre impétrants se révèle en plein jour. Les étudiants en France, en lien avec leur rapport de proximité au monde scolaire, se sont plus volontiers emparés des notions les plus théoriques. Ils se pensent essentiellement comme ingénieurs capables d'expliquer les états pathologiques et d'adapter les traitements, quand ce n'est pas de les diagnostiquer. Ils rencontrent sur leurs lieux de stages hexagonaux, les étudiants des universités étrangères, qui réalisent l'essentiel de ces stages proches de leur famille. Ces derniers se sont construits comme des maîtres de techniques pratiques qu'ils ont hâte de tester, tout en étant plus à distance des côtés les plus théoriques (« On est pas médecin, il faut arrête aussi », verbalisé par une étudiante en Espagne, Anaïs).

En réalité, ils ne se rencontrent d'ailleurs pas toujours, car les étudiants en France bénéficient des contacts entre leurs enseignants et les structures d'accueil, ce qui leur permet de réserver les stages dans les structures valorisées (CHU, services ultraspecialisés), renvoyant les étudiants à l'étranger dans des structures plus secondaires (CH locaux, centres de rééducation généralistes).

C'est donc sur les lieux de stages intermédiaires que les étudiants des filières peuvent cependant se côtoyer. Immédiatement les légitimités différentes progressivement accumulées (origines sociales, capitaux scolaires, mérite lié au concours, difficulté scolaire postulée au sein des universités) entraînent des hiérarchisations :

« J'ai peur qu'il y en ait certains [étudiants en France] qui se prennent un peu au-dessus ou qui nous prennent de haut parce que voilà nous on est allé en Espagne on a choisi la facilité comme ils disent, qu'on est aussi quand même... Après c'est pas faux qu'on est moins formé qu'eux. Ça je peux pas le nier. Et on appréhende parce que c'est un peu... Pas une compé' mais enfin... Il faut quand même montrer qu'on sait faire notre métier qu'on sait faire des choses. »

Entretien avec Aline, étudiante française en Espagne, père et mère commerçants, bac S sans mention.

Les stages sont autant un moment d'acculturation à la pratique à laquelle ils se destinent, la pratique française, qu'un moment où chacun se positionne à la place qui lui est destiné dans le marché du travail. Au français les postes les plus prestigieux qui, par imitation de la profession médicale, sont globalement les postes les plus spécialisés, parfois en service de CHU (même si le libéral spécialisé, avec une plus grande autonomie du médecin peut être aussi très attractif), avec une part d'enseignement ou de recherche. Au étudiants étrangers les postes plus généralistes, les soins de ville répétitifs, parfois rémunérateurs mais à distance des positions les plus prestigieuses symboliquement. La construction progressive des métiers explique que ces trajectoires différentes n'entraînent finalement que peu de tensions : les étudiants à l'étranger atteignent finalement la position de travail qu'ils avaient imaginé, tandis que les étudiants en France ne les conçoivent pas comme des concurrents crédibles pour l'accès aux postes les plus rares : Hector, bien qu'ayant grandi dans le nord de la France, trouve à sa sortie du diplôme un poste dans une grande ville universitaire du sud de la France, dans le centre historique auprès d'une clientèle favorisée auprès de qui il va réaliser des bilans et proposer des prescriptions d'exercice à auto-réaliser à domicile. A l'inverse il rejette les soins répétitifs. Sa rapide prise de contact avec des médecins du CHU, qu'il a parfois rencontré au cours de ses études via des associations étudiantes, lui amène une clientèle variée, par exemple des soins neurologiques qu'il apprécie. Enzo lui, pourtant issu de cette région du sud, ne va pas chercher d'emploi dans la ville universitaire mais dans un village de la périphérie, à population plutôt des classes moyennes. Il exerce alors dans un cabinet généraliste, réalisant des soins essentiellement aux personnes âgées du village, soins chroniques et répétitifs. Il ne relate aucun échange avec les médecins de son entourage, encore moins avec ceux du CHU.

Ces possibles à l'entrée sur le marché du travail dépendent des réseaux sociaux mais aussi du rapport au métier, ce qui peut être illustré par l'inscription dans le travail de mémoire académique. Ce manuscrit de fin d'études, qui clôture le moment scolaire, peut aussi être une porte d'entrée vers l'emploi : il permet l'affichage d'un intérêt pour une spécialité et la prise de contact avec des kinésithérapeutes en exercice en vue d'un emploi.

Les positionnements des étudiants varient alors en fonction des lieux de formation. Fanny, étudiante en France (père profession intermédiaire, mère cadre supérieur, bac S mention bien) le décrit comme une occasion d'approfondir son intérêt pour la pédiatrie, Anaïs, étudiante en Espagne (Père et mère profession intermédiaire, bac S mention Assez bien) le décrit comme une corvée « *je l'ai fait parce qu'il fallait le faire mais bon ça n'a rien à voir avec un mémoire en France, j'ai plus travaillé pour mon rapport de stage en pédi que pour ça* » (carnet

d'observations, 08/06/2021). Pour Fanny, en dehors de la curiosité ou l'attrait pour la recherche qui peut lui être propre, le mémoire de fin d'études à une visée socialisante. Elle a, à cette occasion, rencontré des kinésithérapeutes pédiatriques et plusieurs lui ont offert de travailler avec elle. Elle a pu évoquer ses intérêts et ses projets avec ses tuteurs au sein de l'école et y entretenir son image (le directeur et une enseignante me la décrivent comme « sérieuse »). Si tous les étudiants en France ne profitent sans doute pas de ces opportunités, le mémoire de fin d'étude permet un lien étroit entre la formation hexagonale et la projection dans le métier. A l'inverse, Anaïs se place, d'une part, en position dominée dans la discussion (« *ça n'a rien à voir avec un mémoire en France* ») et ne voit pas, d'autre part, cet exercice comme un outil de socialisation dans son futur métier. Elle n'a pas cherché d'appuis pour ce travail en France. Son unique interlocutrice était sa directrice de mémoire espagnol et toute son attention était tournée vers comprendre les attendus de celle-ci pour obtenir la validation de son diplôme. Il s'agissait pour elle d'une étape obligatoire bien qu'un peu agaçante, avant de tourner sans regrets cette page espagnole : « *c'est pas comme ici, c'est très commercial, ils ne peuvent pas faire que ça [de la kinésithérapie] pour vivre, ils font d'autres choses, du pilate, de la gym, de l'ostéo...* » (carnet d'observations, 08/06/2021). En d'autres termes, l'interface de socialisation que peut constituer le mémoire de fin d'études n'a ici pas de raisons d'être mobilisée, ces étudiants ne se projetant pas dans les pratiques de leurs enseignants espagnols et ne voyant pas l'intérêt pour la pratique française qu'ils imaginent.

A la sortie de leurs formations respectives, Hector se comporte alors comme un médecin du corps : il oriente son activité vers le diagnostic et diminue autant que possible la partie thérapeutique répétitive. C'est dans cette optique qu'il communique beaucoup avec ses collègues (les médecins prescripteurs) pour discuter de leurs opinions diagnostiques. Il tente d'améliorer sa position sociale par l'enseignement (et les capitaux symboliques qui peuvent y être associés à l'image des médecins des facultés de médecine) : dès sa diplomation, sans expérience soignante préalable mais armé de sa vision scientifique du métier (accréditée par un master universitaire passé en parallèle de son diplôme de kinésithérapeute), il réalise quelques vacations dans des IFMK. Pour lui le métier est diagnostique, complexe (il faut se tenir régulièrement à jour des avancées scientifiques pour rester pertinent) et autonome (il n'applique pas les ordonnances mais les discute).

A l'inverse, Enzo se positionne comme un auxiliaire du médecin, un aide appliquant des techniques en fonction de maladies diagnostiquées en dehors de lui. Il s'appuie beaucoup sur

ses collègues (les kinésithérapeutes plus expérimentés de son cabinet) pour choisir les techniques les plus adéquates et enchaîne un certain nombre de formation, souvent non universitaires mais courtes et techniques pour améliorer sa « boîte à outils ». C'est à ce titre qu'il envisage la formation d'ostéopathe, comme une sorte de super boîte à outil qui améliorera sa technicité et sa position sociale (il pourra réaliser des actes déconventionnés et des patients seront prêt à déboursé de l'argent non remboursé pour le consulter). Pour lui aussi le métier est autonome (dans ses choix techniques) mais il est avant tout marqué par l'importance de la technique thérapeutique, le savoir-faire de la main qui s'acquière par l'expérience.

Autrement dit, même en stage puis travaillant sur le même territoire, des différences sensibles quant au métier pratiqué continuent à exister (au moins dans un premier temps, l'enquête n'a pas été longitudinale). Il est possible de retrouver des positionnements comme techniciens exécutants généralistes, parfois valorisés financièrement, et des positions comme diagnosticiens, cherchant rapidement à intégrer des positions d'enseignement et de recherche.

## **Conclusion**

Les kinésithérapeutes n'atteignent pas les mêmes positions de travail en fonction de leur capitaux mais aussi de leurs vécus en cours de formation. Lors de mon enquête, l'exemple des thermes, exercice très dévalorisé en France (massages répétitifs et aquagym), illustre parfaitement cette répartition des rôles avec l'intégralité des kinésithérapeutes rencontrés diplômés à l'étrangers (et d'ailleurs majoritairement étrangers, permettant de penser à une seconde hiérarchie entre diplômés à l'étrangers français ou étrangers). A l'inverse, dans les IFMK, les syndicats, les ordres ou les associations de chercheurs en kinésithérapie, la plupart des enquêtés sont diplômés français, montrant d'ailleurs une interconnaissance qui trouve son origine dans des associations étudiantes françaises (la FNEK, notamment).

Cet état de fait explique la relative acceptation de ces flux migratoires si contraire à la logique professionnelle. Des revendications de meilleures clôtures existent, mais sont parfois plus portées par les jeunes diplômés à l'étrangers (dans les entretiens) que par leurs homologues français (même si les représentants syndicaux portent officiellement cette inquiétude). De fait, à ce jour, les diplômés étrangers contribuent à s'occuper du dirty job laissé par les diplômés hexagonaux, plus occupés à se rapprocher d'un travail proche du modèle médical.

Cette situation présente donc des différences institutionnelles avec le cas québécois où les barrières à la migration sont bien plus formelles : il est exigé de diplômés français s'installant au Québec d'avoir un parcours universitaire initial et de refaire ensuite une partie du cursus québécois (autour de 18 mois en général). Autrement dit, les conditions sont nettement plus dissuasives, limitant le nombre de migrants français (moins d'une dizaine par an au moment de l'enquête), malgré un exercice considéré, par les français, comme attractif (plus de droit de prescription, moins de subordination au médecin). Si dans le cas québécois les hiérarchisations n'ont pas été étudiées, les entretiens avec les kinésithérapeutes migrants laissent pour autant penser que des mécanismes similaires sont à l'œuvre : l'obligation de reprise d'étude est exigée par les québécois, et acceptée par les français, en raison de la nécessité de mieux maîtriser le diagnostic clinique. Cette rhétorique de l'importance du diagnostic, attribut des dominants dans le champ médical, rappelle alors à tous les acteurs que la profession québécoise est plus valorisée que la profession française et qu'il est donc légitime que les acteurs dominés se conforment aux exigences des acteurs dominants.



## **Bibliographie**

Abbott, A. D. (1988). *The system of professions : An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.

Freidson, E. (2004). *Professionalism : The third logic* (reprint). Polity Press.

Paradeise, C. (1984). La marine marchande française : Un marché du travail fermé? *Revue Française de Sociologie*, 25(3), 352.

Parsons, T. (1951). Social structure and dynamic process : The case of modern medical practice. In *The social system* (Ulan press, p. 288-322).

## **L'historien, un maillon clé dans le développement du système de santé depuis 2000 à 2023**

Jules Yao Yao, Université Félix Houphouët Boigny et Charles Kouamé Koffi, Hôpital de Adzopé et Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angré

**Mots clés :** L'Historien, Sécurité alimentaire, traitement, santé, médecin

### **Résumé**

Depuis plusieurs années, le monde de la santé est marqué par une situation particulière. Il s'agit de mettre en lumière tous les acteurs invisibles qui participent au développement de la santé. Ces métiers rattachés ou qui peuvent être rattachés à la Médecine mais qui sont ignorés ou négligés. Il est question de l'historien. Il étudie bon nombre d'aspects de la Médecine à travers la sécurité alimentaire. Ses travaux, sont utilisés comme bases de données par les médecins pour guérir des malades. Le traitement idéal des malades dépend des études historiques. Quelle est la contribution de l'historien dans le développement de la médecine ? L'objectif de l'étude vise à montrer les différentes approches des maladies, des patients et les thérapies appropriées pour y faire face. La mobilisation des données s'est accentuée autour de sources orales, écrites et audio-visuelles. A ces types de sources, nous avons appliqué des entretiens, la retranscription, la confrontation des informations.

### **Introduction**

Depuis bon nombre d'années, dans l'imagerie populaire des populations locales des sociétés, les médecins sont les seuls et vrais praticiens de la santé. Pour elles, leur guérison, elles la doivent exclusivement aux médecins. Cependant, cela reste une vision erronée dans la mesure où il y a plusieurs acteurs qui facilitent ou qui font un travail avant, pendant ou après l'exercice de la fonction du médecin. Il existe une personne qui veille sur le patient en amont ou en aval afin qu'il recouvre la santé mais qui n'est pas forcément le médecin praticien. C'est bien évidemment l'Historien à travers sa discipline l'Histoire option sécurité alimentaire. Cette branche historique traite des questions alimentaires, des méthodes d'alimentations des comateux, des compléments alimentaires, des thérapies de lutte contre les maladies nutritionnelles, alimentation artificielle ou naturelles, des avitaminoses, des apports caloriques, la diététique ...etc. Elle sert donc de base de données au médecin pour faire son diagnostic, son traitement médical. C'est une boussole qui oriente l'expert de santé. Cela lui permet d'être plus

efficace dans son travail. Or, cette catégorie de travailleur n'est pas perçue par les citoyens comme utile dans le processus de rétablissement du malade à l'hôpital et dans le domaine de la santé. L'Historien est effacé des projets de projections médicales alors qu'il est un des piliers indispensables de la santé. Dès lors, Quel est le rôle prépondérant de l'Historien dans le traitement médical des patients dans les centres de santé ? Il s'agit de montrer que l'Historien à travers sa discipline participe efficacement à l'avancement des progrès en médecine. Puis, les résultats des travaux historiques sont utilisés par des médecins pour faire des analyses cliniques, des traitements, des diagnostics et des prises en charge. En l'Historien informe les patients du danger lié à la malnutrition, l'anorexie, la boulimie, l'obésité, le diabète. Enfin, c'est l'Historien qui donne des connaissances sur les allergies alimentaires, les intoxications alimentaires, la maladies hydriques, et l'importance d'une bonne couverture sanitaire. La collecte des données s'est fait grâce aux sources orales, écrites, audiovisuelles. Nous avons procédé aux interviews directs et semi-directs pour en tirer la vérité historique des faits. Mieux, nous avons adopté la technique de retranscription des entretiens de façon fidèle. Pour les sources écrites, les tableaux, les rapports statistiques, les comptes rendus des institutions comme OMS, UNICEF, ACF nous ont permis de faire l'analyse par croisement spatio-temporelle. L'analyse s'articuler autour de trois (3) axes : La contribution de l'Histoire à l'évolution de la Médecine, la connaissance des maladies historico- culturelle et l'application des méthodes de traitements des maladies.

## I-LA CONTRIBUTION DE L'HISTOIRE A L'EVOLUTION DE LA MEDECINE

Les historiens pour participer à l'avancement des sciences médicales organisent leurs écrits autour de trois (3) centres d'intérêt : l'historique de la Médecine, l'état des lieux des techniques médicales et l'établissement de l'inventaire des réussites et échecs de la Médecine.

### 1- L'historique de la Médecine

En 2000, Les historiens ont pu retracer l'histoire de la médecine dans le monde (E. Miehi, 2022). Il s'agit de mettre l'accent sur les enjeux, les objectifs et les principes médicaux. L'Histoire nous montre les différents domaines ou les champs d'étude de la Médecine. Les travaux des historiens ont mis en exergue les priorités et les modes d'actions des médecins (J. Tchéro,2015). L'histoire de la santé est dite dans toute sa globalité. Les précurseurs en médecine comme Hippocrate sont présentés. Ainsi, nous observons l'exposition des différentes théories ou idéologies médicales qui sont mis en lumière. Aussi me plait-il, d'insister que dans la formation des agents de santé, il existe des modules sur l'histoire de la médecine montrant

l'évolution des maladies nutritionnelles, les traitements médicaux, les approches nutritionnelles thérapeutiques etc... Ces documents sont conçus pour la plupart par des historiens. Ces informations servent à perfectionner le médecin sur le terrain (G. Durand 2000). L'Histoire est une science utile pour les Sciences Médicales.

## 2- L'état des lieux des techniques médicales

Les historiens ont réussi à consigner les travaux des médecins et leurs techniques d'appréhender les maladies et les patients. Les écrits des auteurs comme A. Zran (2014) et J. Tchéro (2015), ont contribué à la connaissance du domaine médicale à travers l'apologie des différentes méthodes de curation des maladies. Anicet Zran (2014), véhicule les informations sur histoire du VIH / SIDA et les approches pour la prise en charge des malades au niveau sanitaire, alimentaire et médical. Quant aux travaux de (G. Meignan et N. Sahein 2018, p.223), ils exposent les méthodes de curation médicale tout en insistant sur l'importance d'une alimentation saine, équilibrée. Les approches des praticiens de la santé, sont mentionnées dans un document. Cela permet de voir et de retracer l'évolution de la Médecine et ses méthodes de travail (E. Miezan, 2016). Il a mentionné la question de la gestion des déchets issus des chirurgies, des restes analyses, des seringues dans les centres de santé.

## 3- L'établissement d'un tableau inventaire des acquis et ratés médicaux

C'est le bilan de l'action médicinale qui est fait. Nous constatons à travers les travaux de recherches d'historiens que la Médecine a certes fait des prouesses mais a eu des ratés (Y. Koné, 2018). Les forces de la Médecine sont perçues dans l'éradication ou l'atténuation de certaines infections alimentaires comme la Salmonellose, Shigellose (R. Hendriksen, 2010). Aussi faut-il ajouter que les écrits ont permis d'en savoir davantage sur la fièvre typhoïde, malnutrition (J. Yao, 2019). Par contre, les travaux historiques ont présenté l'échec des médecins face à certaines épidémies, pandémies et endémies dans le passé (J. Tchéro, 2014). A l'époque médiévale, avec la maladie de la peste et même aujourd'hui de la Covid 19, les médecins ont eu beaucoup de difficultés à contenir ces maladies. Il s'agit donc pour les chercheurs d'attirer l'attention de la société. Cela dit, la Médecine a fait des progrès mais elle possède également des failles. La médecine donne parfois des remèdes partiels d'où l'importance de revisiter les autres disciplines ou domaines pour en tirer plus de profit dans la lutte contre les maladies (UNICEF, IRC, 1998). On voit à travers les recherches, ce qui a été fait ou doit être pour la société soit totalement protéger des maladies quelconques. Mieux, pour

que le patient prenne ses médicaments correctement, il faut employer le même concept pour que le malade soit rassuré pour le traitement. Mais, bien évidemment, le médecin lui sait à quoi s'en tenir au niveau de la médecine. Dans les écrits d'historiens, on retrouve les remèdes qui ont été proposés et leur efficacité ou leur limite. Dans le cas du traitement de la malnutrition, on peut avoir recours à des ATPE. Nous observons les médicaments et les méthodes les plus utilisées et celles qui ont des conséquences. Grâce aux écrits de E. Miezian (2016), on se rend compte que le système sanitaire de gestion des déchets des hôpitaux n'est pas toujours efficace ou sans conséquence pour la société. L'Historien dans ses œuvres, renseigne sur les nouvelles méthodes de curation.

## II- LA CONNAISSANCE DES MALADIES HISTORICO-CULTURELLES ET LEURS THERAPIES

L'Histoire a favorisé la présentation des maladies historico-culturelles et leurs techniques d'éradication.

### 1- Les maladies historico- culturelles

En fait, il est question des maladies « connues » mais souvent appelées par d'autres terminologies locales, culturelles, religieuses, Ces maladies sont perçues par les populations différemment. Elles sont souvent fonction des localités, villages, des sous-préfectures, des régions, ou pays.

Par exemple au Niger, on a des écrits sur les maladies nutritionnelles qui montrent l'aspect culturel des peuples à prendre en compte. Car il faut en plus des remèdes tenir compte des approches socio-culturelles de l'individu. Ainsi, le diagnostic sera complet. Prenons le cas de figure suivant, au Niger, la malnutrition est appelée "Tomowa" par les habitants dans certaines régions. Pour eux, c'est une maladie qui a des causes spirituelles, surnaturelles. Donc, un médecin s'il ne sait pas approprier cette information chez l'historien, ne saura pas de quelle maladie il s'agit. Il sera difficile pour lui de savoir en fait que ce concept renvoie tout simplement à la sous-nutrition.

En Côte d'Ivoire, il y a une maladie appelée "Oiseau" par les populations rurales. Si vous êtes médecin qualifié que vous n'avez pas consulté les ouvrages d'historiens vous ne

saurez pas grandes choses sur ce mal. Or, il s'agit d'un paludisme sévère ou fièvre typhoïde avec son cortège de conséquences telles que le manque d'appétit, l'anémie.

Les maladies ne sont pas physiques. Elles sont surtout spirituelles, idéologiques (Lasdel, 2006, p.40). Dans l'imaginaire de ces populations, les maladies nutritionnelles ne sont pas issues du cadre de vie. (ACF, UE et Rayoua Karkara et ,2015). Ce sont des esprits. Pour cette population, ces maladies n'ont aucune cause nutritionnelle, sanitaire ou hydrique. Or cette vision est erronée.

## 2- Les techniques historico-culturelles des maladies

Depuis, plusieurs années, les populations atteintes de ces maladies « culturelles » pour se soigner, utilisent leurs propres méthodes. Ils ignorent les médecins. Ils refusent d'aller se faire consulter. Pour eux, la méthode de la Médecine est inadaptée ou inefficace. Ils utilisent des potions ou des recettes de toutes sortes pour se soigner. En Côte d'Ivoire, nous avons la maladie "Oiseau ". Ce thème local est propre aux contrées rurales ou urbaines ivoiriennes. Cela lui permet d'être plus efficace dans son travail. Or, cette catégorie de travailleur n'est pas perçue par les citoyens comme utile dans le processus de rétablissement du malade à l'hôpital et dans le domaine de la santé. L'Historien est effacé des projets de projections médicales alors qu'il est un des piliers indispensables de la santé. C'est un traitement à base de feuilles mélangé avec du beurre de karité pour se masser. A côté de cela, on a l'utilisation de la naphtaline à la vapeur pour un bain des malades. De plus, au Niger, les enfants atteints de "Tomowa" sont conduits chez des féticheurs, des prêtres, des imams (Entretien avec Harouna Oumarou,2016). Les prières ou les incantations mythiques pour les malades alors qu'il est question seulement d'une maladie nutritionnelle chronique. Aucun médicament n'est administré aux malades de ce type dans les sociétés africaines (Entretien avec Mohamed Sidi ,2016. Mieux, pour ces maladies, il existe des repas bien précis à consommer alors que souvent ses repas sont vides de micronutriments. En cas de complication de paludisme sévère avec son cortège de conséquences comme l'anémie, le manque d'appétit, l'amaigrissement...Il est préconisé de consommer du « gngangan »<sup>1</sup> sous toutes ses formes possibles. De plus, l'on vous recommande au niveau des boissons « les feuilles jaune amers » (Ignace Kouadio, 2017). En Côte d'Ivoire, toujours dans la lutte contre la malnutrition, les populations donnent du « Bangui »<sup>2</sup> au

---

<sup>1</sup> Grain d'une plante comestible en Côte d'Ivoire particulièrement dans le pays baoulé

<sup>2</sup> Boisson locale faite à base du vin de palme en pays Akan

nourrisson en substitut au lait maternel en cas de décès ou l'éloignement de la mère (Entretien avec Affoué Kouakou ,2017). Ce n'est pas le vin de palme fermenté mais le premier liquide qui sort du palmier. Pour eux, il n'est pas question d'aller consulter pour la prescription de compléments alimentaires ou lait infantile. Quant à l'éradication de l'anémie chronique, la consommation d'une potion particulière s'impose. Il s'agit de feuilles de manioc avec la boisson Coca Cola (Entretien avec N'Guessan Koffi, 2017). Selon eux, cette technique est très efficace contre toutes sortes d'anémies. En outre, les populations utilisent de la pâte de tomate concentrée avec des boissons comme Coca-Cola pour éradiquer le mal. Aussi me plait-il ajouter, la 3<sup>ème</sup> option de traitement de l'anémie. C'est la consommation du jus de "Hibiscus Sabdariffa"<sup>3</sup> appelé Bissap sans du sucre. Nous pouvons confirmer notre idée sur les techniques de curation traditionnelles à travers les 4 figures suivantes :

**Figure 1** : Substitut de lait maternel dans le traitement contre la malnutrition en Côte d'Ivoire (Bangui de la première préparation)



Source : Alamy

En cas de décès ou absence de la mère, la boisson est utilisée pour l'allaitement des nourrissons. C'est le substitut du lait maternel. L'enfant n'a pas besoin de compléments alimentaires. Il a juste besoin de ce vin de palme pendant la période d'allaitement.

**Figure 2** : Traitement contre anémie (feuilles de manioc + boisson Coca Cola ou bonnet Rouge)

---

<sup>3</sup> Oseille de Guinée

### Feuilles de manioc



+



Source : Alamy

En fait, la potion est faite comme suit : les feuilles de manioc sont écrasées et mises dans la bouteille de coca -Cola. Après quelques minutes, le jus est consommé par le malade.

**Figure 3 :** 2 -ème option de traitement contre l'anémie

Boite de tomate concentrée

+

Coca-Cola



Source : Auteur

Une grande quantité est pâte de tomate concentrée est mélangée dans la boisson de Coca cola. On remue afin d'obtenir une pate homogène très lourde. Ainsi, le malade peut l'administrer pour se soigner contre le manque de fer.

**Figure 4 :** Traitement contre le paludisme avec son cortège de conséquences (Gnangnan + jaune amer)



**Gnangnan**



**Jaune amer**



Source : SHUTTERSTOCK

En Afrique, il faut se traiter avec le "jaune amer" ou le "gnangnan" en cas de manque d'appétit. Certaines personnes conseillent même d'ajouter le mélange du vin de palme avec le gnangnan car cela est très efficace.

### 3- Les posologies des prescriptions des maladies « culturelles »

Généralement, la posologie de prise de médicaments des maladies « culturelles » n'est toujours ou véritablement réglementée. Les malades se soignent ces remèdes qui n'ont pas de notice de posologie. Ils utilisent les quantités de médicaments selon des doses qui peuvent être en excès ou inefficaces (Entretien avec Nadège Ouattara 2017). Cela peut constituer des sources d'aggravation de maladies nutritionnelles comme des allergies alimentaires, des intoxications alimentaires... Les potions des maladies « culturelles », restent problématique dans la mesure où le processus de l'utilisation des médicaments n'est pas toujours bien défini pour les patients. Les cas d'overdose, de crampes alimentaires, ulcères gastriques surviennent. Par conséquent, le médecin à travers les écrits des historiens sur la question des maladies ou maux, doit adopter la bonne mesure.

### III- L'APPLICATION DES METHODES DE TRAITEMENTS DES MALADIES

Après, avoir connu les types de maladies, de traitements ou d'approches, le Médecin peut passer aux traitements des patients de façon plus aisée. Il adopte les techniques purement scientifiques et les méthodes mixtes de traitements.

## 1- Les techniques « purement médicinales »

En 2000, Il est question, ici des compétences essentiellement scientifiques (K. Aziza, 2015). Le Médecin se sert des moyens de curation de ses prédécesseurs qui ont eu du succès. Il cherche à s'appuyer les travaux de ses collègues pour poser son diagnostic (ICPIC, 2021). Il applique les théories et méthodes des sciences médicales (Ministère de l'Hydraulique et de l'Environnement et Ministère de la Santé Publique du Niger ,2012, p.18). Les solutions proposées par la Médecine sont à valoriser (N. Gaudreau.et al. ,2022). C'est l'application stricte des règles médicales sur le patient sans vraiment de modification. Il ne s'agit pas d'inventer de méthodes mais de suivre celles existant déjà (OMS ,2013, p.2).

## 2- Les techniques « mixtes » de curation des infections

En 2023, Le médecin doit faire son diagnostic en associant, des techniques culturelles des maladies. Le médecin sait déjà à quelle maladie correspond la maladie culturelle du patient. Par conséquent, il faut son travail en conseillant au malade de prendre les médicaments sur plusieurs jours. Puis, il pourrait revenir le voir. Ainsi, par cette ruse, le patient prendrait ses comprimés en toute confiance. Autre scénario possible, le médecin dit qu'il sait de quelle maladie souffre le patient mais il doit faire les 2 traitements pour guérir mais cela n'est possible que s'il sait assurer qu'il n'aurait pas d'interactions avec les médicaments traditionnels. Cela dit, si le médecin rejette les approches culturelles des maladies. Ils ne vont pas suivre ces prescriptions à la lettre. En Afrique, la maladie, est un mal surnaturel ou invisible (J. Tchéro, 2015).

*C'est pourquoi celui-ci soutient que la représentation de la maladie chez les krou, a un double concept : tantôt religieux d'un blâme par les puissances célestes, tantôt maléfique d'un pouvoir occulte par le sorcier. La maladie est insérée dans l'histoire d'une personne et la connaissance des maux est ainsi basée sur des jugements de valeur. Le thérapeute n'est qu'un guide et le traitement thérapeutique, une médiation entre le justicier et le coupable (le malade) » (J. Tchéro ,2015).*

En 2023, c'est au médecin d'allier modernité et tradition tout en ayant à l'idée de trouver des stratégies subtiles pour coordonner les deux méthodes de travail. Et cela dans l'intérêt du malade et de la médecine. Nous sommes donc dans une médecine plus personnalisée. Le cas est traité en fonction des croyances culturelles et scientifiques. Ceci dit, il doit amener le patient à adopter la bonne hygiène de vie alimentaire tout en respectant ses croyances. Cette vision de

traitement est aussi préconisée par A. Zran (2014). Il est important de se questionner sur l'action médicale occidentale en Afrique Subsaharienne.

*« S'il reconnaît que l'effort consenti l'occident n'est pas à nier, il remet en cause les résultats sur le terrain, faute de coordination systématique entre les divers déterminants de la santé. Pour l'historien, la médication doit être considérée dans ses liaisons non seulement avec la science mais aussi avec le culturel (croyance, organisation et fonctionnement des relations sociales) » (A. Zran, 2014).*

Par ailleurs, le médecin s'il est informé des données historiques peut s'informer mieux sur les aspects de la nutrition et les maladies qui y sont liées. Dans le cas la malnutrition en Afrique, on sait que les raisons sont les tabous alimentaires, les interdits alimentaires (Issa Mano, 2016). Par conséquent, il peut conseiller aux patients la consommation d'aliments riches en protéines car certains aliments comme l'œuf, le poisson sont interdits à l'enfance dans nos sociétés traditionnelles africaines.

Aussi faut-il ajouter que, des campagnes médicales, peuvent être organisées dans des zones rurales. Ici, il faut connaître l'histoire de cette communauté, ses approches nutritionnelles, avant de s'y engager. Il faut utiliser des concepts locaux renvoyant au phénomène de santé de ces populations (Entretien avec Yacouba Hamadou 2016). Et cela n'est possible que pour celui qui a lu des travaux d'historiens. Par ailleurs, lorsque ce médecin abordera la question de santé, les habitants prêteront une oreille plus attentive (Entretien avec Fadima Soumana, 2016).

## Conclusion

Il ressort de l'étude que l'historien est un élément indispensable dans le développement des sciences médicales. Il est une sorte d'éclaireur pour le médecin. C'est lui qui pose les jalons d'un bon diagnostic médical. Il attire l'attention du médecin sur les meilleures approches ou techniques de certaines maladies ou infections dans la société. Par ailleurs, l'historien et le médecin sont donc complémentaires. N'est-il pas temps pour la société d'instaurer un service historique dans les centres de santé pour faciliter le développement véritable des prises en charge des malades ?

## Bibliographique

### Sources orales

NOMS ET PRENOMS DES INFORMATEURS	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	FONCTION	DATE DE DEROULEMENT DE L'ENQUETE	HEURE DE L'ENTRETIEN
OUMAROU Harouna	12/ 09 /1981 à Madarounfa	Paysan	Le 02 /08 /2016	à 8h 30 min- 9h13min
SOUMANA Fadima	23 /04 1987 à Tahoua	Comptable	Le 02/ 08 /2016	à 9h50 min- 10h
SIDI Mohamed	08 /11/ 1978 à Illéla	Enseignant	Le 02 /08 /2016	à 12h à13h 06 min
HAMADOU Yacouba	26/ 06 /1975 à Maradi	Eleveur	Le 02 /08 /2016	à 15 h 02 min - 16h30 min
MANO Issa	12/ 12/ 1973 à Birnin	Boucher	Le 02 /08 /2016	à 18h-19h.
OUATTARA Nadège	11/01/1985	Ménagère	Le 03 /08 /2017	à 17h -17h32 min
KOUAKOU Affoué	01/ 06/1952	Cultivatrice	Le 03 /08 /2017	à 8h40min - 10h07min
KOUAKOU N'Guessan	05/09/1986	Commerçant	Le 03 /08 /2017	à 10 h -11h 20 min.
KOUADIO ignace	05/02/1966	Paysan	Le 03 /08 /2017	11h45 min - 12H38 min

### Sources écrites

ACF, UE et Rayoua Karkara et , 2015, *Hygiène et assainissement en milieu scolaire* ,48 p.

- Aziza, K.,2015, *Antibiorésistance des salmonelles d'origine alimentaire et environnementale reçus à l'INH entre 2006 et 2014 [Diplôme De Master Sciences Et Techniques]*. [Université Sidi Mohammed Ben Abdellah Faculté des Sciences et Techniques]; 69p
- Durand Guy, 2000, *Histoire de l'éthique médicale et infirmière*, Autres éditions.
- Gaudreau Nancy, Cornut Guy, Marchand-Senecal X, Bekal Sadjia,2015, *Shigella flexneri with Ciprofloxacin Resistance and Reduced Azithromycin Susceptibility*, Canada, 2015. *Emerg Infect Dis* 2016 ; 22(11) : 2016-8.
- Hendriksen René ,2010, *Global epidemiology of non-typhoidal Salmonella infections in humans*. PhD Thesis.
- ICPIC, 2021, *Résumés extraits de la 6e Conférence internationale sur la prévention et le contrôle des infections*.
- Koné Yafoin Abouley ,2018, *La coopération alimentaire entre l'UNICEF et la Côte d'Ivoire de 1990 à 2012*, Mémoire de master, Histoire, Université Félix Houphouët Boigny (UFHB), Côte d'Ivoire.
- Laboratoire D'Etudes et de Recherches sur les Dynamiques Sociales et de Développement Local (LASDEL),2006, *La crise alimentaire de 2005 au Niger dans la région de Madarounfa et ses effets sur la malnutrition infantile, approche socio-anthropologique*, Etudes et Travaux, numéro 53, 72 p.
- Meignan Gouedan Richard et Sahein N'Guessan Hervé, 2018, « la lutte contre la malnutrition en Côte d'Ivoire de 1988 à 2015 : enjeux et résultats » *Trajectoires*, Edition Gresso, numéro 3, pp.221-244.
- Miehi Eloge ,2022, *Maladies d'origine alimentaire et instauration du système colonial en Côte d'Ivoire (1893 à 1920)*, Mémoire de master d'histoire, Université Félix Houphouët Boigny (UFHB), Côte d'Ivoire, 145 p.
- Miezan Essou Koffi Benjamin, 2016, *La gestion des déchets sanitaires au Centre Hospitalier Universitaire de Cocody*, Mémoire de master, Histoire, Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire, 116 p.
- Ministère de l'Hydraulique et de l'Environnement et Ministère de la Santé Publique du Niger, 2012, *Stratégie de promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base au Niger : Annexe volume B : Méthodes et Outils IEC proposés dans le cadre du volet assainissement du PNAEPA*, 38 pages.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2013, *Aide-mémoire N°330 sur les maladies diarrhéiques*, 4 pages.
- Sanhein N'Guessan Hervé,2019, *la lutte contre la malnutrition en Côte d'Ivoire : le chemin parcouru de 1988 à 2015*, Chisinau Editions Universitaires Européennes, 200p.
- Tchéro Zokou Joachim, 2015, *Santé et développement en Afrique Subsaharienne. La maladie : approche historique, d'hier à aujourd'hui*, Harmattan, 216 p.

UNICEF, IRC ,1998, « Manuel sur l'hygiène et l'assainissement en milieu scolaire », 80 pages.

Yao Yao Jules, 2019, « Chronicité pathologique et les réponses familiales au Niger de 2005 à 2010 », *Revue Ivoirienne des Lettres, Arts et Sciences Humaines (RILASH)*, numéro 43, Tome 2, pp.65-75.

Zran Toily Anicet ,2014, l'histoire du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne : cas de la Côte d'Ivoire de 1985 à aujourd'hui, Thèse de doctorat, Histoire, Université Félix Houphouët Boigny.

## **Au sommet mais invisibles : la construction professionnelle fragile des directeurs d'hôpital dans le monde de la santé français.**

Héloïse Halliday, Université de Bourgogne et Florent Schepens, Université de Franche-Comté

### **Introduction**

Le modèle de gouvernance hospitalière français est fondé sur une distinction des voies hiérarchiques administratives et médicales – autrement dit, les hôpitaux, depuis l'avènement de la fonction de « directeur d'hôpital » (DH) en 1941, ne sont plus dirigés par des médecins (Schweyer, 2001). Si le vécu des professions soignantes à l'hôpital est souvent étudié par les sciences sociales, il n'en va pas de même du groupe professionnel chargé de la gouvernance administrative hospitalière, à savoir les DH. C'est sur la construction professionnelle et les vécus de cette population spécifique, « petit corps » de la haute fonction publique hospitalière, que portera notre communication. Les données sont issues d'une recherche interdisciplinaire entre psychologie et sociologie.

Si dans notre titre nous avons mis l'accent sur la construction professionnelle des directeurs, précisons que celle-ci est loin de ne se faire qu'au moment de leur formation initiale : la socialisation professionnelle se déroule tout du long de la carrière et semble s'appuyer sur des acquis antérieurs à la formation. Cette formation se réalise dans l'interaction : la notion très utilisée par nos informateurs de « positionnement » indique une démarche dynamique d'ajustement des façons d'être et de faire des acteurs en présence, ce que Devereux nommait des « comportements complémentaires » (Devereux, 2012). Ainsi une partie des comportements affichés par les directeurs seront tributaires des réponses de leur environnement, déterminant une position qui dit plus de l'équilibre des forces et de l'ambiance de l'établissement et de l'équipe de direction dans laquelle ils se trouvent que de leur personnalité.

### **Méthodologie**

Notre recherche exploratoire initiale sur le vécu des directeurs d'hôpital a été menée entre mars et juillet 2021. Si les résultats ont été caractérisés par la prégnance de la crise sanitaire, ils nous ont également beaucoup appris des conditions dans lesquelles le groupe professionnel des directeurs d'hôpital exerce et pense ses fonctions. Ces premiers contacts ont permis la poursuite des échanges et de la recherche, notamment lors d'événements institutionnels et de sessions de

restitution des résultats, mais aussi le développement de dispositifs nouveaux comme l'organisation de groupes de co-développement (Payette & Champagne, 2005) avec des élèves directeur d'hôpital sur leur lieu de formation.

Notre corpus princeps compte 33 entretiens de directeurs et directrices (chefs d'établissement et adjoints de CHU et de CH) et les enregistrements de quatre séances d'un *focus group* conduit avec des membres de l'équipe de direction d'un CHU. Ces verbatims seront désignés par leurs codes. Les pistes ouvertes par ces entretiens et nos contacts réguliers avec cette profession nous ont permis de mieux comprendre les tensions sociologiques et psychiques propres au corps des directeurs d'hôpital, dont ceux et celles qui incarnent cette fonction doivent traiter les conséquences dans leur activité quotidienne. L'analyse et l'affinage des données que nous avons conduit entre mai 2022 et ce jour sera restituée de façon complémentaire sous forme d'observations de terrain. Cette analyse a été conduite de façon inductive, exploratoire et interdisciplinaire, impliquant d'emblée sociologie et psychologie dans une perspective presque clinique, en tout cas d'une certaine proximité avec l'objet étudié (Paillé, 2011).

Il est un point important sur l'historique de la recherche : le projet initial est celui, parmi ses deux protagonistes, de la psychologue. C'est elle qui a une familiarité avec ce terrain et qui l'a ouvert au sociologue. En ce début de collaboration, le matériel a été essentiellement récolté par la psychologue. Ainsi, et même si les méthodologies qualitatives utilisées sont très proches, les différences disciplinaires restent importantes : par exemple, la psychologie tente de saisir la *parole vraie*, la sociologie cherche à situer socialement cette parole. Dans ce premier temps de collaboration interdisciplinaire qui a porté les fruits que nous allons présenter, il a manqué quelques données au sociologue pour approfondir ses analyses. Les résultats sont donc ceux d'un travail encore en cours, dont l'analyse progresse par strates et objets successifs afin de saisir la professionnalisation et l'expérience vécue des directeurs d'hôpital dans sa globalité.

### **Un constat : la violence vécue dans l'isolement**

Confrontés à la nécessité de prendre des décisions ayant toujours, *in fine*, un effet sur la prise en charge des patients, les DH peuvent être décrits comme des professionnels émotionnellement « esseulés » (Delony, Lértora, & Croffie, 2017), appartenant à un groupe professionnel marginal et souvent marginalisé à l'hôpital, malgré les apparences de pouvoir symbolique que leur pouvoir hiérarchique, celui-là bien réel, leur confère aux yeux du grand public. Une caractéristique toute particulière de ce groupe professionnel est précisément de ne



pas arriver à faire « corps » ou « collectif ». Nous avons mis en avant, dans un précédent écrit, le repérage possible d'un fonctionnement des équipes de direction, et plus globalement des directeurs vis-à-vis de leur corps professionnel, en « silos affectifs » (Haliday & Schepens, 2023, in press).

La notion de « professionnels esseulés » (*lonely professionals*) initialement développée par Delony et ses collaborateurs (2017) pour décrire la situation des *leaders* culturels et des magistrats décrit bien, du point de vue de la réalité psychique, les enjeux de l'exercice de la direction que la pandémie a actualisé, et notamment la charge mentale et décisionnelle du travail quotidien : « *un nombre important de cas, des décisions stressantes, des limites fines entre vie professionnelle et personnelle, le poids du prendre soin d'un grand nombre de personnes dans leur communauté et [...] le poids considérable de stress traumatique secondaire* ». Prétendre à une solidité sans faille dans une institution aux prises avec des phénomènes humains extrêmes (la naissance, la maladie, la mort) constitue le lit de ce qu'une interviewée a pu décrire comme « la violence du métier » de directeur :

*« En fait je pense qu'on sait très bien les failles, on sait très bien les difficultés, sauf que dans nos métiers on n'a pas le droit de dire qu'on a des failles et des difficultés ce n'est pas possible, puisqu'on représente le... pffff, quelque part quelque chose qui doit être solide [...] (02D50)*

La répression émotionnelle est cependant vécue, par ces directeurs, comme la condition pour tenir leur rôle et, plus encore, pour assurer cette fonction particulière de réassurance des équipes avec lesquelles ils travaillent. Celle-ci permet une prise de distance temporaire avec ses propres contenus psychiques mais prend le risque d'un éloignement du sujet de lui-même et de ses pairs. Face à cette position solitaire du point de vue affectif et groupal, les directeurs d'hôpital semblent rencontrer certaines tentations et élaborer certaines tentatives pour se faire une place dans un monde hospitalier qui les soupçonne d'avoir un « *porte-monnaie à la place du cœur* »<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> L'expression nous a été transmise par un élève-directeur d'hôpital.

## **Tentations et tentatives pour sortir des marges et de l'esseulement**

Explicitons d'emblée que tentations et tentatives n'ont pour nous pas le même sens. La tentation se réfère au désir, et plus spécifiquement au désir de ce qui est défendu. Lorsque nous parlons de certaines stratégies comme des tentations, nous nommons une inclination désirante mais non-réflexive, autrement dit une pente dans laquelle les protagonistes des marges du soin que sont les directeurs d'hôpital s'engagent avec le désir d'y gagner quelque chose – nous nous référons ici au « principe de plaisir » freudien, cherchant tout autant le gain de plaisir que l'abaissement de la tension psychique. La tentative, elle, relève de l'action, du travail vers un objectif que l'on sait incertain ou périlleux. Nous utiliserons ce terme pour parler de deux manières de faire avec l'identité marginale de directeur en créant des collectifs de tailles et d'échelle de référence variés, en tous les cas destinés à aider le directeur à se rattacher à d'autres, à lui offrir des pistes identificatoires grâce à la circonscription d'objets communs du travail ou de l'investissement psychique. La différenciation entre tentation et tentative est heuristique : elle permet une lecture à nouveaux frais de l'illusion biographique de Pierre Bourdieu. Tenter de justifier ce que l'on est actuellement par son histoire personnelle est une manière, dit Bourdieu, de donner de la cohérence à une trajectoire, la légitimant dans le même temps. Nous tenterons précisément de montrer comment ces tentations et tentatives visant à trouver une légitimité différente faisant sortir les directeurs de la marge se heurtent au réel de la vaste pluriprofessionnalité de l'hôpital public, mais aussi à des injonctions contraignantes externes qui re-situent l'hôpital dans un système plus global de santé dont il n'est qu'un maillon parmi d'autres.

### ***La tentation identitaire d'un « tous soignants »***

A de multiples reprises lors de nos immersions dans les lieux et événements des corps de direction, nous avons pu entendre un discours assimilant l'ensemble des hospitaliers à des « soignants ». Cette tentation identitaire, qui englobe l'ensemble des personnels hospitaliers au motif que tous « sont là pour le patient », est souvent mal perçue par les personnels de soins eux-mêmes, médicaux comme paramédicaux : au-delà des louables intentions de travail à l'hôpital, lorsque celles-ci sont présentes, la violence du réel clinique est sans commune mesure avec ce que vivent les professionnels des secteurs administratif, technique et logistique. L'écueil dénoncé consiste à réduire l'écart géographique et symbolique séparant les équipes de direction des patients jusqu'à, dans les termes en tout cas, mettre directions et personnels soignants sur le même plan. Certains directeurs tentent d'éviter les effets délétères de ce jeu lexical en parlant non de « professionnels de terrain », mais de « professionnels du soin direct » et de

« professionnels de soins indirects » (DRH, terrain R.). De même, d'autres directeurs peuvent filer la métaphore du colloque singulier médecin-malade en se positionnant comme les soignants d'organisations en difficulté : « *ce pour quoi on est là c'est soigner les gens... enfin soigner l'institution quoi* » (élève DH, groupe de co-développement de 2<sup>e</sup> année). La directrice de l'EHESP, école qui forme les professionnels de direction, étant médecin de formation, a également récemment dit des directeurs, lors de la conférence annuelle de leur association de corps, qu'ils étaient des « soignants du collectif ».

Cette première tentation assez classique dans le monde de la santé, dont la légitimité des métiers dépend souvent aux yeux du grand public de la proximité réelle et affichée avec le malade, dit quelque chose qui mérite cependant de ne pas être relégué à une analyse purement instrumentale de l'image positive du soin dans notre société : de nombreux directeurs ont en effet un attrait particulier pour l'hôpital, ou une histoire personnelle les ayant mené à vouloir se rapprocher du monde du soin, plus globalement du *care*. Certains ont dans leur famille des médecins ou des cadres du médicosocial, d'autres ont commencé par des études d'infirmier ou d'assistante sociale, d'autres encore ont vécu la maladie de proches au moment de choisir leur voie d'études. Beaucoup ont en commun d'être sensibles à la mission d'assistance à autrui que Rault-Doumax nommait, lorsqu'elle atteignait son paroxysme, la « mystique hospitalière » (2005). Ainsi, à rebours de l'idée que les jeunes passant le concours seraient là par hasard ou par opportunisme, nos entretiens montrent au contraire des parcours qui, s'ils n'en appellent pas pour autant à une vocation, conjuguent déterminations sociales - rares sont les fils et filles d'ouvriers qui deviennent DH - et psychologiques :

*« et donc je suis allée jusqu'en maîtrise et en maîtrise de droit public je me suis dit mais qu'est-ce que tu vas faire de ta vie ? Je ne voulais pas être inspecteur des impôts, je ne voulais pas être inspecteur de je ne sais pas quoi, et alors il faut savoir que ma mère était infirmière au CHU de C.... [...] et, un jour ma mère elle avait décroché une affiche qui était affichée dans l'hôpital, "Devenez directeur d'hôpital, faites l'ENSP", ça s'appelait comme ça, elle avait enlevé les punaises elle avait volé l'affiche et elle m'apporte l'affiche et elle me dit "hé bien pourquoi tu ne ferais pas directeur d'hôpital ? » (entretien 01D62)*

Dans une perspective de pure sociologie des groupes professionnels, nous aurions souligné que l'hétérogénéité des références mobilisées par les DH (médecin, infirmière, assistante sociale, malade...) est telle qu'elle ne peut être explicative du choix de carrière : tout le monde connaît un malade, mais tout le monde ne devient pas DH. La sociologie des groupes

professionnels ne cesse de le montrer : n'importe qui ne peut pas devenir n'importe quoi. L'origine sociale et les expériences socialisatrices qu'elle permet influent sur l'avenir professionnel des personnes. Cependant, au-delà de l'illusion que les DH se référeraient *systématiquement* – ce qui reste à vérifier – au monde du *care*, tentation interdite car identification refusée par les soignants, il nous semble qu'il faut voir une recherche de légitimité des personnels de direction pour ce *situs*. La tentation ne dit rien du choix de carrière mais souligne des tensions entre un status de haut fonctionnaire et un *situs* hospitalier.

Ainsi, les directeurs d'hôpitaux, si leur travail ressemble à celui de bien des dirigeants, ont ceci de particulier qu'ils doivent s'adapter au paradigme soignant, puisque dans une institution qui soigne et dont les professionnels doivent eux aussi être soignés, ils sont mis en position de coordonner ce soin très particulier apporté non seulement à chacun, mais à l'organisation elle-même. Cette stratégie pour conserver, dans les représentations sur l'hôpital, une certaine légitimité, rencontre le refus de la communauté des personnels médicaux et paramédicaux, qui en termes identitaires perdrait à se retrouver dans la même catégorie que ceux qu'ils appellent souvent « l'administration ».

Dans certains de nos terrains les plus récents, les directeurs ont ainsi choisi, pour se faire une place aux côtés d'autres hospitaliers, une autre approche, et ont dessiné un périmètre un peu différent de la communauté à laquelle ils se sentent appartenir.

#### ***La tentative d'une communauté de « managers hospitaliers »***

Dans le Centre Hospitalier EM, 2200 professionnels environ à son actif, l'équipe de direction est menée par une cheffe d'établissement très inspirée par certaines méthodes de coaching, et par le courant de la sociocratie (Laloux, 2017). La première autrice de ces lignes l'avait rencontrée il y a plusieurs années à un événement de la communauté des directeurs : elle venait présenter le « projet managérial » de son établissement avec l'une de ses adjointes. Ce projet managérial a démarré en 2017, et possède les caractéristiques de ce que le courant de la psychothérapie institutionnelle (Oury, 2001), nommait la « machine abstraite » du Collectif : ce projet, dans lequel l'ensemble de l'équipe de direction est impliquée, même si c'est à des degrés divers, possède plusieurs ramifications, sortes d'outils, de mini-institutions ayant chacune sa fonction propre, mais allant toujours dans le sens de « l'intelligence collective » et d'une certaine « vision » :

- il a commencé avec des « espaces de co-élaboration et de dispositifs d'accompagnement » : des séminaires du CODIR (classique), des « revues de direction » sans présence de la directrice générale, des ateliers de co-développement des cadres de santé, des « cafés gourmands » le midi avec les managers de tous secteurs de l'hôpital,

- après un questionnaire ayant recueilli 75% de participation des managers dans le cadre du projet social en 2018, de nombreux projets pilotes ont émergé : le « Lab' des managers » pour former les nouveaux managers ensemble et de façon transversale, un recrutement collectif des nouveaux personnels du comité de direction, avec une méthode à mi-chemin entre le test projectif et le photolangage utilisant des cartes du jeu Dixit, l'idée d'un « projet médical vivant », c'est-à-dire évoluant en permanence avec des projets soumis par les chefs de service que l'établissement fait en sorte de promouvoir et rendre possible rapidement, des ateliers de coaching individuels proposés aux managers, etc.

L'immersion dans cet établissement incluant la participation à un « café gourmand » a permis l'observation suivante :

*La DG vient me chercher et nous marchons jusqu'au lieu où se trouve le café gourmand, en discutant de ce qui se passe actuellement dans l'établissement. Lorsque nous arrivons au café gourmand, il y a tout un dispositif qui a déjà mis en place par le secrétaire général : 3 tableaux, l'un avec un post-it de couleur jaune destinée aux « questions », l'autre avec un post-it de couleur rose destiné aux « idées », et le 3e avec des post-its de couleur verte destinés aux « succès ». Il y a des petits fours qui nous attendent. Nous sommes dans une grande salle de représentation avec des chaises agencées dans un grand arc de cercle. Les personnes se disent bonjour, nous sommes effectivement plus de 30 à cette réunion. C'est le secrétaire général et la DG qui l'animent, ils font se présenter les personnes qui viennent pour la première fois qui lèvent le doigt et se présentent ; je me présente aussi. Lorsque je les vois animer la réunion, debout avec un micro, je repense à ce que disait le secrétaire général au sujet de ce qui était souvent renvoyé à ce centre hospitalier, de son caractère un petit peu ésotérique. Effectivement la réunion à laquelle j'assiste donne l'impression d'une grande manifestation Apple, on sent en tout cas l'importance de la présence et du charisme de la directrice générale. Il y a tout un rituel qui est utilisé, nommé comme cela. Il implique de démarrer avec des exercices d'inclusion : le premier exercice consiste, potentiellement en se levant de sa chaise et en allant à la rencontre de quelqu'un qu'on ne connaît pas, à briser la glace en s'expliquant ce que nous voudrions avoir accompli d'ici la fin du mois suivant. J'ai dit dès le départ que je serais*

*observatrice mais participante au même titre que les autres, et c'est donc la responsable des travaux qui vient me trouver pour faire l'exercice. Il y a un 2e exercice d'inclusion, qui consiste à ce que chacun note sur un post-it en un mot ce que lui inspire le projet managérial. Nous collons les mots sur le tableau, le secrétaire général en lit quelques-uns à voix haute. (journal de bord, février 2023)*

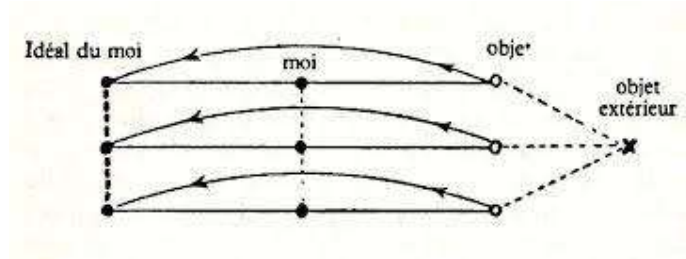
Au-delà de la référence permanente au coaching et à plusieurs éléments de développement personnel (on trouvera par exemple la référence aux *Quatre accords toltèques* dans le bureau d'une DRH d'un établissement similaire (Ruiz, 2016)), le fait que le secrétaire général et la DG mènent le café gourmand est notable, tout comme leur manière de faire : inclus dans le collectif, ils participent aux exercices – deux autres directeurs sont d'ailleurs dans la salle –, font le travail de maîtres de cérémonie, ce qui implique également de s'« exposer », par exemple lorsque parmi les questions arrivent le budget total de l'hôpital et la possibilité ou non de réaliser des travaux attendus.

L'ensemble du projet managérial est conçu par la direction comme une façon de créer du lien entre managers. Cette identité, de fait, est transversale aux divers secteurs qui font fonctionner un hôpital, et évite l'écueil de l'appropriation du cœur de métier hospitalier (le soin) au profit d'une vision plus réaliste du cœur de métier de directeur, à savoir la gestion des relations humaines permettant le travail. Si dans l'analyse qu'en font les directeurs il s'agit avant tout de donner les moyens aux cadres organisant les activités quotidiennes de faire leur travail et « prendre une respiration », la vision de la cheffe d'établissement est au centre du dispositif. L'équipe de direction assure ici sa légitimité parmi la communauté des managers, dans une démarche par ailleurs sincère de travail sur soi : lors d'un colloque où nous intervenons par hasard avant la directrice générale et le secrétaire général du CH EM, le champ lexical est celui de l'« authentique », d'être-là, d'être « humain », d'être « soi-même », de « diriger avec son cœur », ou encore cette proposition de façon de travailler : « *apprenez à vous connaître et à connaître vos équipes* ».

Il est cependant intéressant de noter que de l'avis même des directeurs travaillant dans cet établissement, comme de l'avis de ceux qui gravitent dans ses entours et connaissent son mode de management, le caractère relativement déhiérarchisé et collectif de la démarche donne le sentiment d'un ésotérisme qui laisse dubitatif. Si la création d'une culture interne marquante semble permettre aux directeurs de se loger parmi une catégorie plus générale d'acteurs

hospitaliers, ce qui est protecteur, l'hermétisme de cette culture aux yeux des autres contribue cependant à les isoler de leurs pairs, du fait de leur façon de travailler et de leurs aspirations – un directeur formulera la chose ainsi : « *aux colloques, on voit toujours les mêmes* ».

Ces deux stratégies, l'une identitaire (le « tous soignants »), l'autre plus axée sur l'action collective, sont à notre sens des défenses visant à conférer au métier de directeur une dimension narcissisante et permettre l'identification des directeurs entre eux, mais plus encore à d'autres groupes professionnels de la communauté hospitalière. Dotant directeurs et professionnels hospitaliers d'un objet extérieur commun (le bien-soigner, le bien-manager), ces stratégies visent à permettre une identification qui situerait les individus sur le même plan dans leur attachement à un objet commun, selon un principe qui n'est pas sans rappeler le schéma de constitution d'une foule tel que dessiné par Freud (Freud, 1921/1981), mettant l'accent sur l'identification en premier lieu des sujets à un même objet extérieur, permettant dans un second temps l'identification des « moi », et ainsi le sentiment de similitude et de communauté.



*Formule de l'identification structurante les foules selon Freud.*

### ***La tentation corporatiste comme défense***

Cette tentative de former une communauté de manager avec comme modèle de référence la grande entreprise et les dirigeants qui vont avec souligne un manque : celui du corps professionnel. Pourquoi les DH, en tant que haut-fonctionnaires, ne font-ils pas plus preuve de corporatisme pour s'imposer dans l'univers hospitaliers ? Pourquoi se contraignent-ils à louvoyer entre une identité soignante qu'on leur refuse et des expérimentations pour faire naître un collectif ? Ils ont les ressources nécessaires, notamment via leur trajectoire universitaire (souvent Sciences-Po avant leur école de référence, l'EHESP) mais ils ne les mobilisent pour ainsi dire pas. Si on retrouve quelques amitiés fortes issues de leur promotion étudiante, les sentiments de méfiance, voire de défiance, ne sont pas absents vis-à-vis de leurs anciens camarades. Dans ce « petit corps » (les DH sont en France quelques milliers seulement) de dominants, au sens de Pierre Bourdieu, le fait de ne pas s'appuyer sur leur capital social, sur les

réseaux d'interconnaissances résiste encore largement à l'analyse. C'est d'ailleurs avec quelques surprises que nous avons vu apparaître l'importance du choix de la structure syndicale dans l'organisation de ce monde professionnel. Pleins de préjugés, nous nous attendions à ce que les DH s'appuient sur les fraternités d'anciens élèves que sur un outil habituellement réservé aux classes moyennes et populaires. La tentation corporatiste cependant est toujours présente lorsque revient la question de la « médicalisation de la gouvernance » et avec elle le spectre de la perte de leur statut de « dirigeant » (Schweyer, 2006).

En tant que haut-fonctionnaires, les directeurs d'hôpital ne peuvent pas ouvertement s'opposer au « tandem » de direction « administratif et médical » proposé par le Président de la République Française lors de ses vœux au monde de la santé début janvier 2023 : *« ce que je souhaite, c'est [...] qu'on puisse mettre à la tête de nos hôpitaux un tandem, un tandem administratif et médical [...] je pense que c'est une bonne chose pour que tout le monde travaille bien ensemble main dans la main »*<sup>2</sup>.

La plupart d'entre eux confient d'ailleurs déjà pratiquer ce mode de gouvernance binomial. Il n'en reste pas moins que les DH restent vigilants, car les tensions entre les autorités de tutelle et les directeurs se sont accrues durant la période de la crise sanitaire et après, du fait d'une série de mesures qui ont été ressenties comme des mises en difficulté des directeurs (déprogrammations d'opérations durant la crise, ou encore la loi « Rist » encadrant les rémunérations médicales dans les centres hospitaliers publics).

Ainsi en va-t-il de l'intervention d'une administratrice d'Etat haut placée au Ministère de la Santé, et plus particulièrement dans la Direction Générale de l'Offre de Soins. Celle-ci, incarnant donc la tutelle gouvernementale, était invitée lors d'un colloque de l'Association des Directeurs d'Hôpital. Position inconfortable consistant à porter la parole gouvernementale dans un parterre d'administrés. Face aux questions de « Qualité de vie au travail » des directeurs, à l'irruption dans les interventions précédentes de la notion de « management bienveillant », cette administratrice répond : *« le lieu de travail c'est un lieu de rapport de forces et de conflictualité »*, et signale aux directeurs qu'en s'engageant dans cette profession, ils avaient aussi signé pour cela. La phrase fait polémique. En *off*, et à de multiples reprises lors de nos passages dans nos hôpitaux-terrains, cet épisode sera relaté avec indignation, comme la preuve

---

<sup>2</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=hThqDijhN0A>



de la maltraitance ressentie et verbalisée par les directeurs en parlant de l'Etat : « *nous sommes peut-être les premières victimes de la bureaucratie, nous avons à appliquer l'avalanche de textes* », avec des tutelles faisant passer le message que « *gérer des injonctions paradoxales ça fait partie du métier* ».

Cette difficulté a été particulièrement mise en lumière avec la réforme dite de l'ordonnateur et du comptable, que certains syndicats de directeurs et cadres du milieu hospitalier ont brandi comme ayant été faite « dans le dos » des hospitaliers<sup>3</sup>. Cette réforme implique en effet un régime de responsabilité pénale qui impute la responsabilité du bon usage des deniers publics aux ordonnateurs des dépenses, donc aux directeurs, et plus aux comptables. Le problème concerne tout particulièrement les salaires médicaux : en tant que directeur, comment choisir entre le fait de fermer des services fautes de médecins statutaires, ou de maintenir ces services ouverts en signant, comme le notait une cheffe d'établissement, des « payes illégales » du point de vue de la réglementation ? « Ce qui ne change pas », disait cette même cheffe d'établissement, « c'est la solitude du directeur » : solitude dans la décision finale, mais aussi dans la responsabilité individuelle qu'il peut se retrouver à endosser au nom des décisions prises pour son établissement.

Haut-fonctionnaires soumis à l'obligation de réserve, les DH font entendre dans les événements organisés par le groupe professionnel leur malaise. S'ils sont, de ce que nous avons pu en voir, d'accord sur le constat général, les organisations catégorielles semblent démunies et impuissantes à proposer des ressources permettant à leurs membres de mieux vivre au travail. Leur autonomie, ce « savoir se débrouiller seul » éminemment lié à leur position sociale, prend les tournures d'un individualisme isolationniste, les condamnant à affronter seul les difficultés du travail (les relations avec les soignants, les relations avec l'Etat). Les DH n'auraient-ils pas les moyens de leur autonomie ?

### ***Des tentatives de conserver son autonomie et de construire des espaces de solidarité***

Ainsi vient le dernier élément : les DH tentent, lors de leurs nombreux événements professionnels, par des communiqués diffusés sur les réseaux sociaux, des enquêtes sur leur qualité de vie au travail (on doit la dernière en date – 2021 – à leur association catégorielle), des liens avec leurs promotions de formation, de trouver des espaces de solidarité. Il ne s'agit

---

<sup>3</sup> Pour une réaction de l'un des syndicats hospitaliers expliquant également les risques encourus par les DH, voir : <https://www.chfo.org/2022/02/10/une-nouvelle-reforme-dans-le-dos-des-ordonnateurs-hospitaliers/>

cependant pas tant d'espaces où ils « trouvent » cet objet exogène et tant recherché que serait la « solidarité », la capacité et la volonté de se soutenir, que d'une laborieuse création d'espaces-temps dont les conditions leur permettent d'interagir autrement que déterminés par les modalités concurrentielles de leur avancement de carrière. Les DH, en effet, ont comme souvent dans le secteur public un système de rémunération permettant de compenser un salaire tout à fait honorable mais faible face au privé par un ensemble de primes, dont des primes d'atteinte des objectifs. Ces primes sont décidées par les chefs d'établissements pour les directeurs adjoints, par les Agences Régionales de Santé, sortes de Ministères de la Santé décentralisés, pour les chefs d'établissement eux-mêmes. La carrière des DH, gérée par le « Centre National de Gestion », est également régulée par des injonctions à la mobilité imposant de prendre des postes différents et dans des établissements différents. Les contraintes familiales et l'impossibilité de quitter un territoire mettent parfois en concurrence pour un poste des DH qui se connaissent, voire travaillent dans la même équipe au moment où ils postulent ailleurs. Cette organisation de l'obtention des meilleurs morceaux du gâteau (un « bon » poste, autrement dit prestigieux et proche du chef d'établissement, un « bon » chef, un « bon » établissement, aux finances pas trop catastrophiques) commence dès la recherche des stages lors de leur formation, puis de leurs affectations à la sortie de l'école. Nos séances de groupes de co-développement avec des élèves-directeurs, qui supposaient des immersions de plusieurs jours dans leur école, nous ont indiqué qu'un apprentissage implicite semblait avoir cours durant la formation, selon lequel trop s'ouvrir à d'autres pourrait leur nuire : se construire une réputation de personne fragile, donner des informations qui permettraient à autrui de ravir un contact pour un poste intéressant. Ainsi certains élèves avaient-ils refusé de participer à ces groupes en apprenant que d'autres membres de leur promotion, à qui ils ne faisaient pas confiance, avaient décidé d'y venir. A certains égards, que nous souhaitons investiguer dans une prochaine recherche, la difficulté des DH à faire corps et ainsi défendre leur autonomie nous semble se confronter à une « organisation de la défiance » tout au long de leurs cursus et de leur carrière, que l'ensemble des espaces dans lesquels ils cherchent des pairs tente par la suite de contrecarrer ou de réparer. Privés de parole publique au motif du « devoir de réserve » des fonctionnaires publics - à l'exception de communiqués d'organisations professionnelles ou syndicales -, les DH manquent d'occasions et d'outils pour faire groupe, dans la mesure où le processus groupal nécessite un partage imminent d'éléments intrinsèquement considérés comme « à risque », à savoir les points de fragilité et les émotions.

## **Conclusion**

Face à un groupe professionnel placé dans une position étrange et marginale – supposément dominants avec des réflexes de dominés, corporatistes sans toutefois réellement arriver à faire groupe – à l’intérieur d’établissements pourtant mis sous leur responsabilité, nous avons tenté de comprendre la professionnalité des DH, au sein d’un système très pluriprofessionnel, comme devant avant tout composer avec un certain nombre d’autres, subordonnés, collaborateurs et tutelles. Cette composition se fait à notre sens selon une dynamique de tentations et de tentatives dont nous avons essayé de cerner les contours, et de décrire les limites. Si nos résultats vont dans le sens d’une paradoxale existence des directeurs à la marge du soin et de l’hôpital plutôt qu’en son centre, la démarche exploratoire et inductive de notre étude nécessite un travail permanent de correction et d’affinage de nos propositions, qui est à l’heure actuelle toujours en cours.

## Bibliographie

- Delony, J., Lértora, I. M., & Croffie, A. L. (2017). The Lonely Professionals : A Case for Group Therapy With Resistant Influentials. *Vistas Online*. Retrieved from <https://www.counseling.org/knowledge-center/vistas/by-year2/vistas-2017/docs/default-source/vistas/group-therapy-with-resistant-influentials>
- Devereux, G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (Flammarion). Paris.
- Freud, S. (1981). Psychologie des foules et analyse du moi. In *Essais de psychanalyse* (pp. 123–217). Paris: Payot.
- Haliday, H., Schepens, F. (2023, in press). Reconfigurations de l'activité et des relations interprofessionnelles des équipes de direction pendant la pandémie de COVID-19. Regain de sens et solidarité peuvent-ils perdurer au-delà de la crise sanitaire ?, in Bordarie, J. & Damiens, A. (eds.), *Le monde d'après, c'est maintenant ? La société à l'ère de la syndémie de COVID-19*, Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Laloux, F. (2017). *Reinventing organizations: vers des communautés de travail inspirées*. Paris: Diateino.
- Oury, J. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle : traces et configurations précaires*. Lecques: Les éditions du champ social.
- Paillé, P. (2011). Les conditions de l'analyse qualitative. *SociologieS*, (July 2011), 0–13. Retrieved from <http://journals.openedition.org/sociologies/3557>
- Payette, A., & Champagne, C. (2005). *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Presses Universitaires du Québec.
- Rault-Doumax, P. (2005). *Etablissements de soins publics et privés. Y a-t-il un avenir au partenariat hôpital-clinique ?* Paris: L'Harmattan.
- Ruiz, D. M. (2016). *Les quatre accords toltèques. La voie de la liberté personnelle*. Paris: Jouvence.
- Schweyer, F. (2001). Les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier. *Revue Française Des Affaires Sociales*, (4), 115–121.
- Schweyer, F. (2006). Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital. *Revue Européenne Des Sciences Sociales*, XLIV(135), 45–60. <https://doi.org/https://doi.org/10.4000/ress.251>

## Vers la reconnaissance professionnelle des cadres de santé formateurs en IFSI ?

Sébastien Thilly, IFSI du CHU de Reims, laboratoire CEREP (EA 4692) – URCA

### Introduction

Cette communication s'appuie sur un travail de thèse réalisé à l'Université de Reims Champagne-Ardenne. Cette recherche a pour objet l'étude des identités professionnelles (Dubar, 2010) des formateurs en IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) dans un contexte d'universitarisation engagé depuis plusieurs années et qui connaît une accélération massive depuis peu.

Le processus d'universitarisation des formations paramédicales, initié par la déclaration de Bologne en 1999, est à l'origine d'une réforme de l'enseignement supérieur en France et touche principalement les cadres de santé formateurs en IFSI au niveau de deux réingénieries : celle de la formation initiale infirmière en 2009 et celle de la formation des cadres de santé non finalisée à ce jour. La poursuite de cette universitarisation et la création d'une discipline universitaire des sciences infirmières en 2019 ne sont pas sans conséquence pour le groupe professionnel (Bucher & Strauss, 1992) des formateurs en IFSI et sur leur reconnaissance professionnelle (Dejours, 2003).

Nous proposons dans cette communication de nous intéresser dans un premier temps aux deux segments inégaux au sein du groupe professionnel (Bucher & Strauss, 1992) actuel des cadres de santé : les cadres de santé managers et les cadres de santé formateurs. À ce jour, le rapport de force s'exerçant entre les deux segments du groupe professionnel des cadres de santé nous paraît être clairement au désavantage des cadres de santé formateurs comme la recherche doctorale que nous avons menée (Thilly, 2021) est venue le révéler. Puis dans un second temps, nous nous pencherons sur les conséquences de l'universitarisation (avec notamment la création d'une section sciences infirmières au CNU-Santé et l'arrivée programmée d'enseignants-chercheurs en IFSI), *a priori* source d'émancipation et d'autonomie pour ce groupe professionnel (Bucher & Strauss, 1992), mais qui pourrait *in fine* entraîner un risque de retour dans le giron médical.

## **Un rapport de force entre les deux segments du groupe professionnel des cadres de santé en défaveur des cadres de santé formateurs**

Historique des formations cadres de santé : de la spécificité à la polyvalence

La première école des cadres infirmiers voit le jour à Paris en 1951 à l'initiative de la Croix-Rouge. Il s'agit d'une expérience pilote, « deux formations sont alors expérimentées. La première, destinée aux futures surveillantes, est centrée sur les questions d'administration et de gestion. La seconde traite des questions d'enseignement et s'adresse aux futures monitrices » (Poisson, 2010, p. 26). La formation des monitrices et des surveillantes ne sera officialisée que sept ans après l'ouverture de la première école par le décret du 14 novembre 1958 qui instituera le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Monitrice (CAFIM) et le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Surveillante (CAFIS). La première année est alors commune aux élèves infirmières, assistantes sociales et sages-femmes. L'enseignement clinique a lieu le matin lors des stages et est délivré par les monitrices. L'enseignement théorique se déroule l'après-midi à l'école et il est dispensé par les médecins, exceptée la partie pharmaceutique qui l'est par les pharmaciens. Les rôles des monitrices sont, selon le programme de formation de 1951, d'assurer :

- Une fonction de « répétiteur » de l'enseignement dispensé par les médecins, les chirurgiens et les pharmaciens pendant les cours [...];
- Une fonction d'apprentissage des techniques des soins gestuels ;
- Une activité de contrôle des élèves (Siebert, 2003, p. 22).

Dans le programme des études infirmières de 1961, la formation dure toujours deux années, est davantage axée sur les techniques infirmières qui sont en plein essor et est maintenant entièrement spécifique à la profession infirmière. Cette période correspond au « début de l'image de l'infirmière technicienne » (Dubois Fresney & Perrin, 2002). Les soins commencent timidement à se centrer sur la relation soignant-soigné. Les cours théoriques sont toujours assurés par les médecins ou les pharmaciens. Les cours pratiques sont dispensés par les monitrices. Le rôle de ces dernières est moins explicite que précédemment dans ce programme. Cependant les méthodes pédagogiques sont énoncées : travaux pratiques, cercles

d'études... Nous constatons que « les monitrices ne sont pas reconnues comme ayant une réelle expertise pédagogique, puisqu'il a été jugé nécessaire de leur indiquer les méthodes à utiliser dans certaines de leurs pratiques » (Siebert, 2003, p. 23). Une étude réalisée avant le changement de programme (Lanriec, 1975), montre que les monitrices se décrivent comme exécutantes d'enseignement sans vision globale de la formation. Elles ne participent pas aux épreuves de sélection pour intégrer la formation et peu aux évaluations théoriques assurées par les médecins. Un écart se creuse avec les infirmières des services de soins, car les monitrices « évaluent seules les élèves en stage, lors des mises en situation professionnelle » (Siebert, 2003, p. 24). Les monitrices sont remises en cause par les infirmières, qui leur reprochent « de s'être trop éloignées du terrain et de ne plus exercer ce métier » (*Ibid.*). En 1967, la formation des monitrices et des surveillantes est placée sous la responsabilité d'infirmières, et non plus de médecins (Boudier, 2005, 2012).

Les monitrices semblent davantage reconnues dans le programme des études infirmières de 1972 qui fait d'ailleurs « référence aux équipes enseignantes et non plus aux monitrices » (Siebert, 2003, p. 26). En effet, ce programme de formation « n'indique nullement les méthodes ou les moyens qui doivent être utilisés pour tel ou tel type d'enseignement, ce qui laisse supposer qu'une expertise pédagogique est enfin reconnue aux enseignantes des écoles » (*Ibid.*). La monitrice participe dorénavant à la sélection des candidats et a une part plus active dans les évaluations officielles, même si elle reste encore principalement cantonnée aux évaluations pratiques. Parallèlement, le décret du 9 octobre 1975 vient abolir le décret initial de 1958 et fusionne le CAFIM et le CAFIS en un seul Certificat Cadre Infirmier (CCI). La formation des cadres enseignants et des cadres surveillants devient identique en se basant sur l'idée que le management en unité de soins et l'enseignement des soins infirmiers nécessitent une formation commune (Poisson, 2010). Nous notons qu'à cette période la fonction de formation semble davantage reconnue que la fonction de management. En effet, « les moniteurs et monitrices sont alors choisi(e)s parmi les premiers au concours d'entrée à l'école des cadres » (*Ibid.*, p. 27). La formation dure dix mois et il n'existe alors plus de formation spécifique à la pédagogie. À cette période se produit une pénurie de personnel infirmier, accentuée par l'allongement des études, ce qui entraîne de nombreuses ouvertures d'écoles et le recours pour la première fois à des infirmières faisant-fonction de monitrices. Ces dernières ont la possibilité d'exercer jusqu'à deux ans, le temps de préparer le concours d'entrée à l'école des cadres. En cas d'échec, elles sont remises à la « disposition des services ». Ces infirmières « faisant-fonction » apprennent le métier de monitrice sans formation préalable, sans reconnaissance statutaire et sans

correspondance salariale avec les responsabilités octroyées. Cette pratique bénéficie aux institutions, qui ont perpétué ce fonctionnement non réglementé jusqu'à aujourd'hui (Boudier, 2005, 2012).

Dans le programme des études infirmières de 1979, le projet pédagogique ainsi que le choix et l'organisation des stages sont laissés à la liberté de chaque école, ce qui constitue une nouveauté, marquant ainsi « la reconnaissance de l'autonomie des écoles et des équipes dans la construction du projet et la légitimité d'une expertise pédagogique » (Siebert, 2003, p.27). Même si l'appellation de monitrice perdure dans certains textes législatifs (bien qu'ayant disparu des programmes de formation depuis 1972), « la terminologie retrouvée dans différents textes professionnels, notamment le programme de formation, traduit l'évolution du métier vers une reconnaissance d'un statut d'enseignant » (*Ibid.*, p. 29). Une étude menée en 1980 (Clavé, 1981, cité par Boudier, 2005) a montré qu'un tiers des infirmières enseignantes exercent sans diplôme de cadre, alors qu'une sur trois seulement est bachelière. Un grand nombre d'infirmières-enseignantes ont donc un niveau scolaire inférieur à celui de leurs élèves.

Dans le programme commun des études infirmières de 1992, qui regroupe la formation d'infirmière en soins généraux et celle d'infirmier en secteur psychiatrique, l'enseignement devient une formation et l'enseignante, initialement appelée monitrice, devient (sans officialisation du terme, il est évoqué l'activité de « former des étudiants ») une formatrice ou plutôt un formateur. En effet, les termes se masculinisent en même temps que la profession. Le rôle du formateur évolue et se complexifie avec l'augmentation de l'activité d'ingénierie de formation tout en se centrant davantage sur l'étudiant et sur l'accompagnement de celui-ci, notamment à travers le suivi pédagogique (Siebert, 2003). La mission des formateurs, en lien avec l'évolution économique du monde de la santé est clairement énoncée : former des professionnels polyvalents. En raison de l'approche modulaire fortement liée aux disciplines médicales, l'enseignement reste axé sur la transmission de savoirs dans une conception comportementaliste incarnée par la Pédagogie Par Objectifs (PPO). Cependant une plus grande autonomie est laissée aux formateurs à travers l'ordonnancement des différents modules qui est fixé par le projet pédagogique de chaque IFSI. Cette autonomie a encore évolué pendant ce programme en s'émancipant du contrôle médical lors des épreuves du diplôme d'État d'infirmier. Après 2004, un travail de recherche, co-évalué par un formateur et un professionnel infirmier ayant une expérience dans le domaine traité par l'étudiant, se substitue à l'épreuve écrite sur table évaluée jusqu'alors en double correction par un formateur et un médecin.



Parallèlement, le décret du 18 août 1995 crée le diplôme de cadre de santé (CDS), qui vient remplacer le CCI. Le mouvement d'uniformisation de la formation des cadres infirmiers initié en 1975 s'intensifie en s'étendant à l'ensemble des professions paramédicales. Il est maintenant uniquement fait mention de la profession d'origine sur le diplôme de fin d'études. Il réunit donc sous le même titre de cadre de santé différents professionnels qui peuvent être issus des filières infirmière, médicotechnique (manipulateur en électroradiologie médicale, préparateur en pharmacie, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales) ou de rééducation (diététicien, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, psychomotricien). La formation des cadres de santé est définie par l'arrêté du 18 août 1995, qui est toujours en vigueur. Elle a lieu dans un Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) et dure dix mois. Il est nécessaire de justifier de quatre ans d'exercice effectif à temps plein d'une profession concernée au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection. La formation est basée sur une alternance théorie/pratique à travers six modules dont cinq sont communs aux fonctions d'encadrement et de formation (initiation à la fonction de cadre, santé publique, analyse des pratiques et initiation à la recherche, fonction d'encadrement et fonction de formation). Un sixième module, en fin de formation, permet d'approfondir une de ces deux fonctions. Les cadres de santé ainsi formés peuvent donc exercer indifféremment au sein d'unités de soins en tant que manager ou au sein d'instituts de formation en tant que formateur. L'arrêté du 18 août 1995, relatif au diplôme de cadre de santé, prévoit la possibilité pour les organismes gestionnaires des IFCS d'établir une convention avec l'Université notamment pour la prise en compte de modules du diplôme de cadre de santé dans le cadre de licences en sciences de l'éducation et en sciences sanitaires et sociales, et réciproquement de modules de ces licences dans le cadre du diplôme de cadre de santé. Depuis, ces partenariats ont évolué d'un niveau de licence initial à un niveau de master en management ou en pédagogie. Les quarante IFCS ont tous utilisé cette possibilité de convention (Allal *et al*, 2017). Ainsi pendant leur formation de cadres de santé, les étudiants peuvent suivre simultanément un cursus universitaire, le plus souvent en management. Dans les deux tiers des cas, cette année de formation les conduit à un niveau M1. Dans un tiers des cas, par le biais d'une Validation des Acquis Professionnels (VAP) ou d'une Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) depuis 2002, elle les mène vers un M2, avec acquisition du diplôme de master.

Avec le référentiel de 2009, la formation infirmière a évolué sur plusieurs décennies d'une logique de transmission de contenus à une logique d'acquisition de compétences, passant d'un paradigme behavioriste à un paradigme socioconstructiviste et sociocognitiviste (Boissart,

2017). Ceci devant permettre aux étudiants infirmiers « d'apprendre à apprendre », et d'être ainsi capables de s'adapter à toutes les évolutions qui surviendront après leur formation initiale. Parallèlement nous pouvons également remarquer que tout au long de l'évolution de la formation des cadres de santé, la spécificité a disparu pour laisser place à la polyvalence : en fusionnant le CAFIS et le CAFIM dans le CCI puis en créant le diplôme de CDS qui regroupe plusieurs professions paramédicales. Depuis le décret du 18 août 1995, la formation des cadres de santé n'a pas évolué et une réforme de celle-ci, longtemps annoncée, a été plusieurs fois reportée.

Une professionnalisation inachevée du groupe professionnel des cadres de santé

La professionnalisation comporte plusieurs sens selon que nous nous intéressons à la professionnalisation de l'activité, du groupe exerçant l'activité, des savoirs, des personnes exerçant l'activité ou de la formation (Bourdoncle, 2000). En nous référant au courant interactionniste, nous percevons la professionnalisation comme « la stratégie et la rhétorique déployées par le groupe professionnel pour revendiquer une élévation dans l'échelle des activités » (Bourdoncle, 1991, p. 75). La professionnalisation est alors un processus selon lequel un métier, un emploi (*occupation*) devient une profession établie (*profession*) : la meilleure façon de comprendre ce que signifient les professions établies consistant « à étudier la façon dont les métiers s'efforcent de se transformer ou de modifier leur image, ou les deux, au cours d'un processus visant à la "professionnalisation" » (Hughes, 1996, pp. 110-111). Deux concepts permettent de rendre compte de la distinction entre *occupation* et *profession* : la *licence* et le *mandate* (Hughes, 1958). Les *occupations* cherchent dès qu'elles le peuvent à se professionnaliser en revendiquant une *licence* c'est-à-dire une autorisation « à exercer certaines activités que d'autres ne pourront pas exercer » (Dubar & Tripier, 2005, p. 98), s'assurant ainsi « une certaine sécurité d'emploi en limitant la concurrence » (*Ibid.*). Une fois cette *licence* obtenue, les *occupations* revendiqueront un *mandate* : « Une mission, de manière à fixer ce que doit être la conduite spécifique des autres à l'égard de domaines concernés par son travail » (*Ibid.*). Cette *licence* et ce *mandate* sont « l'objet de conflits, de luttes politiques entre groupes professionnels en compétition pour la protection et la valorisation de leurs emplois » (*Ibid.*, p. 99). Ainsi tout groupe professionnel exerçant une *occupation* essaie d'obtenir « une autorisation spécifique, limitant la concurrence, et une mission reconnue, valorisant le groupe. Lorsqu'un groupe y parvient, il devient, pour un temps au moins, une *profession* » (*Ibid.*, p. 98).

Dans le cas des formateurs IFSI, nous notons l'absence de *licence* et de *mandate*. La *licence* qui correspond à « l'autorisation légale d'exercer certaines activités que d'autres ne peuvent pas exercer » (Dubar, 2010, p. 132) est mise à mal à travers l'existence d'un statut possible, précaire et transitoire de faisant-fonction. Pourtant l'arrêté du 31 juillet 2009, relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, stipule que les formateurs IFSI doivent être titulaires d'un titre permettant l'exercice de la profession infirmière et du diplôme cadre de santé (ou diplôme équivalent). Si le premier critère est respecté, nous constatons que le second ne l'est pas à cause du statut possible de faisant-fonction de cadre de santé. L'accès à l'activité de formation paramédicale est ainsi peu protégé. Le *mandate*, qui est « l'obligation légale d'assurer une fonction spécifique » (*Ibid.*), n'est pas présent non plus : la mission des formateurs IFSI n'est pas spécifique pour plusieurs raisons. D'une part, la polyvalence entre les deux fonctions de cadre de santé voulue par le modèle de formation actuelle dans les IFCS ne va pas dans ce sens. D'autre part, les activités recensées dans le référentiel du document de travail de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en 2012 ou dans le répertoire des métiers de la fonction publique (Ministère des Solidarités et de la Santé, s. d.) ne sont pas spécifiques et non liées au métier d'infirmier. Pour ces motifs, nous constatons donc une professionnalisation inachevée du segment professionnel des formateurs IFSI et du groupe professionnel des cadres de santé en général (le même phénomène de faisant-fonction existant également du côté du management).

#### Les cadres de santé formateurs : un segment du groupe professionnel des cadres de santé

La formation commune aux cadres de santé formateurs et aux cadres de santé de proximité nous invite à nous questionner sur la segmentation de ce groupe professionnel (Bucher & Strauss, 1992) des cadres de santé et sur les rapports de force qui régissent celui-ci. Pour ces représentants du courant interactionniste que sont Bucher et Strauss, une profession ne se définit pas sur un mode fonctionnaliste comme une « communauté relativement homogène dont les membres partagent identité, valeurs, définition des rôles et intérêts » (*Ibid.*, p. 68), mais comme « une agrégation de segments poursuivant des objectifs divers, plus ou moins subtilement maintenus sous une appellation commune à une période particulière de l'histoire » (*Ibid.* p. 69). Les segments désignent les « groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession » (*Ibid.*, p. 68) générés par des « différences d'intérêts à l'intérieur des professions » (*Ibid.*). Ainsi les cadres de santé formateurs et les cadres de santé managers sont considérés comme appartenant au même groupe professionnel des cadres de santé

indépendamment de leurs fonctions distinctes les renvoyant à « des conceptions différentes de ce qui constitue le centre de leur vie professionnelle » (*Ibid.*, p. 73). Une profession, dans une conception interactionniste, est donc un « monde non homogène en constante évolution, composé de "segments" porteurs chacun de conceptions différentes quant à la spécificité de leur pratique et de leurs activités centrales, porteurs aussi d'identités différentes, et qui se forment, se maintiennent, se développent et/ou disparaissent » (Baszanger, 1992, p. 22). Au regard de leurs identités distinctes et de leurs activités prévalentes de travail également différentes, nous pouvons affirmer que les cadres de santé formateurs et les cadres de santé managers constituent deux segments professionnels au sein du groupe professionnel des cadres de santé.

Cependant le rapport de force s'exerçant entre ces deux segments professionnels nous paraît être clairement au désavantage des cadres de santé formateurs. Tout d'abord, le nombre est en faveur des cadres de santé managers : avec un ratio cadres de santé formateurs/cadres de santé de proximité estimé à un pour cinq (Yahiel & Mounier, 2010). Ensuite, nous avons relevé bon nombre d'ouvrages, de revues ou de communications où le terme de « cadre de santé » est uniquement synonyme de cadre de santé de proximité, excluant purement et simplement les cadres de santé formateurs qui parfois ne sont même pas évoqués (Bourgeon, 2012, 2015 ; Desserprit, 2016 ; Feroni, 2018 ; Feroni & Kober-Smith, 2005 ; Fourdrignier, 2018 ; Gadéa, 2019 ; Rivière, Commeiras & Loubès, 2019 ; Rogers & Mossé, 2012 ; Sliwka & Dechamps, 2007).

Dans le cadre de notre recherche doctorale (Thilly, 2021), la reconnaissance institutionnelle était très peu présente dans les discours des formateurs IFSI interrogés, qui percevaient le rapport de force qui s'exerce entre les deux segments professionnels du groupe professionnel (Bucher & Strauss, 1992) des cadres de santé clairement en leur défaveur. Au sein du groupe professionnel des cadres de santé, ils ne percevaient pas leur segment professionnel aussi bien reconnu par leur institution que celui des cadres de santé managers.

### **Les conséquences de l'universitarisation sur les perspectives de reconnaissance professionnelle des formateurs IFSI**

### *Une réingénierie inachevée*

Le processus d'universitarisation des formations paramédicales, initié par la déclaration de Bologne en 1999, est à l'origine d'une réforme de l'enseignement supérieur en France et touche principalement les formateurs en IFSI au niveau de deux réingénieries : celle de la formation initiale infirmière en 2009 et celle de la formation des cadres de santé non finalisée à ce jour. La poursuite de cette universitarisation et la création d'une discipline universitaire des sciences infirmières ne seront pas sans conséquence pour le groupe professionnel des formateurs en IFSI et sur leur reconnaissance professionnelle.

Envisagée depuis 2010, la réingénierie de la formation des cadres de santé n'est toujours pas effective. Originellement séparées lors de la création du CAFIS et du CAFIM en 1958, les fonctions d'infirmier-surveillant et d'infirmier-moniteur ont été réunies dans une formation commune en 1975 conduisant au CCI. Cette volonté d'unification s'est poursuivie en 1995 avec le diplôme de Cadre De Santé regroupant l'ensemble des formations paramédicales tout en maintenant une formation commune aux fonctions de management et de formation. Ainsi une même formation conduit à ce jour à deux métiers différents, comme indiqué dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière : celui d'encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales et celui de formateur des professionnels de santé. La tendance actuelle (Allal *et al.*, 2017 ; Le Bouler, 2018) conduirait à une séparation des deux formations, symbolisée dans les travaux de réingénierie par deux référentiels d'activités et deux référentiels de compétences distincts (DGOS, 2012). Cela marquerait ainsi la fin de la polyvalence entre ces deux professions paramédicales de manager et de formateur. La formation et le titre de cadre de santé seraient alors réservés aux encadrants des équipes de soins, tandis qu'un titre universitaire de niveau I serait requis pour être formateur paramédical.

### *Un titre de cadre de santé devenu facultatif pour être formateur en IFSI*

Jusqu'alors, il était nécessaire, selon l'arrêté du 31 juillet 2009, d'être titulaire d'un titre permettant d'exercer la profession enseignée et du diplôme de cadre de santé (ou du Certificat Cadre Infirmier). L'arrêté du 10 juin 2021, portant dispositions relatives aux autorisations des instituts et écoles de formation paramédicale et à l'agrément de leur directeur, maintient l'obligation d'être titulaire d'un titre permettant d'exercer la profession enseignée. Cependant, en plus des personnes titulaires d'un diplôme de cadre de santé ou d'un certificat cadre infirmier, il ouvre également la possibilité d'exercer la profession de formateur en IFSI aux personnes

titulaires d'un diplôme ou titre universitaire à finalité professionnelle dans les domaines de la santé, des sciences de l'éducation ou des sciences humaines d'un niveau au moins égal (ou supérieur) à celui de la certification visée par la formation autorisée. La possibilité d'exercer en tant que faisant-fonction, qui constituait jusque-là une particularité assez fréquente, se voulait cependant un statut transitoire et conditionné à l'obtention du concours d'entrée en IFCS à court terme. Or il est désormais possible pour un infirmier avec un grade licence (ce qui concerne tous les infirmiers diplômés sous le référentiel de formation de 2009) d'être formateur permanent en IFSI. Cela va partiellement dans le sens des rapports IGAS/IGAENR (Allal *et al.*, 2017) et Le Bouler (2018) qui préconisaient une formation et un titre de cadre de santé réservés aux cadres de proximité, mais avec un ajustement dans le titre universitaire requis pour être formateur paramédical, où le niveau I envisagé devient un titre de niveau II. L'arrêté du 10 juin 2021 vient ainsi paradoxalement réaffirmer la nécessité d'être issu de la profession infirmière pour devenir formateur permanent dans un IFSI, tout en abaissant le niveau de qualification requis pour ce faire.

#### *L'arrivée initialement programmée d'enseignants-chercheurs mono-appartenants dans les IFSI*

La poursuite du processus d'universitarisation des formations paramédicales a notamment abouti au décret du 30 octobre 2019 qui a entériné la création des trois sections maïeutique, sciences de la rééducation-réadaptation et sciences infirmières au sein du Conseil National des Universités pour les disciplines de santé. Ce décret permettra à terme de finaliser le passage par les trois cycles du LMD. À ce jour, la quasi-totalité des IFCS a élaboré des conventions de partenariat avec les universités permettant à leurs étudiants cadres d'obtenir conjointement au diplôme de Cadre De Santé un master 1 ou 2, le plus souvent en sciences de gestion (Allal *et al.*, 2017). Mais actuellement l'accès au doctorat pour les infirmiers reste très limité et passe très majoritairement par d'autres disciplines universitaires (sciences de l'éducation et de la formation, sciences de gestion, santé publique, etc.). La poursuite du processus d'universitarisation a abouti en 2019 à la création de la discipline sciences infirmières au sein du CNU-Santé, ouvrant ainsi la perspective à des masters et à des doctorats en sciences infirmières ainsi qu'à des postes d'enseignants-chercheurs pour les actuels formateurs en IFSI.

Le statut de mono-appartenance a été retenu pour les enseignants-chercheurs en sciences infirmières. Ce choix entre les statuts de mono ou de bi-appartenance a été effectué avec un « parti pris de pragmatisme » (Richard & Le Bouler, 2019, p. 11), et ce pour plusieurs raisons.

Initialement, la référence aux personnels de santé a conduit naturellement aux statuts hospitalo-universitaires de bi-appartenance permettant un partage du temps entre les soins, la formation et la recherche. Cependant la « coexistence des trois dimensions, sans parler d'une quatrième, les tâches de management » (*Ibid.*) n'est pas toujours bien vécue par les personnels hospitalo-universitaires. Enfin le choix d'un statut de bi-appartenance pour ces enseignants-chercheurs (entraînant la création d'un statut particulier et générant des charges nouvelles en termes d'emplois) aurait été plus chronophage encore que le choix effectué de la mono-appartenance qui « a nécessité pas moins de dix mois pour passer les différentes étapes du parcours réglé au sein des pouvoirs publics et auprès des acteurs de la concertation sociale » (*Ibid.*). Les membres de ce nouveau corps professionnel d'enseignants-chercheurs parmi les formateurs en IFSI pourraient à terme, par le jeu des qualifications universitaires et malgré l'arrêté du 10 juin 2021, ne plus être tous issus de la profession infirmière comme cela est le cas actuellement pour les membres du premier collège des professeurs d'université en sciences infirmières.

#### *Vers une redéfinition du groupe professionnel des formateurs IFSI*

Comme évoqué précédemment, le processus d'universitarisation des formations paramédicales conduirait à une séparation des deux formations (Allal *et al.*, 2017 ; Le Bouler, 2018) et marquerait ainsi la fin de la polyvalence entre ces deux professions paramédicales de manager et de formateur. Les deux segments du groupe professionnel des cadres de santé sont donc certainement amenés à se séparer pour donner lieu à deux groupes professionnels distincts, comme à l'époque du CAFIS et du CAFIM, provoquant ainsi la déségmentation de ce groupe professionnel des cadres de santé. Le recrutement d'enseignants-chercheurs dans la discipline des sciences infirmières, qui seront amenés à exercer dans les IFSI, entraînera une segmentation du groupe professionnel des formateurs en IFSI. Jusqu'à maintenant, ce groupe est relativement homogène avec des personnes présentant toutes un passé infirmier et majoritairement un diplôme de cadre de santé. À ce niveau statutaire de l'universitarisation (Bourdoncle, 2009), nous assisterons probablement à une évolution analogue à celle observée dans les IUFM où l'« on attend que le temps fasse son œuvre et envoie en retraite ces enseignants souvent anciens » (*Ibid.*, p. 26). Ceci aura pour conséquence directe de retarder le recrutement d'enseignants-chercheurs, mais au regard du faible nombre d'infirmiers titulaires d'un doctorat en France (133 recensés en 2018 (Gauthier *et al.*, 2018)), cela ne sera pas un problème à court terme. L'alternative québécoise (Bourdoncle, 2009), où ne sont conservés que les personnels pouvant s'engager rapidement en doctorat et ceux ayant des attributions que ne peuvent ou ne

veulent pas assurer les universitaires, n'est pas envisageable pour les raisons évoquées ci-dessus. Ainsi dans les IFSI cohabiteront, à terme, différents segments du groupe professionnel des formateurs en IFSI : des enseignants-chercheurs en sciences infirmières avec ou non une expérience professionnelle infirmière, des infirmiers formateurs titulaires d'un diplôme universitaire de niveau I (doctorat ou master), des infirmiers formateurs titulaires d'un diplôme universitaire de niveau II et des infirmiers formateurs sans diplôme universitaire. Quelles conséquences pourrait alors avoir le processus d'universitarisation des formations paramédicales au niveau de la reconnaissance professionnelle des futurs enseignants-chercheurs en sciences infirmières et des autres formateurs en IFSI ?

*Quelles conséquences au niveau de la reconnaissance professionnelle des formateurs IFSI ?*

Pour les futurs enseignants-chercheurs en sciences infirmières, le diplôme de doctorat devrait faciliter leur reconnaissance professionnelle, tout du moins au sein des IFSI. De par leur statut, ils s'éloigneraient des institutions et directions hospitalières, ainsi la comparaison en leur défaveur avec les cadres de santé managers deviendrait théoriquement caduque. Toutefois, nous pouvons nous interroger sur leur place dans les universités où ils seront minoritaires, comme dans les IFSI d'ailleurs. Leurs postes seront probablement créés au détriment de postes dans d'autres disciplines et leur petit nombre les contraindra certainement à s'intégrer dans des laboratoires de recherche qui ne seront pas spécifiquement dédiés aux sciences infirmières. Un risque important serait alors de se retrouver, à nouveau, sous le giron médical après des décennies à tenter de s'en émanciper ; dès lors la reconnaissance universitaire deviendrait beaucoup plus incertaine. Ces enseignants-chercheurs en sciences infirmières se situeront à l'interface des deux univers de la santé et de l'enseignement supérieur et ils auront à faciliter le lien entre ceux-ci, tout en tentant de trouver leur place et leur légitimité dans ces deux endroits.

Pour les autres formateurs, qui feront le choix de rester en IFSI sans s'engager dans un doctorat, la reconnaissance professionnelle devrait être également impactée par le processus d'universitarisation des formations paramédicales. Ils seront confrontés à l'arrivée d'enseignants-chercheurs et auront par conséquent un statut sans doute dévalorisé, qui les amènera à s'occuper d'aspects non privilégiés par les universitaires (suivis de stage, gestion administrative...). Par ailleurs, ils resteront éloignés du terrain de la pratique et par conséquent leur segment professionnel (Bucher & Strauss, 1992) demeurera certainement moins reconnu que celui des cadres de santé managers. En France notamment, les enseignants-chercheurs et



les professionnels sont les deux seuls acteurs de la formation reconnus dans les formations universitaires professionnalisantes au détriment des formateurs (Baillat, 2010). Les enseignants-chercheurs acquièrent leur légitimité par leur proximité avec la recherche, tandis que les professionnels l'obtiennent de « leur proximité avec le terrain d'exercice de la professionnalité visée » (*Ibid.*, p. 36). Dès lors la légitimité des formateurs en IFSI non docteurs et la reconnaissance professionnelle inhérente seront très probablement impactées négativement par la poursuite et la conclusion du processus d'universitarisation des formations paramédicales.

## **Conclusion**

Nous voyons donc que le processus d'universitarisation des formations paramédicales, en redéfinissant les contours du groupe professionnel des cadres de santé, est en train d'impacter les formateurs en IFSI d'un point de vue identitaire, notamment en termes de reconnaissance professionnelle. L'universitarisation structurelle des IFSI, préconisée par Stéphane Le Bouler [19], pourrait sans doute encore accélérer cette évolution identitaire des formateurs en IFSI et avoir des conséquences sur leurs dynamiques identitaires, entraînant par là-même certains formateurs à s'engager dans des parcours doctoraux, mais également d'autres à quitter les IFSI pour « retourner sur le terrain » en (re)devenant cadre de proximité manager.

Le dernier rapport IGAS/IGESR (Bézagu *et al.*, 2022) préconise dans sa recommandation 10 pour achever l'intégration universitaire du cursus infirmier de « créer à court terme un statut d'enseignant-chercheur clinicien en sciences infirmières en attendant que les conditions soient réunies pour évoluer vers un statut bi-appartenant » (*Ibid.*, p. 48). Dans la lignée des travaux de Baillat (2010), cette double légitimité clinique/recherche serait sans doute source de reconnaissance pour ces futurs formateurs. Mais *quid* des formateurs actuels non docteurs et non praticiens en terme de reconnaissance professionnelle ?

## Bibliographie

- Allal, P., Debeaupuis, J., Elshoud, S., Essid, A. & Thomas, F. (2017, juin). *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de la santé*. Inspection Générale de l'Administration, de l'Éducation Nationale et de la Recherche & Inspection Générale des Affaires Sociales.
- Baillat, G. (2010). L'évolution des formations universitaires professionnalisantes : Quels modèles ? Quels acteurs ?. *Spirale – Revue de recherches en éducation*, 46, 31-41.
- Baszanger, I. (1992). Introduction : les chantiers d'un interactionnisme américain. In A. Strauss, *La trame de la négociation : sociologie quantitative et interactionnisme* (pp. 11-63). Paris : L'Harmattan. (Œuvre originale publiée en 1961).
- Bézagu, P., Fournier, V., Julien, S., Leost, H., Misery, P. & Zantman, F. (2022, octobre). *Evolution de la profession et de la formation infirmières*. Inspection Générale des Affaires Sociales & Inspection Générale de l'Éducation, du Sport et de la Recherche.
- Boissart, M. (2017). *La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation : ingénieries, enjeux et défis de professionnalisations*. Noisy-le-Grand : SETES éditions.
- Boudier, C. (2005). *Le métier de formateur en soins infirmiers : évolutions et perspectives*. Paris : Seli Arslan.
- Boudier, C. (2012). *Les formateurs en soins infirmiers : des cadres mis au défi*. Paris : Seli Arslan.
- Bourdoncle, R. (1991). La professionnalisation des enseignants : analyses sociologiques anglaises et américaines, *Revue française de pédagogie*, 94, 73-91.
- Bourdoncle, R. (2000). Professionnalisation, formes et dispositifs. *Recherche et formation*, 35, 117-132.
- Bourdoncle, R. (2009). L'universitarisation. Structures, programmes et acteurs. In R. Étienne (dir.), *L'université peut-elle vraiment former les enseignants : Quelles tensions ? Quelles modalités ? Quelles conditions ?* (pp. 17-28). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Bourgeon, D. (dir.). (2012). *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail : une position difficile entre soins et management*. Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Bourgeon, D. (dir.). (2015). *Faire fonction de cadre de santé*. Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Bucher, R. & Strauss, A. (1992). La dynamique des professions (J.-M. Chapoulie, Trad.). In A. Strauss, *La trame de la négociation : sociologie quantitative et interactionnisme* (pp. 67-86). Paris : L'Harmattan. (Œuvre originale publiée en 1961).
- Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel : critique des fondements de l'évaluation*. Paris : Institut national de la recherche agronomique.
- Desserprit, G. (2016). *Cadre de santé en 17 notions*. Paris : Dunod.

- Direction Générale de l'Offre de Soins. (2012). *Diplôme de cadre de santé. Référentiels d'activités et de compétences*. En ligne <https://www.ancim.fr/referentiel-activite-competence.html>
- Dubar, C. (2010). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles* (4<sup>è</sup> éd.). Paris : Armand Colin.
- Dubar, C. & Tripier, P. (2005). *Sociologie des professions* (2<sup>è</sup> éd.). Paris : Armand Colin.
- Dubois Fresney, C. & Perrin, G. (2002). *Le métier d'infirmière en France* (3<sup>è</sup> éd). Paris : Presses universitaires de France.
- Feroni, I. (2018). Le recrutement des cadres de santé : entre profession et intégration institutionnelle. *Commentaire. Sciences sociales et santé*, 36(1), 65-70.
- Feroni, I. & Kober-Smith, A. (2005). La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne. *Revue française de sociologie*, 46(3), 469-494.
- Fourdrignier, M. (2018). *Cadres de santé : des métiers pour demain ?* Communication présentée au 4<sup>ème</sup> rencontre inter-IFCS Grand-Est, Reims, France. En ligne <http://marc-fourdrignier.fr/texte-cadres-de-sante-des-metiers-pour-demain/>
- Gadéa, C. (2019). Quelle sorte de cadres sont les cadres de santé ?. *Soins cadres*, 111, 14-17.
- Gautier, J.-M., Aubac, M., Bentz, M., Lecordier, D. & Jovic, L. (2018, juin). *RésIDoc : compétences des membres du réseau des infirmiers docteurs en sciences* [communication par affiche]. 7<sup>ème</sup> congrès mondial des infirmier(e)s francophones du Secrétariat International Des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone, Bordeaux.
- Hugues, E. C. (1958). *Men and their Work*. Glencoe: The Free Press.
- Hugues, E. C. (1996). *Le regard sociologique : essais choisis* (J.-M. Chapoulie, Trad.). Paris : École des hautes études en sciences sociales.
- Lanriec, T. (1975). Réflexion à propos du rôle professionnel de monitrice d'école d'infirmière. In Association des amis de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur, *L'infirmière enseignante, Cahier N°1*.
- Le Bouler, S. (2018, février). Mission Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique. *Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation*. Rapport à Madame la ministre des Solidarités et de la Santé et à Madame la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (s. d.). *Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière : formateur(trice) des professionnels de santé*. En ligne <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=31>.

- Ministres européens de l'Éducation. (1999, 19 juin). *Déclaration de Bologne : L'Espace Européen de l'Enseignement Supérieur*. Bologne, Italie.
- Poisson, M. (2010). IFSI : des monitrices aux formateurs-enseignants, histoire et perspectives. *Soins Cadres*, 75, 24-28.
- Richard, I. & Le Bouler, S. (2019). La création de nouvelles sections du Conseil national des universités. *Recherche en soins infirmiers*, 139(4), 8-11.
- Rivière, A., Commeiras, N. & Loubès, A. (2019). Nouveau Management Public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé. *Revue de gestion des ressources humaines*, 112(2), 3-20.
- Rogers, V. & Mossé, P. (2012). Les Cadres infirmiers entre gouvernementalité et gouvernance ; les leçons de l'expérience anglaise. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 30(6), 379-393.
- Siebert, C. (2003). L'évolution du rôle du formateur. In A. Goudeaux, N. Loraux & C. Sliwka (dir.), *Formateurs et formation professionnelle* (pp. 19-42). Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Sliwka, C. & Dechamps, C. (dir.). (2007). *Les cadres de santé, des cadres de métier*. Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Thilly, S. (2021). *Les identités professionnelles des formateurs en IFSI dans le contexte de l'universitarisation des formations paramédicales*, Université de Reims Champagne-Ardenne, Reims.
- Yahiel, M. & Mounier, C. (2010, novembre). *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?*, Inspection Générale des Affaires Sociales. En ligne <https://www.vie-publique.fr/rapport/31559-quelles-formations-pour-les-cadres-hospitaliers>

**« On n'est pas des " petites gardes!! " »**

Émilie Tremblay et Catherine Montgomery, Université du Québec à Montréal

La profession de technologiste médicale (TM) : c'est quoi? Vous en avez sûrement croisé dans les centres de prélèvement ou dans les couloirs des hôpitaux sans le savoir. De manière vulgarisée, nous décrivions leur travail comme suit : tous liquides, objets, organes ou tissus prélevés chez les patient.es se retrouvent entre les mains d'un.e TM et ce sont eux et elles qui en font l'analyse afin d'accompagner les médecins dans le diagnostic et les soins à prodiguer. À partir des résultats de son mémoire de maîtrise, Tremblay (2018) ajoute que :

Le rôle d'un TM n'est pas fixe, il varie selon les départements, ce qui peut avoir un effet sur leur rapport avec la profession (Lucie, Kamil, Daniela). Ainsi, bien que selon Nadine, les tâches soient « [normées et régies] par des procédures normalisées », elles « peuvent varier d'un établissement à un autre, mais le fond c'est le même ». Les tâches de travail varient également entre les départements d'un même hôpital et cela peut générer des charges de travail différentes. Comme le mentionne Fatima, il y a « des départements où il y a beaucoup plus de stress que d'autres, comme la banque de sang ». (p.53)

Profession très diversifiée, il est possible de travailler dans plusieurs secteurs : centre de prélèvement, biochimie, microbiologie, hématologie, hémostase, histopathologie, cytologie, pathologie ou recherche médicale.

Malgré l'importance de leur travail dans le processus de soins des patient.es, la profession demeure inconnue du public, et ce, même au sein du milieu de la santé. Cette incompréhension du travail effectué par les TMs et le manque de reconnaissance ont entre autres des effets sur l'identité professionnelle, le vécu et l'organisation du travail, ce qui influence également les soins prodigués aux patient.es. Mais avant d'entrer dans ces effets, revenons aux aspects méthodologiques et conceptuels des résultats présentés.

## Considérations méthodologiques

Comme vous l'avez sans doute remarqué, dans le cadre de cette communication, nous vous proposons une perspective du système de santé et de la construction identitaire à partir d'une profession invisibilisée, soit celle de technologiste médicale. Les résultats présentés sont issus de deux recherches. La première, dirigée par Catherine Montgomery, est intitulée *Migration et travail, expériences d'insertion en emploi des professionnels de la santé et des services sociaux formés à l'étranger*<sup>1</sup>, au sein duquel s'intègre le mémoire d'Émilie Tremblay. Dans le cadre de celle-ci, treize entretiens semi-dirigés ont été menés en 2018 auprès de TMs formé.es à l'étranger au Québec depuis moins de dix ans. Les thématiques abordées dans ceux-ci sont : parcours professionnel et migratoire, processus d'insertion professionnelle au Québec, expérience(s) d'insertion professionnelle dans un établissement sociosanitaire au Québec (liée à la tâche), stratégies d'adaptation au milieu professionnel et expériences relationnelles (collègues, gestionnaires, patient.es, etc.) ainsi que la vision et la perception des restructurations Optilab (ce dernier thème est spécifique au mémoire d'Émilie). Les pays d'origine des participant.es sont variés et comprennent le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Nigéria, le Sénégal, la Colombie, la Suisse, la France, la Moldavie, l'Algérie et le Cameroun.

La seconde recherche est la recherche doctorale d'Émilie<sup>2</sup>. Cette dernière a mené douze entretiens semi-dirigés à l'été 2022 auprès de TMs exerçant au Québec depuis au moins dix ans. La moitié des personnes participantes exercent à l'extérieure de l'île de Montréal : Saguenay-Lac-Saint-Jean, Gaspésie, Chaudière-Appalaches, Grand Nord québécois, Québec et Montérégie. De plus, trois des six personnes exerçant dans la région métropolitaine sont issues des minorités visibles. Les thématiques abordées dans le cadre de ces entretiens sont : image/perception de la profession et de l'organisation du travail, les expériences relationnelles et professionnelles, ainsi que les vécus et les parcours professionnels.

Dans le temps qui nous est imparti, nous tenterons de répondre à la question suivante : *À partir d'expériences professionnelles de TMs, comment se construit le sens (sensemaking) de l'organizing au sein duquel évoluent les TMs?*

---

<sup>1</sup> Cette recherche est financée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH).

<sup>2</sup> Le doctorat d'Émilie est financé par le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)

Cependant, avant d'y répondre, nous définirons le concept d'*organizing* et de *sensemaking* que nous mobilisons pour l'analyse.

### **Survol des concepts d'*organizing* et de *sensemaking* de Weick**

Pour le créateur de ces concepts, Karl E. Weick, l'organisation en tant qu'entité réelle est un mythe. C'est au contraire à travers les interactions (humaines et matérielles) que nous retrouvons la base des processus d'organisation du travail (*organizing*) desquels surgit l'organisation (Weick, 1979 dans Cooren et Robichaud, 2019; Vaujany et Vaast, 2014). Weick se refuse, selon Cooren et Robichaud (2019), de partir des structures organisationnelles pour expliquer les actions organisationnelles. Il s'intéresse aux processus qui engendrent et maintiennent un système organisé (*organizing*). C'est à travers le partage et l'appropriation de ces processus que se développe un langage commun et se construit une culture, permettant de mettre en place des règles, des normes et des habitudes collectives, que se crée le sens au travail (*sensemaking*) (*ibid*). Dans cette perspective, les personnes ne font pas qu'observer les effets de leur environnement, elles sont à la fois influencées et parties prenantes (Weick dans Cooren et Robichaud, 2019). La vision de notre environnement, de notre identité, de nos relations est ainsi toujours subjective, le produit d'une interprétation, d'une sélection.

L'on peut ainsi mettre en lumière le *sensemaking* à partir de ce qui est visible ou invisible dans les propos rapportés par les participant.es et sur la construction de l'image de la profession. À travers entre autres, l'écart entre l'image perçue par différentes personnes et le sens qu'iels lui donnent et ce à différent niveau. Au niveau macro, nous retrouvons les interactions avec le gouvernement et la société. À celui méso, nous y incluons celles à l'intérieur des établissements de santé et de leur grappe de service et micro, au sein même de leur laboratoire. Ce dernier niveau peut entre autres influencer la manière dont les compétences d'une personne sont perçues si elle ne correspond pas au niveau du genre, de la couleur de peau, de l'apparence physique à l'image de le ou la bonne professionnelle (Ashcraft, 2013).

Les résultats seront abordés sous quatre thématiques : 1) Choc entre les images de la profession, 2) Évolutions informatiques et technologiques, 3) le projet de restructuration Optilab : une nécessité pour l'un, un échec pour les autres; 4) quel avenir au sein de la profession?

## Choc entre les images de la profession

Lors de la période de questions et réponses orales à l'Assemblée nationale du 28 sept 2021 Joël Arseneau, porte-parole du troisième groupe d'opposition en matière de santé, souligne que des personnes travaillant dans le milieu de la santé ne se sentent pas entendues à travers les décisions du gouvernement, entre autres dans la manière d'octroyer les primes Covid. En réponse, Legault réplique :

M. le Président, quand on a annoncé, la semaine dernière, des primes aux infirmières, aux perfusionnistes, aux inhalothérapeutes, on savait qu'il y aurait d'autres groupes qui auraient dit : Bien, pourquoi pas moi? Je travaillais dans un dépanneur. À cause de la pandémie, j'ai travaillé des heures de fou. Pourquoi pas moi ?  [\(https://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/travaux-assemblee/AudioVideo-91379.html](https://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/travaux-assemblee/AudioVideo-91379.html), 21 mins 10s)

Pour M. Arseneau et une participante, M. Legault compare dans cette réponse plusieurs professionnel.les en santé à des employés de dépanneur. Patricia nous partage l'effet de ces propos sur son ressenti et sur ce qui l'amène à poursuivre ce travail :

Que Legault nous ait traités d'employés de dépanneur, ça m'a comme frappé-là. Pis tsé, ça me fesse encore maintenant-là. C'est ça qui a changé un peu ma mentalité, je me dis : [Si] que le Gouvernement considère que je suis un employé de dépanneur, **pourquoi je me brûle?** (silence) (sur le bord des larmes). Vers où qu'on s'en va? [...] **Ça sert à quoi de persévérer?** Mais en même temps, j'aime ce que je fais, [...] donc euh... On va espérer que ça change [ET: Ouais, pis au final (silence) c'est pour les patients.] Mais c'est ça, sté-je veux dire, moi, je fais ça pour les patients, pis je pense aux patients. Pis c'est pour ça aussi que oui, on a du temps supplémentaire, **mais on le fait, [...] parce qu'on aime notre job, pis on le fait pour notre patient.** Pis on est toute une équipe comme ça.

Comme on peut le constater, l'invisibilité du travail effectué par les TMs à travers l'utilisation de la métaphore « employé de dépanneur » peut être perçue comme réductrice de l'importance de ces professions dans les soins de santé, ce qui peut avoir des effets négatifs sur la motivation au travail et remettre en question la volonté de vouloir continuer au sein de la profession.



À l'inverse, bien que les TMs soient peu, voire pas du tout en contact direct avec les patient.es, ces dernier.ères représentent néanmoins une source de motivation importante dans leur travail. Les TMs ont une conscience élevée des effets de leur travail ou non-travail sur la santé de la population, ce qui contribue à ce qu'ils continuent à travailler dans ce milieu.

Des changements dans l'organisation du travail ont également des effets sur la construction du sens au travail. Regardons plus en détail deux d'entre eux : l'évolution technologique et informatique, ainsi que le projet de restructuration Optilab.

### **Évolutions informatiques et technologiques**

L'arrivée des appareils et l'informatisation a eu divers effets à la fois positifs et négatifs sur le processus de travail effectué par les TMs au fil des années. Les souvenirs d'Hugo le démontrent bien :

Écoute !!!! Écoute !!!! [...] Je me rappelle là, au laboratoire-là, rentrer des feuilles de travail à la main. Transcrire les demandes d'analyse de la requête sur l'analyseur, transcrire les résultats de l'analyseur sur la feuille de travail, les transcrire sur la requête qui était en carbone, envoyer une copie aux urgences, une copie au dossier. Ça nous prenait un temps fou de faire ça, ces feuilles de travail-là !! L'informatique a ALLÉGÉ tout ça d'une façon incroyable !!! L'informatique a faite qu'on pouvait avoir [accès aux] résultats précédents des patients ! Tsé, sinon on y'allait juste avec : « Y me semble que Monsieur dans le 21-1, y'était bas en hémoglobine. » Mais-là, on est capable avec l'informatique de voir le résultat précédent ! Écoute ! Ça, ça a changé toute une vie depuis. [...] La technologie a fait que les multi-analyseurs nous demandent moins de sang, moins de sérum. Y'en font plus aussi. Oui, ça a changé énormément. Ce qui a amené aussi une façon plus aliénante, parce que quand je suis parti de [mon ancien lieu de travail], on était rendu avec des chaînes d'auto-validation. Je trouvais ça aliénant, parce que j'avais l'impression que je faisais juste fournir une machine-là-là, mais... Mais, mais rapidité, on reviendrait pas en arrière-là !

À partir de ces propos, nous pouvons souligner que d'un côté, l'informatisation a entre autres eu comme effet positif de permettre un meilleur suivi de l'état des patients en donnant accès aux résultats antérieurs et en permettant un plus grand volume d'analyse. Cela a également contribué à diminuer le dédoublement de tâche et le risque d'erreurs. D'un autre côté, des effets négatifs sont aussi à noter. Ces évolutions peuvent rendre le travail plus « aliénant », plus mécanique, par le fait que plusieurs tâches auparavant manuelles sont maintenant informatisées. De plus, avec chaque ajout d'appareil, il y'a un risque de suppression de poste. C'est entre autres ce qui est visé avec le projet de restructuration Optilab que nous aborderons dans la prochaine thématique.

L'image de la profession en est ainsi influencée. On peut, entre autres, le constater dans la réponse de Daniela à la question : Qu'est-ce pour toi la profession de technologiste médical?

Il y a des appareils, on réceptionne des tubes. Tous les tubes sont déjà prélevés par une autre personne, collés avec des étiquettes des patients. Nous, on les réceptionne, c'est facile parce qu'on ne peut pas mélanger. Juste la personne qui n'a pas bien collé, mais l'étiquette est bien collée ça continue. L'appareil réceptionne aussi. Ça vient dans un système informatique. [...] Et juste qu'on fait des techniques aussi. On étale des lames. [...] Je fais des calibrations, je dilue des réactifs. [...] Quand il commence une alarme [sur un appareil], tu dois trouver le problème.

Ainsi la manipulation technique des spécimens s'est transformée en manipulation d'appareils. Les changements d'image de la profession et du sens au travail sont également influencés par les projets de restructuration présents dans le milieu de la santé et des services sociaux. L'un des projets les plus marquants pour les TMs est celui nommé Optilab.

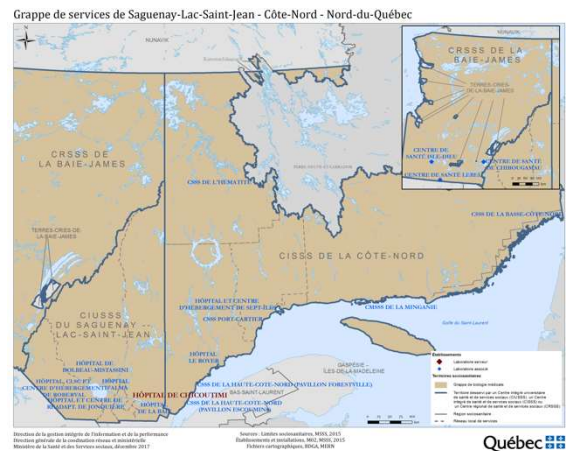
**Le projet de restructuration Optilab : une nécessité pour l'un, un échec pour les autres**

L'historique du système de santé démontre toute une succession de projets de restructurations, de petite ou grande envergure. Les laboratoires n'y échappent pas! Le dernier en date qui touche presque l'ensemble des laboratoires sur le territoire du Québec s'appelle Optilab. Annoncé en 2011, ce projet s'est mis en branle en avril 2017 avec la fusion des effectifs matériels et humains. Exigé par le Conseil du trésor, ce projet « se fonde sur des principes d'efficience, de contrôle des dépenses et de mise à jour des équipements » (Millette, 2015). La grappe couvrant le plus de territoire est probablement la numéro 2 qui touche les territoires de la Côte-Nord, du Saguenay–Lac-Saint-Jean et du Nord-du-Québec (figure 1). L'employeur est localisé dans l'arrondissement de Chicoutimi de la ville de Saguenay soit tout en bas du territoire couvert.

**Figure 1: Territoire couvert par la grappe 2**  
[https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/optilab/Saguenay\\_CoteNord\\_NordDuQuebec.png](https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/optilab/Saguenay_CoteNord_NordDuQuebec.png)

Les critiques envers ce projet de restructuration ont débuté avant même sa mise en place. Des regroupements de médecins, dont la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), ont entre autres fait des sorties publiques pour dénoncer ce projet (Millette, 2014). Fait intéressant, c'était le docteur Gaétan Barrette (dans Millette, 2014) qui était alors président du FMSQ. Il a entre autres dit :

Nous comprenons l'exercice financier, mais il n'est pas question de mettre quoi que ce soit en place au Québec sans garantir la sécurité du transport et la mise en place d'un système d'information fonctionnel pour permettre le relais rapide des rapports diagnostics et des analyses.



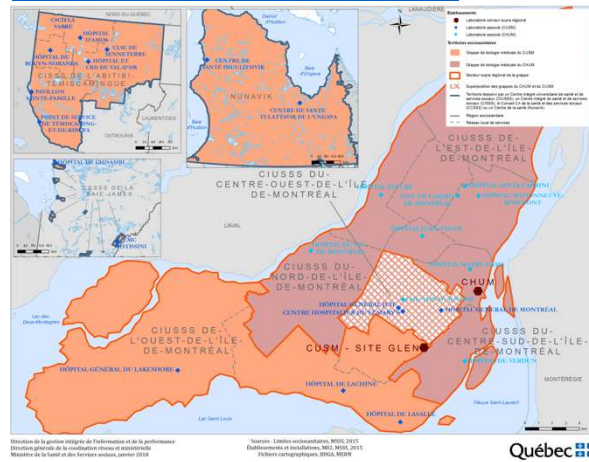
Il considère toutefois qu'il faut aller de l'avant : « On ne pourra pas acheter des équipements de pointe dispendieux dans 22 laboratoires, alors oui à une concentration, mais à une condition que le patient et la pratique médicale ne s'en trouvent pas altérés » (Barrette dans Millette, 2014). C'est finalement lui, en tant que ministre de la Santé, qui donna le feu vert au projet trois ans plus tard.

Cependant, la mise en place ne se déroule pas comme prévu par le gouvernement dans toutes les grappes. Par exemple, les laboratoires présents sur le territoire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN) et du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) devait fait partie de la grappe Optilab du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) (voir figure 2), mais comme le mentionne Hugo le traité de la Baie-James a empêché sa mise en place :

Le traité de la Baie-James dit que les gestionnaires doivent être sur place, doit être sur le territoire. Avec Optilab, nous, on était affilié au [CUSM], donc les gestionnaires étaient au [CUSM]. Et-là, nous, ça avait un gros enjeu, parce que, en tombant les employés du [CUSM]. On prenait la convention collective du [CUSM] et les ententes locales du [CUSM]. Nous-là, c'est une entente locale qu'on puisse coller nos vacances, puis nos fériés, nos maladies à nos vacances. Au Sud, y'ont pas le droit de faire ça. Que comprenez-vous que-là ça, ça l'avait des enjeux pour nous autres-là. Les maisons, on n'a pas le droit d'être propriétaire ni locataire de maisons, ici, on est des blancs, on est sur un territoire. Y faut que la maison ou le logement appartiennent à l'employeur. Y'a toujours une contrepartie à quelque part. que-là-là l'Obtilab a pas pu... pis tout ce que ça a fini par faire, c'est que le [CUSM] s'engageait à avoir une étroite collaboration avec nous, avec le laboratoire. Mais cette étroite collaboration, on l'avait déjà.

On peut voir dans les propos d'Hugo que ce qui englobe le sens au travail peut dépasser le cadre des laboratoires. Dans le cas du Grand Nord, la structure de l'horaire de travail et l'accès au logis sont conçus comme des avantages ou des effets des négociations effectuées dans le cadre du traité de la Baie-James. Ces effets ne sont cependant pas visibles pour la population. En effet, les informations disponibles sur le site du gouvernement québécois présentant le projet - qui n'ont pas été mises à jour depuis le 08 août 2019 - présentent toujours la RRSSSN et la CCSSSBJ comme faisant partie de la grappe Optilab Montréal – CUSM comme on peut le voir dans la figure 2.

Figure 2 Grappes de services de Montréal - CHUM et de Montréal - CUSM  
[https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/optilab/Montreal\\_CHUM\\_CUSM\\_V2.png](https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/optilab/Montreal_CHUM_CUSM_V2.png)



Le projet Optilab amène aussi une plus grande centralisation des analyses. Avant ce projet, les analyses centralisées étaient celles qui demandent une grande expertise et qui sont peu demandées. Maintenant des analyses de routine sont centralisées et moins de personnes sont présentes pour faire le travail. Lucie nous partage sa perception de la situation :

Quand on a commencé elles étaient cinq, là on travaille à trois. Le volume a augmenté, c'est ça les problèmes qu'il y a dans la santé, avec les compressions de M. Couillard et son austérité. On a perdu, les retraités n'ont pas été remplacés. [...] Ils ont décidé qu'une fois, depuis trois ans au moins, une fois par semaine, soit le lundi soit le vendredi, on travaille pas à quatre, on travaille à trois. Ils ont décidé de couper dans le budget. Donc les vendredis, on travaille comme des folles, on doit courir. Donc avec tout le stress qu'on vie-là, tu peux faire l'erreur. Mais **tu as pas le choix**, tu dois terminer ta journée. [...] Quand tu vas trop vite parfois tu n'as pas le temps de voir comme il faut. Mais **c'est pas de ma faute**, ils veulent que l'on travaille comme ça. On doit être performant-là. C'est ça qu'ils demandent, la performance. Des fois, on se disait tout le temps les collègues-là. « **Ils veulent plus de la qualité, ils veulent la quantité.** »

Ainsi, la centralisation et les coupures de postes font ressentir une perte de pouvoir et de contrôle sur la qualité du travail effectué, ce qui peut contribuer à une perte de sens. Le sentiment de dépassement par rapport à la surcharge de travail peut être ressenti rapidement, comme le souligne Suzanne dans l'extrait suivant, même si elle suggère qu'on finit par s'y habituer. Ce sentiment a également des effets au niveau collectif et demande un ajustement et une prise en charge de certaines tâches afin de permettre aux autres, comme les nouvelles personnes, de s'acclimater :

Mais nous, on la vit tout le temps, qu'on est tellement... On sait que c'est gros, mais on s'y habitue. Pis on est fatigué de tout ça. Pis t'a les nouveaux qui arrivent, qui sont pas capables de la vivre, c'était pression-là. Pis que là, ils partent en pleurant tout d'un coup, mais là, le lendemain, ils reviennent, faut que tu t'arranges pour tout faire pour le, leur enlever de la pression pour être sûr qu'ils seront là le lendemain (rire).

Bien évidemment, les effets des restructurations ne sont pas vécus de la même manière pour tous. Les TMs, la diversité des parcours peut complexifier l'image qu'ils ont de leur avenir dans la profession.

### **Quel avenir au sein de la profession?**

Il est difficile pour les participant.es de savoir ce qui composera leur avenir. Les informations qui permettraient d'avoir une meilleure compréhension ne sont pas toujours partagées, comme le mentionne Anaïs :

Ils sont en train de faire un gros labo à Saint-Bruno pour toutes nous fusionner, mais il y'a personne qui est capable ni nos syndicats, personne ne nous dire c'est combien de chaises qui va être déplacées. [...] Ça va-tu marcher par des départements? Ça va-tu marcher [par ancienneté?] Personne n'est capable de rien nous dire... Est-ce [que les personnes qui restent et travaillent actuellement à plus de 50 km seront indemnisées]? On le sait pas, mais les plans sont toutes faites! Y savent qu'il y a neuf, mettons, je sais pas, chaises dessus. C'est sûr que c'est tout calculé, ils peuvent pas avoir improvisé le nombre de chaises en pathologie au microtome, ça se peut pas. Ils savent le volume, ils savent les

appareils tout ça! Mais il y'a rien. Les shifts rien, va-t-il y avoir un shift de nuit là-bas? rien. On n'est rien capable de se faire dire.

Pour les participant.es formé.es à l'étranger, ce projet de restructuration assombrit leur perception d'avenir au sein de la profession et remet en question leur projet migratoire. L'écart entre les efforts déployés pour obtenir leurs équivalences au Qc versus les informations entendues sur le projet Optilab est source de questionnement :

Mais pendant la formation on entendait Optilab, que les laboratoires seront regroupés, que y'a des licenciements que des gens commençaient à perdre du travail. J'ai dit ben, voilà quelque chose dans laquelle je me suis engagé et maintenant, autre chose vient s'installer. On me dit que ceux qui sont déjà au travail commencent à perdre leur travail. Qu'est-ce que je vais devenir. Est-ce que j'ai laissé le travail chez-moi, je suis venue là. Je suis retournée aux études, je n'arrive pas à encadrer mes enfants et je suis en pleine formation (Siaka).

Comme l'on peut constater dans les propos de Siaka, les impacts potentiels d'Optilab, tels que la diminution du nombre de postes disponibles vient remettre en question les projets d'avenir au sein de cette profession, en plus de toucher l'ensemble de la famille. Ces craintes sont perceptibles aussi dans le nombre d'inscriptions à la technique qui diminue au fil des ans. Ce qui a, selon le syndicat l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) des effets cycliques sur le milieu :

À l'annonce de son lancement, les représentant.e.s de l'employeur ont affirmé qu'il y aurait une baisse du nombre de postes en laboratoire. Son déploiement démontre le contraire, mais aucun ajustement du discours n'a été apporté. Cette publicité négative a entraîné une diminution marquée des inscriptions dans les programmes de Technologie d'analyses biomédicales, qui mènent à un poste de technologiste médicale ou de technicienne de laboratoire médical diplômée. « Sur le terrain, on constate une augmentation de la charge de travail et des besoins en main-d'œuvre », déplore la présidente de l'APTS (<https://aptsq.com/actualites/manque-de-personnel-diplome-la-fiabilite-des-resultats-d-analyse-de-laboratoire-est-compromise/>, publié le 13 mai 2021).

L'inquiétude par rapport au manque de finissant.es est perceptible dans les propos de Louise :

C'est inquiétant quand tu vois ça parce qu'y'a pas d'étudiants, ça a l'air qu'au travers du Québec, y'a comme 300 postes de techno de pas pris, pis y'a pas de finissant, y'a eu 100-105 finissants cette année. Faque...

Ces effets peuvent être vécus plus difficilement pour les TMs formé.es à l'étranger, car elles doivent s'intégrer dans un milieu de travail qui est lui-même en processus de changement (Tremblay, 2019). Malgré les efforts déployés aux niveaux individuel et familial pour s'intégrer dans la société québécoise et dans une profession, iels ne seraient pas nécessairement prêt.es à recommencer dans un autre laboratoire. Fatima, qui a réussi à terminer sa période de probation au troisième essai, nous partage son ressenti :

Parce que moi, j'ai tellement stressé avant que j'ai plus le courage de refaire. S'aillait, j'ai eu ma dose, je veux plus autres choses. Je me dis, je reste [ici], s'ils m'envoient ailleurs, c'est possible que je démissionne carrément. Ça dans ma tête, parce que j'ai peur. J'appréhende c'est quoi qui va se passer encore. J'ai tellement stressé avec les collègues, est-ce que je vais revivre ça? Non, j'ai plus le courage.

Les changements dans les tâches qui deviennent plus routinières et « aliénantes » (Hugo) participent aussi à la réflexion sur la réorientation de carrière :

Il y en a beaucoup qui me disent et je, je les crois, qui disent : « moi c'est pas vrai qu'on va faire des boîtes à Sorel. Tant qu'à être payé, je vais aller faire des cornets ou.... tant qu'à être payé 35 piasses de l'heure », pis encore là de jour, dépendamment avec la prime de ci, de ça pour venir faire des boîtes, a dit : « tant qu'à ça je vais aller faire des cornets là » (Anais).

Louise, qui a quitté la profession, ne regrette pas son choix :

[De chez-moi,] je vois les ambulances passer, pis des fois les pompiers, pis tout ça. Pis des fois je me dis : « Ah merde, y'a un accident », le soir-là! On n'est pas beaucoup qui reste proche de l'hôpital. Là je me disais : « la personne est toute seule ». Je stressais parce que je me disais, si y'a un accidenté, pis qui



sont dans la merde pis qui ont besoin d'aide, c'est moi qui vont appeler, pis je vais être obligée d'y aller. Pis je vais me sentir obligée d'y aller pour pas laisser la personne dans la merde. [Maintenant,] je vois les ambulances passer, j'ai pu ce sentiment-là. Là. J'ai pu... Je, je me retrouve, je redeviens la personne que j'étais avant. La personne qui aimait la vie, qui aimait avoir du fun, qui... Faire des sorties, voir son monde. Je me suis retrouvée pis... ça a été tellement... ça a été super bénéfique là.

Le manque de communication sur les restructurations, la surcharge de travail ainsi que le sentiment de devoir être disponible en tout temps, affecte la santé mentale des participant.es, contribuant ainsi à remettre en question leur avenir dans la profession. Nous avons mentionné plus tôt que le sentiment que leur travail est important pour la société, de ce fait, leur contexte de travail actuel contribue à ce que les TMs craignent pour la qualité des soins à la population.

### **En conclusion, centraliser : à quel prix?**

Pour conclure, nous désirons ouvrir la discussion en faisant un parallèle entre les résultats préliminaires de ces recherches et des éléments de la nouvelle réforme du système de santé et des services sociaux annoncés à la fin du mois de mars 2023 par le ministre Dubé (<https://www.journaldequebec.com/2023/03/29/reforme-de-la-sante-voici-les-7-cles-de-christian-dube-pour-rendre-le-reseau-efficace>). Nous nous attarderons sur deux enjeux que nous constatons.

Le premier touche dans le processus l'instauration de la réforme dans le Grand-Nord québécois qui est régie par le traité de la Baie-James. Rappelons-nous, l'absence prévue de gestionnaire sur place a empêché l'implantation d'Optilab. Dans cette réforme, contrairement à cette dernière, des gestionnaires de proximité sont prévues, il est donc envisageable de penser qu'elle pourra s'y déployer. Cependant, considérant qu'il n'y aura plus qu'une seule convention collective locale, nous nous questionnons sur les attraits que représentera le fait d'aller travailler dans le Grand Nord sans les accommodements qui y sont possibles actuellement (ex. L'ajustement de l'horaire de travail : un mois de travail et un mois de congé). Les conditions de travail font partie du sens octroyé à l'emploi et elles sont considérées comme un avantage versus au « Sud ». Si moins de personnes désirent aller y travailler, c'est la population locale qui en fera les frais.

Deuxièmement, il y a celui de l'uniformisation des technologies et des procédures. Bien que leurs uniformisations puissent permettre de déplacer plus aisément les employé.es, car une fois formé iels le sont partout, cela représente des risques au niveau de l'approvisionnement et de la rétention du personnel. En cas de rupture de stock, des soins risquent d'être annulés sur l'ensemble du Québec, ce qui peut représenter un problème de santé publique. Pensons seulement au risque de pénurie de tubes de prélèvement pour les tests Covid en 2021 (Radio-Canada, 2021) ou aux problèmes d'approvisionnement de réactifs en 2022 dans la région de Québec (Gagné, 2022) qui ont conduit à des diminutions et des annulations d'analyses. De plus, comme nous l'avons présenté l'uniformisation des techniques et des procédures au sein des laboratoires contribue à modifier l'image de la profession, le sens donné par les participant.es à leur expertise et à leur travail, ainsi qu'à remettre en question leur avenir dans la profession. Il est alors possible que la modification du sens au travail vécu par les TMs, issue de la mise en place d'Optilab et de l'évolution des technologies, se produise également pour les autres professions qui exercent dans le système de santé contribuant ainsi à augmenter la pénurie de main-d'œuvre déjà présente.

## Références

- Ashcraft, K. L. (2013). The glass slipper: "incorporating" occupational identity in management studies. *Academy of Management review*, 38(1), 6-31. <https://doi.org/10.5465/amr.2010.0219>
- Blouin, Marie-Claude (2023, 18 février) À bas OPTILAB. Le devoir. [reportage]. [https://www.ledevoir.com/opinion/idees/782256/idees-a-bas-optilab?fbclid=IwAR0Fgd\\_YA8olATPzZp-AywMeL3NhcUxorKXwrgXVG7CxCyRtIYVFmETfA\\_U](https://www.ledevoir.com/opinion/idees/782256/idees-a-bas-optilab?fbclid=IwAR0Fgd_YA8olATPzZp-AywMeL3NhcUxorKXwrgXVG7CxCyRtIYVFmETfA_U)
- Dupuis, A. et Farinas, L. (2010). Vers un appauvrissement managérialiste des organisations de services humains complexes ? *Nouvelles pratiques sociales*, 22 (2), 51-65. doi : <https://doi.org/10.7202/044219ar>
- Gagné, L. (2022, 10 février). Une pénurie force l'annulation d'analyses médicales à Québec. Radio-Canada. [reportage]. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1861365/penurie-reactifs-tests-analyses-laboratoire-optilab-chu-quebec-ciuss-capitale-nationale-retards-resultats-patients>.
- Lévesque, L. (2023, 16 février) Délais chez Optilab : l'APTS réclame une décentralisation des laboratoires. Le devoir. [reportage]. [https://www.ledevoir.com/depeches/782020/delais-chez-optilab-l-apt-reclame-une-decentralisation-des-laboratoires?utm\\_source=recirculation&utm\\_medium=hyperlien&utm\\_campaign=corps\\_texte](https://www.ledevoir.com/depeches/782020/delais-chez-optilab-l-apt-reclame-une-decentralisation-des-laboratoires?utm_source=recirculation&utm_medium=hyperlien&utm_campaign=corps_texte)
- Millette, L. (2014, 2 mars) Projet OPTILAB : l'inquiétude gagne le réseau de la santé. La Presse [reportage]. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201403/02/01-4743877-projet-optilab-linquietude-gagne-le-reseau-de-la-sante.php>
- Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ). <https://www.optmq.org/public/la-profession/programme-de-formation-tab.html>, consulté 12 janvier 2023.
- Piron, F. (2003). La production politique de l'indifférence dans le Nouveau management public. *Anthropologie et Sociétés*, 27 (3), 47-71. doi : <https://doi.org/10.7202/007924ar>
- Radio-Canada. (2021, 31 décembre). Tests de dépistage : le Québec pourrait connaître des problèmes d'approvisionnement [reportage]. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1851066/test-pcr-covid-baisse-reserves-approvisionnement>
- Tremblay, E. (2019). Mieux comprendre la construction d'un sentiment d'intégration professionnelle dans un contexte de relations interculturelles au Québec: Le cas des technologistes médicaux formées à l'étranger Université du Québec à Montréal]. (Mémoire). <http://archipel.uqam.ca/id/eprint/13527>.
- TVA Nouvelles. (2023, 10 janvier). « On est nécessaire à toute chirurgie ou tout saignement dans l'hôpital » [reportage]. <https://www.tvanouvelles.ca/2023/01/10/on-est-necessaires-a-toute>

[chirurgie-ou-tout-saignement-dans-lhopital?fbclid=IwAR2hTqP0qoXZMd9BBAOL2hJq12t-1Nd9euWLDMo6sWwDe7YpihgJpGB5DuA.](https://www.courrierfrontenac.qc.ca/actualite/hopital-de-thetford-les-analyses-microbiologiques-transferees-a-levis/)

Savard, J-H. (2020a, 1<sup>er</sup> décembre). Hôpital de Thetford : les analyses microbiologiques transférées à Lévis. Courrier Frontenac. [reportage]. <https://www.courrierfrontenac.qc.ca/actualite/hopital-de-thetford-les-analyses-microbiologiques-transferees-a-levis/>

Savard, J-H. (2020b, 3 décembre). « Optilab, ce n'est pas aussi beau qu'on nous le laisse croire » - Jean-François Travers. Courrier Frontenac. [reportage]. <https://www.courrierfrontenac.qc.ca/actualite/optilab-ce-nest-pas-aussi-beau-quon-nous-le-laisse-croire-jean-francois-travers/>

Guindon, M. (2022, 13 avril). La pénurie grandissante de techniciens de laboratoires inquiète l'APTS. Radio-Canada, ICI Abitibi-Témiscamingue. [reportage]. [https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1876375/syndicat-alliance-professionnel-technique-main-oeuvre?fbclid=IwAR0Fgd\\_YA8olATPzZp-AywMeL3NhcUxorKXwrgXVG7CxCyRtIYVFmETfA\\_U](https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1876375/syndicat-alliance-professionnel-technique-main-oeuvre?fbclid=IwAR0Fgd_YA8olATPzZp-AywMeL3NhcUxorKXwrgXVG7CxCyRtIYVFmETfA_U)

## **Prévenir les risques respiratoires à la maison dans le cadre des maladies chroniques La visite à domicile du conseiller médical en environnement intérieur**

Virginie Loizeau, Architecte DPLG, Chargée d'études temporaire en programmation  
Région Bretagne

Docteure en sociologie, Chercheuse associée ESO-Rennes UMR 6590 CNRS, Université  
Rennes 2

### **Objectif**

Le texte a pour objectif de présenter l'activité de conseiller médical en environnement intérieur (CMEI). Il s'intéresse plus particulièrement aux visites que ce professionnel de santé effectue aux domiciles des familles d'enfants atteints de maladies respiratoires chroniques telles que la mucoviscidose et l'asthme. Il propose une analyse sociologique de cette modalité originale et marginale de prévention des risques respiratoires dans l'habitat.

### **Contexte : Le CMEI et la prévention médicale à domicile**

#### *La maladie respiratoire chronique, le logement et les risques*

Les personnes souffrant de maladie respiratoire chronique comme la mucoviscidose ou l'asthme allergique sont sensibles à des agents pathogènes courants dans le logement. Il peut s'agir de micro-organismes (virus, bactéries, moisissures, acariens, etc.) ou de composés chimiques émanant des matériaux de construction et d'aménagement, de produits de ménage et de désodorisation (bougies, huiles essentielles, encens), etc. Ces agents constituent des facteurs potentiels d'exacerbation des manifestations symptomatiques de la maladie. Ils peuvent être à l'origine d'épisodes d'inflammation ou d'infection pulmonaire qui altèrent la qualité de vie de la personne malade : ses traitements médicamenteux sont majorés, voire une prise en charge hospitalière temporaire s'avère nécessaire.

Afin d'éviter ou de limiter la dégradation de l'état de santé de leurs patients, les soignants (médecins le plus souvent spécialistes, pneumologues ou allergologues) les incitent à un travail de prévention domestique des risques respiratoires. Ils leur adressent des recommandations médicales de bonnes pratiques relatives à la qualité de l'air intérieur du logement et sa gestion. Ils leur prodiguent des conseils généraux de dépoussiérage, d'aération et de suppression des sources, des réservoirs ou des vecteurs d'agents pathogènes tels que les tapis et les rideaux, les vases de fleurs et les pots de plantes, les litières d'animaux et les aquariums, vivariums, etc. Certains se font aider dans cette action de prévention secondaire<sup>1</sup> par un professionnel de santé spécialisé, le conseiller médical en environnement intérieur ou CMEI. Ils prescrivent sa visite au domicile de la personne malade pour compléter ces premiers conseils et les adapter aux spécificités de la pathologie, de l'environnement et des conditions de vie du patient. Le but est de mieux le protéger de sa maladie en favorisant sa compliance aux mesures de prévention.

#### *La visite de CMEI, émergence et développement*

Cette modalité de prévention des risques respiratoires liés à l'environnement par l'intervention au domicile de la personne malade d'un CMEI se développe en France depuis maintenant une trentaine d'années. La première formation à cette activité est créée en 1991 à l'Université de Strasbourg à destination des professionnels de santé. Les CMEI sont en effet le plus souvent des infirmiers qui se spécialisent pour devenir des experts de la santé respiratoire et de la qualité de l'air intérieur de tous les lieux de vie, qu'ils soient d'habitation, de travail ou de loisirs. Ils traitent aussi de plus en plus de la santé environnementale en portant attention aux problématiques émergentes des ondes électromagnétiques et des perturbateurs endocriniens. Spécialistes des pathologies dans leurs liens à l'environnement et des mesures de prévention qui leur sont inhérentes, les CMEI sont formés à l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Ils s'affirment ainsi à la fois comme des experts des recommandations de bonnes pratiques et des manières de les transmettre.

---

<sup>1</sup> Car elle vise à limiter le développement d'une pathologie déjà déclarée.

La visite au domicile du patient est au cœur de l'activité de CMEI. Elle est proposée et prescrite à la personne malade par le médecin chargé de son suivi médical. Celui-ci envoie la prescription au CMEI ayant pour secteur d'intervention<sup>2</sup> le lieu d'habitation du patient. Il y précise le motif de la visite. Il peut s'agir d'une sensibilisation « *en première intention (du) patient à son environnement de vie et aux risques qu'il comporte [...]. La visite fait alors pleinement fonction de prévention secondaire et d'éducation thérapeutique* » (Loizeau, 2022 : 56). En prévention tertiaire, elle sert prioritairement à repérer les sources et les réservoirs d'agents inflammatoires ou infectieux dans le logement et à proposer les mesures de décontamination nécessaires pour que le malade recouvre au plus tôt et au mieux sa santé respiratoire.

#### *Le déroulement de la visite de CMEI*

Comme nous l'avons décrit dans notre thèse (Loizeau, 2022 : 56-57), la visite à domicile du CMEI s'organise comme suit : « *Le patient et le CMEI prennent contact afin (d'en) fixer le moment [...]* ». Sa durée oscille entre une et plusieurs heures selon certains éléments contextuels comme la gravité de la maladie, l'état du logement ou les manières d'habiter de la personne malade et de ses proches. La visite débute par un échange au sujet de la maladie et de ses manifestations symptomatiques pour le patient.

« Elle se poursuit par un audit méthodique de l'habitation et des manières d'habiter [...]. (Le CMEI) fait le point sur les caractéristiques et les usages du logement qui permettent de réguler la qualité de l'air intérieur. Il s'intéresse aux principaux points névralgiques que sont la température, l'hygrométrie et le renouvellement de l'air. Il les aborde sous un angle technique. Il vérifie la fonctionnalité et l'efficacité des systèmes de chauffage, de ventilation et d'aération. Il donne des conseils quant à l'optimisation de leur utilisation et de leur entretien. Il indique les températures et les taux d'humidité à respecter en fonction des pièces et de leur destination. Il précise les moments, durées et techniques d'ouverture des fenêtres en tenant compte à la fois de la pathologie et du contexte d'habitation. Il recense avec l'habitant les pratiques sur lesquelles il lui est

---

<sup>2</sup> En France, le CMEI intervient le plus souvent à l'échelle géographique du département dans lequel est implantée la structure l'hébergeant (hôpital public, clinique privée, association, collectivité territoriale, etc.).

possible d'agir pour améliorer la qualité de l'air de son logement. Il procède à un examen exhaustif de ses habitudes de ménage. Il considère les produits, le matériel, les fréquences et les conditions d'entretien du logement. Il s'enquiert du lavage et du séchage du linge. Il désigne les réservoirs et les sources d'agents pathogènes dans l'espace intérieur, ce qui l'amène à discuter des pratiques d'ameublement, de décoration, de désodorisation. Il se renseigne sur les habitudes de vie. Il relève la présence de plantes ou d'animaux (litières, aquariums, vivariums), de cheminées. » (*Ibidem* : 56-57).

Le CMEI s'enquiert également des habitudes liées au tabac à l'intérieur du logement. Il « évoque la question des travaux dans la maison, des peintures ou autres. Il renseigne sur les matériaux à privilégier, les organisations à envisager pour éviter » (*Ibid.* : 57) que la personne malade ne soit exposée aux poussières et aux émanations.

« Afin d'étayer ses recommandations, le CMEI effectue quelques mesures à visée pédagogique : il relève la température et le taux d'humidité. Il peut mesurer celui du CO<sub>2</sub> ou des COV en différents endroits de la maison en vue de montrer l'impact d'une bougie même éteinte, d'un produit ménager même rangé sur la qualité de l'air. Il réalise des prélèvements protocolaires ou spécifiques d'air, de poussières, de moisissures, d'eaux stagnantes, etc. dans les cuisines, les salles-de-bains ou ailleurs si nécessaire, au niveau des bouches d'aspiration ou de soufflage des VMC. Le CMEI peut fournir des brochures des fabricants de housses antiacariens par exemple ou encore de collectivités territoriales proposant des services d'aides à la rénovation du logement dans le but de guider et de faciliter les décisions [...]. Il peut accompagner l'habitant dans ses démarches auprès d'un bailleur afin d'accélérer la prise en compte d'une requête de travaux pour raison de santé.

Le CMEI rédige un compte-rendu de visite. Il reprend l'essentiel de cet état des lieux et des conseils adressés. De même que les résultats des analyses des prélèvements, il l'envoie à la famille et au médecin prescripteur. La visite peut être suivie d'une contre-visite lorsque des mesures de décontamination sont à mettre en œuvre. Elle est renouvelable à la demande [...] en fonction de l'évolution de l'état de santé [...], des conditions de logement ou autre. » (*Ibid.* : 57).



Les échanges avec le CMEI peuvent se poursuivre par téléphone ou par mail si la personne malade en ressent le besoin.

### *La visite de CMEI, une modalité marginale de prévention des risques*

Depuis les années 2000, de nombreuses publications (De Blay *et alii*, 2003 ; Speyer-Olette *et alii*, 2009 ; Ramgolam *et alii*, 2023) attestent régulièrement de l'intérêt de la visite d'un CMEI au domicile du patient pour l'amener à prendre en compte les recommandations médicales de bonnes pratiques relatives à l'environnement intérieur. Participant à améliorer la santé respiratoire et la qualité de vie du malade dans son logement (Ramgolam *et alii*, 2023), la visite de CMEI contribue in fine à une moindre sollicitation du système de soins curatifs et palliatifs (Gangneux *et alii*, 2022). Cependant, le nombre de CMEI en activité en France reste faible, peinant à atteindre la centaine dans un pays comptant au moins 10 millions de personnes vivant avec une maladie respiratoire chronique<sup>3</sup> (soit un peu plus d'1/7<sup>e</sup> de la population). Peu connue des médecins pourtant tous habilités à la prescrire (Bex *et alii*, 2021), la visite de CMEI comme outil de prévention peine également à se développer en l'absence de prise en charge de son coût (plusieurs centaines d'euros) par la Sécurité Sociale. Le financement des visites de CMEI est majoritairement tributaire des collectivités territoriales, des politiques locales en matière de santé<sup>4</sup> et des budgets qui leur sont alloués. Via le protocole ECENVIR ou l'évaluation clinique et l'étude d'impact économique de l'intervention des conseillers en environnement intérieur (CEI) au domicile des patients asthmatiques (2012-2021)<sup>5</sup>, des praticiens et des chercheurs hospitaliers se mobilisent pour obtenir la mise en place d'un système de financement pérenne à l'échelle nationale. Depuis le début de l'année 2023, les associations de défense de la santé respiratoire militent aussi officiellement et prioritairement afin de « *renforcer sensiblement le nombre de conseillers médicaux en environnement intérieur* »<sup>6</sup>. Malgré l'efficacité reconnue de la visite à domicile de CMEI

---

<sup>3</sup> Selon l'association Santé Respiratoire France. Cf. <https://sante-respiratoire.com/les-maladies-respiratoires/>

<sup>4</sup> Déclinées dans les PRSE, les Plans Régionaux Santé Environnement.

<sup>5</sup> D'après l'IRDES, l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. Cf. [Évaluation clinique et étude d'impact économique de l'intervention de Conseillers en environnement intérieur \(CEI\) au domicile des patients asthmatiques \(Protocole « ECENVIR »\), volet économique \(irdes.fr\)](#).

<sup>6</sup> D'après la note d'information du Collectif des Etats Généraux de la Santé Respiratoire. Cf. [Obs - Theme 1 | My Site \(collectif-sante-respiratoire.com\)](#).

pour préserver la santé dans l'environnement domestique, celle-ci constitue encore aujourd'hui une forme d'intervention marginale auprès des malades respiratoires chroniques et de leurs proches.

## **Matériel et méthode : L'étude de la prévention domestique des risques**

### *Une enquête qualitative auprès des familles d'enfants malades*

Si les CMEI et le déploiement de leur activité font l'objet d'études et de rapports (Bouvrais, 2009 ; Banchet *et alii*, 2017), peu de recherches propose une analyse sociologique de cette modalité originale de prévention médicale des risques respiratoires dans l'habitat. Une thèse de doctorat en sociologie<sup>7</sup> a eu pour objet la prévention domestique des risques respiratoires par les familles d'enfants atteints de mucoviscidose ou d'asthme (Loizeau, 2022). Cette recherche a été l'occasion de s'intéresser au parcours professionnel et à l'activité de deux CMEI exerçant en Bretagne et intervenant aux domiciles de parents d'enfants malades. Au sein de l'association Capt'air Bretagne<sup>8</sup>, Sophie Frain collabore avec le Centre de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose (CRCM) pédiatrique de Rennes-Saint-Brieuc depuis la seconde moitié des années 2000. Attachée à la Polyclinique Saint-Laurent de Rennes, Jacqueline Lizarraga est régulièrement sollicitée depuis le début des années 2010 par des pneumopédiatres et pneumologues soignant des enfants asthmatiques. Toutes deux sont infirmières et formées à l'éducation thérapeutique.

Nous les avons interviewées et accompagnées dans quelques-unes de leurs visites à domicile<sup>9</sup>. Nous nous sommes surtout entretenus avec 21 familles ayant bénéficié de leurs conseils lors de visites à domicile<sup>10</sup> prescrites pour des motifs divers.

---

<sup>7</sup> Sous la direction de Marcel Calvez, professeur émérite de sociologie à l'Université Rennes 2 (laboratoire ESO-Rennes, UMR 6590 Espaces et Sociétés CNRS). La recherche doctorale a bénéficié d'un cofinancement de l'association *Vaincre la Mucoviscidose* et de la Région Bretagne.

<sup>8</sup> Centre hospitalier René Pléven à Dinan (Côtes d'Armor).

<sup>9</sup> A quatre reprises, une au domicile d'un adolescent atteint de mucoviscidose et trois aux domiciles d'enfants souffrant d'asthme.

<sup>10</sup> A l'exception d'une famille ayant jugé suffisant un suivi uniquement par téléphone et par courriel à l'occasion des travaux de construction de sa maison.

Dans la mucoviscidose comme dans l'asthme, il peut s'agir de visites initiatrices quand elles ont lieu dans les temps (semaines ou mois) suivant l'annonce de la maladie de l'enfant. Il peut aussi s'agir de visite de réassurance, de correction ou de perfectionnement des pratiques de gestion de la qualité de l'air intérieur déjà mises en place depuis plusieurs années, sur proposition du soignant ou à la demande des familles qui en ressentent le besoin. Enfin, les visites peuvent d'abord consister en un audit environnemental au sens strict en cas de contamination du logement ou pour rechercher dans l'environnement domestique l'agent bactériologique ou chimique responsable de la dégradation de l'état de santé de l'enfant, et ce au moment nécessaire. Malgré un objectif très ciblé, ces visites conservent néanmoins une visée éducative dépassant le problème médical et environnemental à l'origine de leur prescription.

Réalisés en Bretagne entre Janvier 2018 et Septembre 2019, ces entretiens à domicile ont essentiellement porté sur les pratiques d'hygiène domestique et a fortiori de gestion de la qualité de l'air intérieur du logement. Ils ont permis la description ethnographique de l'habitat et des manières d'habiter des familles d'enfants souffrant de maladie respiratoire chronique.

#### *Une analyse sociologique de l'intervention à domicile du CMEI*

Nous avons mobilisé l'analyse culturelle de l'anthropologue britannique Mary Douglas (Calvez, 2006) pour analyser le matériau constitué. Nous avons établi une typologie sociologique des organisations familiales et domestiques et des styles de prévention des risques respiratoires qu'elles adoptent pour prendre soin au mieux de leur enfant malade.

Cette proposition de typologie s'appuie sur la typologie *Grid-Group* des institutions sociales<sup>11</sup> développée par Mary Douglas. Pour analyser et comprendre les conduites en société des individus et des groupes dans lesquels ils s'inscrivent, Mary Douglas considère « deux dimensions proprement sociologiques : le type de relations entretenues à l'intérieur d'un groupe (dimension Grid [...]) et l'inscription sociale de ces relations (dimension

---

<sup>11</sup> Ou des « manières d'être et de faire » (Calvez, 2006).

*Group [...]» (Loizeau, 2020). Présentée ici de façon très schématique et synthétique, ce cadre nous a notamment permis d'analyser les différentes manières dont se construisent les relations de confiance entre les parents d'enfants malades et les professionnels de santé avec lesquels ils interagissent, selon les contextes familiaux, sociaux et culturels d'inscription de ces relations. Cet angle d'analyse rend ainsi compte de la variabilité et de la complexité de l'intervention à domicile du CMEI auprès des familles d'enfants malades.*

### **Résultats : Variabilité et complexité de l'intervention à domicile du CMEI**

La thèse met en évidence deux grands types de contexte domestique d'intervention de la CMEI. Ils se différencient entre autres par la nature et la stabilité des relations que les familles établissent avec les soignants de leur enfant et les professionnels de santé en général.

#### *La visite de CMEI : une intervention limitée à l'expertise environnementale*

En intervenant à domicile auprès des familles d'enfants atteints de mucoviscidose ou d'asthme, les CMEI peuvent se trouver face à des parents qui entretiennent des rapports de confiance solides et durables avec les soignants, pneumopédiatres et puéricultrices. Pour bien prendre soin de leur enfant malade, les parents se réfèrent principalement à cette autorité médicale et à ses recommandations avec plus ou moins de sens critique. C'est dans ce même état d'esprit qu'ils reçoivent la CMEI adressée par les soignants, à savoir avec confiance et exigence. Les parents accueillent la CMEI comme une spécialiste de la maladie de leur enfant dans ses liens à l'environnement domestique. Ils en attendent une expertise ciblée et précise, des conseils ajustés aux spécificités de la pathologie de l'enfant, celles de leur logement et de leurs manières d'habiter. De façon raisonnée et pragmatique, ils sollicitent une aide concrète et technique pour adapter leurs pratiques domestiques en fonction de leurs priorités, contrôler leur environnement pour limiter les risques de santé ou préserver la normalité de leur vie quotidienne. La mère d'Anatole, asthmatique depuis sa naissance<sup>12</sup>, a reçu la visite de la CMEI quand son fils était âgé d'une dizaine d'années. Elle en a surtout retenu les informations qu'elle recherchait à l'époque concernant les housses antiacariens et leurs dernières évolutions pour la literie de son cadet. Suite aux

---

<sup>12</sup> Et âgé de 17 ans au moment de l'entretien en 2018.

recommandations de la CMEI sur le dépoussiérage de la maison, la mère d'Adèle<sup>13</sup>, a acheté un nouvel aspirateur et en a intensifié les passages, considérant qu'il s'agissait d'un moyen simple, efficace et économe en temps pour continuer à vivre « *normalement* » (selon ses termes) avec la mucoviscidose de sa fille.

Pour ces parents qui reconnaissent l'expertise de la CMEI comme celle des soignants de leur enfant, la visite à domicile ou autrement dit la maison comme lieu d'énonciation des recommandations médicales de bonnes pratiques est un gage de leur appropriation et de leur transformation en pratiques effectives et pérennes : plusieurs années après ou parfois une décennie plus tard, les mères comme celle de Constance<sup>14</sup> relatent les conseils de la CMEI avec précision et exhaustivité. Elles continuent de les appliquer avec rigueur et ont minutieusement conservé le compte-rendu de la visite et les éventuels échanges électroniques avec la CMEI. Moins littérales dans leur restitution des recommandations reçues, d'autres familles n'en demeurent pas moins tout aussi fidèles aux nouvelles habitudes prises suite à la visite de la CMEI.

Chez elles et face à une CMEI qu'elles n'associent pas à l'équipe médicale de leur enfant, les familles inversent le rapport de domination qui peut s'instaurer à l'avantage du soignant sur son lieu ordinaire de travail, le cabinet médical ou le centre de soins. Loin d'être rendues vulnérables par la visite de leur univers domestique, les familles au contraire n'en fixent que mieux les limites de leur intimité spatiale : la porte de la chambre parentale ne fait que s'entrouvrir ou reste close. Elles posent aussi nettement les frontières d'une intimité plus symbolique en centrant ou recentrant les propos de la CMEI sur l'enfant et sa pathologie et non sur les ondes électromagnétiques par exemple. En abordant des questions de santé environnementale plus générales ou en s'attardant trop sur les problèmes d'addiction au tabac d'un parent qui ne fume pas à l'intérieur et en présence de son enfant, la CMEI prend alors le risque de passer pour une « entrepreneuse de morale » (Becker, 1963).

---

<sup>13</sup> Atteinte de mucoviscidose, âgée de 3 ans au moment de l'entretien en 2019 et de quelques mois lors de la visite de CMEI.

<sup>14</sup> Atteinte de mucoviscidose, âgée de 8 ans lors de l'entretien en 2018 et de quelques mois au moment de la visite.

Les familles plébiscitent le statut d'experte de la maladie respiratoire, de l'environnement et des bonnes pratiques qui singularise pour elles la CMEI, ou la « *dame de l'air* » (selon l'expression de la mère d'Agathe). Mais ce faisant, elles circonscrivent son rôle de soignante.

#### *La visite de CMEI, des conseils parmi d'autres*

Dans d'autres maisons, les CMEI peuvent à l'inverse se trouver en présence de familles peu assurées dans leurs affiliations, le plus souvent marquées par une certaine inconstance ou conflictualité. Les relations établies avec les soignants de l'enfant se caractérisent par une confiance exclusive, de la défiance ou une forme de détachement. Soit les parents considèrent les soignants comme faisant partie d'un cercle restreint composé de proches, de membres de la famille (grands-parents, oncles et tantes) ou d'associations<sup>15</sup> partageant leurs préoccupations liées à la maladie : les soignants doivent alors se plier aux règles régissant des relations dans lesquelles priment les rapports affectifs et les tensions auxquelles ils donnent lieu. Soit les parents font confiance aux soignants de manière aléatoire : évoluant dans un relatif isolement et manque de repères, ils peuvent être à l'écoute de l'autorité médicale comme y être rétifs ou indifférents selon les périodes ou les circonstances de leur vie.

Dans ces maisons, les parents écoutent avec attention les conseils de la CMEI et en prennent bonne note. Mais ils ne se les approprient et les mettent en pratique que si ces recommandations médicales reçoivent l'aval des membres de la famille considérés comme des spécialistes de l'hygiène domestique. Ainsi, la mère de Tom (asthmatique) a arrêté d'utiliser des produits parfumés pour laver les sols et a acheté un nettoyeur-vapeur comme conseillé par la CMEI. Elle a franchi ce pas car sa mère elle-même possédant ce type d'appareil, celle-ci lui a confirmé qu'il s'agissait bien d'une bonne pratique de nettoyage. Au moment de l'entretien, la mère de Jules (mucoviscidose) se laisse convaincre de désinfecter l'air de sa maison avec des huiles essentielles. Malgré la visite de la CMEI quelques années plus tôt, elle est sensible à l'expertise de sa voisine, représentante commerciale d'une marque de produits ménagers. Ce rôle tacite consistant à valider ou à

---

<sup>15</sup> Comme *Vaincre la Mucoviscidose*.

invalider les conseils de la CMEI peut aussi revenir à un pair, une autre personne malade jugée aussi sinon plus savante et plus sûre que la professionnelle de santé : même si cette dernière préconise le vinaigre blanc comme désinfectant, il sera échangé contre l'eau de Javel au moindre doute émis par un patient sur son efficacité.

Quant aux familles vivant repliées sur elles-mêmes, elles reçoivent assez volontiers la CMEI à leur domicile dans le souci de faire au mieux pour leur enfant. Mais elles ne mettent en application que certains de ses conseils, se focalisant sur les uns et négligeant les autres. Dans la mucoviscidose, elles peuvent par exemple ne pas nettoyer régulièrement les bouches de ventilation ou ne pas changer les joints des appareils sanitaires (douche, baignoire) pour éviter que ne s'y développent des moisissures. Les bonnes pratiques ont aussi du mal à s'installer dans le temps. Car les familles se laissent souvent accaparées par bien d'autres préoccupations ou difficultés et agissent sous l'emprise d'influences diverses et variées. Sans autre forme de rappel, la visite de la CMEI reste un passage et ses conseils sont progressivement remplacés par d'autres donnés par une aide-ménagère ou les « gens » en général, selon le terme de la mère de Thaïs (mucoviscidose).

Les familles prennent en compte le statut d'experte de l'environnement et de la qualité de l'air intérieur de la CMEI. Cependant, elles s'en remettent *in fine* aux connaissances et savoir-faire domestiques de l'entourage familial ou autre, plus ou moins proche, pour adapter leurs conduites de prévention des risques, ce qui limite la portée de l'intervention de la CMEI.

Discussion :

### **La visite de la CMEI comme modalité marginale de prévention des risques**

Nous venons de présenter la visite à domicile de CMEI et de proposer une analyse de ses implications sur l'appropriation des recommandations d'hygiène domestique par les familles d'enfants atteints de maladies respiratoires chroniques. Nous avons souligné l'originalité de cet outil rare de prévention des risques. Nous avons mis en évidence les différences de perception du CMEI et de réception de ses conseils selon les contextes

familiaux et culturels et leurs manières caractéristiques de faire confiance aux soignants et professionnels de santé.

Le faible nombre de CMEI et la précarité du système de financement des visites médicales amènent à une gestion parcimonieuse de cet outil. A titre d'exemple, le Service d'Hygiène de la Ville de Paris et trois établissements hospitaliers de la capitale (Bex *et alii*, 2021) ont mis en place des consultations de CMEI dans les centres de soins pour les situations de maladie dans lesquelles « *des conseils d'éviction suffisent* » (*Ibidem* : 443). Les visites ou « *audits* » (*Ibid.* : 443) à domicile sont réservés aux « *pathologies sévères ou instables, même en l'absence d'élément déclencheur évident dans l'environnement* » (443)<sup>16</sup> : les critères de prescription des visites sont centrés sur la gravité de la maladie ou les variations de l'état pathologique de la personne malade. A l'échelle d'un CRCM ou de la patientèle d'un pneumopédiatre comme dans le cas de notre étude, la prise en compte de critères davantage liés au contexte familial et culturel dans lequel vit l'enfant malade pourrait également être une piste à explorer pour optimiser le recours à la visite de CMEI en regard de consultations de CMEI sur le lieu de soins.

Des études (Ramgolam *et alii*, 2023) suggèrent que dans les milieux sociaux défavorisés ou modestes, les familles observent moins les conseils de CMEI, ou bien qu'elles gèrent les risques respiratoires avec moins d'assurance (Oubalaya *et alii*, 2022). Notre thèse (Loizeau, 2022) corrobore en partie ce constat. Elle montre surtout que le respect des recommandations de bonnes pratiques par les familles dépend des relations de confiance que les parents entretiennent avec les professionnels de santé et des sphères d'influence dans lesquelles ils évoluent. Ces éléments varient en effet en fonction des milieux sociaux : les familles des milieux les plus favorisés tendent à suivre les conseils de CMEI tandis que les familles modestes les mettent moins ou plus difficilement en œuvre, malgré leur « *bonne volonté sanitaire* » (Arborio, Lechien, 2019). Mais l'accumulation de problèmes de santé affectant en même temps plusieurs membres du foyer peut concerner tous les milieux sociaux par exemple, et cette circonstance vient perturber la prise en compte des recommandations. Le milieu social de la famille est donc une information

---

<sup>16</sup> Ce qui tend à valoriser le CMEI dans son rôle de soignant.



précieuse pour le CMEI afin de préparer et adapter au mieux chacune des visites, tout en restant attentif aux autres singularités du contexte familial.

Enfin, la présente analyse aborde la complexité de l'identité professionnelle du CMEI en tant que soignant, le plus souvent infirmier, expert des questions de santé environnementale et formé à l'éducation thérapeutique du patient. Elle montre que les familles perçoivent et se positionnent surtout par rapport à la spécialité environnementale et technique de CMEI. Or ce champ de compétences de la qualité de l'air intérieur croise celui de l'hygiène domestique, savoir-faire ordinaire et tacite de la famille par lequel elle s'approprie la maladie de son enfant (Loizeau, 2020). L'intervention de la CMEI peine ainsi à s'inscrire pleinement dans le cadre d'une relation de soins et d'éducation thérapeutique. Dans le cadre de notre enquête, cette ambiguïté est probablement accentuée par le fait que les familles n'identifient pas la CMEI comme une collaboratrice régulière du pneumopédiatre ou du centre de soins. Clarifier et affirmer sa place dans la prise en charge médicale de l'enfant pourrait contribuer à faire évoluer son statut auprès des personnes malades d'experte-soignante à celui de soignante-experte.

## **Conclusion**

Des infirmiers exercent l'activité de conseiller médical en environnement intérieur depuis maintenant plus d'une vingtaine d'années en France. Malgré l'augmentation de la prévalence des maladies provoquées ou majorées par des facteurs environnementaux et la reconnaissance de la pertinence de l'intervention de CMEI afin de prévenir les risques respiratoires et améliorer la qualité de vie des personnes malades, le CMEI est un professionnel de santé rare, et la visite à domicile reste une modalité de prévention marginale et largement sous-exploitée. Néanmoins, les CMEI et les acteurs de la santé, du milieu associatif et de la recherche continuent à se mobiliser pour promouvoir cette activité et ainsi œuvrer à une meilleure prise en charge des implications domestiques des pathologies respiratoires.

## Bibliographie

- ARBORIO Anne-Marie, LECHIEN Marie-Hélène (2019), « La bonne volonté sanitaire des classes populaires : les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé », *Sociologie*, n°1, vol. 10, p. 91-110.
- BANCHET Fabienne *et alii* (2017), *Conseiller en environnement intérieur, un enjeu de santé publique. Identification des freins et pistes d'action pour développer ce métier*, EHESP.
- BECKER Howard S. (1985 [1963]), *Outsiders, Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Editions A.-M. Métailié.
- BEX Valérie *et alii* (2021), « Evolution des interventions de conseillers médicaux en environnement intérieur à Paris : bilan sur 5 ans », *Environnement, Risques & Santé*, vol. 20, n°5, p. 433-445.
- BLAY (de) *et alii* (2003), « Medical indoor environment counselor : role in the compliance with advice on mite-allergen avoidance and on mite allergen exposure », *Allergy*, vol. 58, n°1, 2003, p. 27-33.
- BOUVRAIS Matthieu (2009), *Asthme et environnement intérieur : intérêt des méthodes d'éviction globale sur l'exposition domiciliaire au risque fongique et sur le contrôle de l'asthme*, Thèse en vue du diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Université de Rennes 1.
- CALVEZ Marcel (2006), « L'analyse culturelle de Mary Douglas : une contribution à la sociologie des institutions », *Sociologies, Théories et recherches*, Octobre 2006 [en ligne] <http://journals.openedition.org/sociologies/522> (consulté le 19 Février 2020).
- GANGNEUX Jean-Pierre *et alii* (2022), « Evaluation multicentrique et randomisée de l'impact des conseillers en environnement intérieur sur le contrôle de l'asthme : l'étude ECENVIR », *Revue Française d'Allergologie*, vol. 62, n°3, p. 330-331.
- LOIZEAU Virginie (2020), « L'hygiène domestique dans la mucoviscidose : la prévention des risques respiratoires et ses implications familiales », *¿ Interrogations ?*, n°31. L'hygiène dans tous ses états [en ligne], <http://www.revue-interrogations.org/>.
- LOIZEAU Virginie (2022), *La prévention domestique des risques respiratoires par les familles d'enfants malades : la mucoviscidose au prisme de l'asthme en Bretagne*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Rennes 2.
- OUBAYA Nadia *et alii* (2022), « Impact of the COVID-19 pandemic and associated lockdown measures on the management, health, and behavior of the cystic fibrosis population in France during 2020 (MUCONFIN) », *Frontiers in Public Health*, n°10.

RAMGOLAM Kiran *et alii* (2023), « Interventions CMEI dans des logements parisiens : facteurs de risque domestiques et santé des patients. Pathologies, évolution et compliance aux conseils », *Environnement, Risques & Santé*, vol. 18, n°4, p. 328-332.

SPEYER-OLETTE Chrysabelle, ROLLAND Christine, VERVLOET D. (2009), « Conseillère médicale en environnement intérieur. Bilan et suivi de cinq années d'exercice », *Revue Française d'Allergologie*, vol. 49, n°8, p. 577-581.

## La profession chiropratique et le double processus de marginalisation

Cécile Bou Farres, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne et Christine Rolland, l'Institut Franco-Européen de Chiropraxie (IFEC)

### Introduction

À la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle aux Etats-Unis naît la chiropraxie, à partir d'un événement fondateur amplement conté dans les manuels d'histoire chiropratique, à la façon que Jean-Paul GAUDILLIÈRE qualifie « d'histoire des traités-bataille », c'est-à-dire l'histoire mythique « linéaire, simplificatrice, mettant en scène un progrès permanent »<sup>1</sup> que les professions font d'elles-mêmes. Le 18 septembre 1895, Daniel David PALMER aurait entrepris d'étudier le dos d'Harvey LILLARD, concierge de son immeuble devenu sourd à la suite d'un accident. DD Palmer aurait remarqué qu'une vertèbre de Lillard était déplacée et aurait entrepris de la repositionner par un mouvement rapide et précis : le premier ajustement chiropratique. Lillard aurait alors retrouvé l'ouïe. Par la suite, DD Palmer œuvre pour répandre son art, le présentant comme capable de guérir ce que la médecine conventionnelle ne traite pas, affrontant les foudres de la profession médicale, les procès et même la prison. De là s'initie un processus de marginalisation externe.

Un peu plus d'un siècle plus tard, plusieurs versions existent quant à l'anecdote impliquant Lillard et le premier ajustement chiropratique. Aucune connexion anatomique ou neurologique ne permet d'expliquer le lien entre une vertèbre située dans le dos et le sens de l'ouïe, et on a montré que les manipulations vertébrales ne peuvent pas déplacer les os. Par ailleurs, les cursus de formation chiropratique s'approchent plus, dans la majorité des instituts, des cursus de formation médicale orthodoxe que de leur rejet<sup>2</sup>. Ici se constitue un processus de marginalisation interne, visant à écarter les franges les moins « médico-compatibles » de la profession.

---

<sup>1</sup> J.-P. GAUDILLIÈRE, *La médecine et les sciences: XIXe-XXe siècles*, Paris, la Découverte, 2006, p. 3

<sup>2</sup> « Council on Chiropractic Education », s. d. (en ligne : <https://www.cce-usa.org/> ; consulté le 27 mars 2023)

L'histoire chiropratique peut se lire comme l'évolution de la discipline depuis une naissance « empirique » vers la scientification de la profession. Or, cette scientification n'est pas linéaire, et surtout elle n'unifie pas tous les chiropracteurs<sup>3</sup>. Aussi, si ni l'histoire emphatique, ni le modèle de pratique scientifique ne permettent de penser l'unité de la profession, une communauté chiropratique existe-t-elle et si oui, sous quelles conditions est-elle possible ?

Pour amorcer une réponse à cette question, nous présenterons dans un premier temps par une approche socio-historique le double processus de marginalisation qui traverse et questionne l'identité chiropratique. Dans un second temps, par une approche de sociologie du travail, nous verrons dans quelle mesure il est possible ou non de penser une unité et diversité de la discipline.

## **Socio-histoire de la chiropraxie**

Née aux Etats-Unis, la chiropraxie est, 130 ans plus tard, présente avec un statut légal<sup>4</sup> dans plus de 90 pays<sup>5</sup>. Comment s'est-elle construite en tant que profession ? Nous étudierons d'abord son origine états-unienne.

### **Marginalisation externe : processus et effets**

Le premier ressort de la construction chiropratique, à l'origine de la définition primaire de son identité professionnelle, est ce que nous caractérisons comme un processus de marginalisation externe.

#### *Médecine conventionnelle naissante et foisonnement des médecines alternatives*

Le début de l'histoire chiropratique, loin d'en faire un cas à part parmi les médecines dites « non-conventionnelles », la place au cœur du foisonnement de thérapies propre à la

---

<sup>3</sup> Dans un souci de simplification du texte, nous utiliserons la forme masculine de manière générique, sans avoir recours à l'écriture inclusive. Nous tenons à souligner toutefois notre attention à la question genrée.

<sup>4</sup> « World Federation of Chiropractic - Countries », s. d. (en ligne : [https://www.wfc.org/website/index.php?option=com\\_sobi2&catid=3&Itemid=94&lang=en](https://www.wfc.org/website/index.php?option=com_sobi2&catid=3&Itemid=94&lang=en) ; consulté le 29 mars 2023)

<sup>5</sup> M. J. STOCHKENDAHL *et al.*, « The chiropractic workforce: a global review », *Chiropractic & Manual Therapies*, vol. 27, n° 1, 24 juillet 2019, p. 36

fin du XIXème siècle, que J. Keith SIMPSON nomme l'ère du « libre-échange en médecine ». Cette période est caractérisée par la profusion de théories médicales, parmi lesquelles la médecine dite orthodoxe, elle-même en train de se constituer, dont les principaux remèdes sont « les saignées, le cloquage, les purgatifs [...] et les toniques », les éclectiques ou thomsoniens avec les « remèdes botaniques, les bains de vapeur et le repos » et les homéopathes avec « l'homéopathie, l'air frais, l'ensoleillement, le repos, les régimes alimentaires et l'hygiène personnelle ». À l'époque plusieurs approches de la santé sont en concurrence, avec le spiritualisme, le mesmérisme, le mysticisme et le vitalisme<sup>6</sup>. Cette période « pré-scientifique » est celle qui voit naître la chiropraxie, non pas philosophie unique mais produit de son époque, parmi d'autres « sciences de la santé » empiriques. D'ailleurs, la fin du XIXème siècle voit émerger à la fois d'autres thérapies manuelles telles que les ostéopathes et les rebouteux, et d'autres professions qui s'intéressent, comme la chiropraxie, à « l'irritation spinale ».

#### *Aux Etats-Unis, le travail de dénigrement de la médecine*

Cette période de profusion théorique et pratique est caractérisée par les luttes concurrentielles entre les différentes formes de thérapie, la médecine orthodoxe forgeant sa propre identité en marginalisant les professions concurrentes, notamment au moyen des procès pour « pratique illégale de la médecine ». Le premier procès d'un chiropracteur arrive dès 1905, et DD Palmer lui-même est poursuivi puis emprisonné pour 23 jours en 1906. On estime qu'en 1931, les 12000 chiropracteurs américains ont subi quelques 15000 procès<sup>7</sup> entraînant plus de 3000 incarcérations. Une autre stratégie de marginalisation consiste dans la mise en place d'une campagne officieuse de dénigrement de la chiropraxie par l'American Medical Association (AMA), consistant d'abord dans la publication régulière de pamphlets anti-chiropratiques dans le journal de l'association, puis dans la une « guerre totale contre la chiropraxie, l'alternative contemporaine qui remporte le plus de succès » (« all-out war on chiropractic, the most successful of contemporary alternatives

---

<sup>6</sup> J. K. SIMPSON, « The Five Eras of Chiropractic & the future of chiropractic as seen through the eyes of a participant observer », *Chiropractic & Manual Therapies*, vol. 20, n° 1, 19 janvier 2012, p. 2

<sup>7</sup> J. KEATING, C. CLEVELAND et J. M. MENKE, « Chiropractic History: a Primer », 1<sup>er</sup> janvier 2004, p. 18

»<sup>8</sup>). Le premier acte de cette guerre est l'Iowa Plan en 1962, ayant pour but de « contenir et ultimement éliminer le culte de la chiropraxie comme un risque pour la santé aux États-Unis »<sup>9</sup>. Ce plan contient entre autres la fondation d'un Comité contre le charlatanisme dont le but est explicitement de « d'abord contenir, puis éliminer la chiropraxie »<sup>10</sup>, en mobilisant trois stratégies principales :

- Le boycott éthique, statuant qu'il était immoral pour un médecin membre de l'AMA d'avoir des échanges professionnels avec des chiropracteurs, interdisant notamment le partage d'une salle d'attente commune ou poussant les médecins à afficher dans leur salle d'attente le pamphlet « Chiropractic, The Unscientific Cult » (« La chiropraxie, le culte non-scientifique »)<sup>11</sup>. Il est d'ailleurs intéressant de noter que cette attaque sur la moralité des chiropracteurs a encore des effets aujourd'hui puisque les chiropracteurs font toujours partie des professions dont l'éthique est la plus mise en doute aux États-Unis.<sup>12</sup>
- Le lobbying anti-chiropratique auprès d'autres associations médicales et des lycées, avec distribution de brochures dissuadant les élèves de devenir chiropracteurs.
- La lutte contre le progrès chiropratique en matière d'éducation, de recherche et de financement par des assurances, encourageant la destruction de la recherche dont les résultats seraient favorables à la chiropraxie.

Ce dernier axe est très prégnant aux États-Unis puisque la recherche y sera presque inaccessible aux chiropracteurs jusqu'en 1975, où la première conférence sur la thérapie manuelle vertébrale prend place au sein du National Institute of Neurologic and Communicative Diseases and Stroke (NINCDS) à Bethesda, Maryland. On voit que la lutte contre la chiropraxie, sa marginalisation comme « alternative » et *a fortiori* alternative à

---

<sup>8</sup> J. K. SIMPSON, « The Five Eras of Chiropractic & the future of chiropractic as seen through the eyes of a participant observer », *op. cit.*, p. 4

<sup>9</sup> J. K. SIMPSON, *The Influence of Political Medicine in the Development of the Chiropractic Profession in Australia*, School of Social Sciences, Faculty of Social and Behavioural Sciences, University of Queensland, 2002, p. 63

<sup>10</sup> J. KEATING, C. CLEVELAND et J. M. MENKE, « Chiropractic History: a Primer », *op. cit.*, p. 32

<sup>11</sup> B. ROUY, *La Chiropratique : histoire d'un combat*, s. l., Multifidus, 2004, p. 100-102

<sup>12</sup> « Gallup Poll: Americans Have Low Opinion of Chiropractors' Honesty and Ethics | Dynamic Chiropractic », s. d. (en ligne : <https://dynamicchiropractic.com/article/52038-gallup-poll-americans-have-low-opinion-of-chiropractors-honesty-and-ethics> ; consulté le 3 avril 2023)

abattre, a relevé pour la médecine conventionnelle de la volonté du maintien d'un monopole d'exercice organisé autour de la revendication d'une légitimité scientifique.

### *L'apparition d'un paradigme au sens kuhnien ?*

Si l'entreprise de marginalisation externe de la chiropraxie par l'AMA a permis à la médecine orthodoxe de se définir grâce à l'élaboration de ses frontières, elle a également permis à la chiropraxie de développer son identité professionnelle. Par exemple, devant les multiples procès auxquels les chiropracteurs faisaient face, BJ PALMER, fils de DD, fonde l'Universal Chiropractic Association (UCA) dont le but est la défense juridique des chiropracteurs attaqués. Tom MORRIS, avocat, est embauché par l'association et défend d'abord Shegataro MORIKUBO en 1907, en montrant que la chiropraxie a une philosophie propre. MORRIS développe, pour la construction de la défense, les concepts de « subluxation » - c'est-à-dire l'objet épistémique des chiropracteurs, « d'ajustement » - par opposition au traitement, qui lui est médical, et « d'analyse » qui se distingue donc du diagnostic médical. Ces éléments sont la base de ce qui s'appellera ensuite « philosophie chiropratique », que MORRIS utilisera lors de plus de 3000 procès de chiropracteurs dont il ressortira victorieux dans plus de 90% des cas. MORRIS recevra ainsi de BJ PALMER le titre de « premier philosophe de la chiropraxie »<sup>13</sup>. Avec l'association, ils mettent en place une campagne de visibilisation de la chiropraxie nommée « Go to jail for chiropractic », incitant les chiropracteurs à accepter les peines de prison (souvent courtes) pour servir de martyrs plutôt que de payer les amendes à l'AMA, ces fonds lui permettant d'attaquer ensuite d'autres chiropracteurs. Cela permet des avancées législatives importantes puisqu'en dépit des attaques de l'AMA, la chiropraxie obtient sa légalisation dans les premiers États américains en 1913 et le sera dans la totalité des Etats-Unis en 1974<sup>14</sup>.

Les attaques envers la chiropraxie ont fourni à la discipline ce que Kuhn nomme un paradigme<sup>15</sup>, c'est-à-dire des valeurs communes, un accord sur les entités qui composent

---

<sup>13</sup> J. K. SIMPSON, « The Five Eras of Chiropractic & the future of chiropractic as seen through the eyes of a participant observer », *op. cit.*, p. 4

<sup>14</sup> J. KEATING, C. CLEVELAND et J. M. MENKE, « Chiropractic History: a Primer », *op. cit.*, p. 20

<sup>15</sup> T. S. KUHN, *La structure des révolutions scientifiques*, L. Meyer (trad.), Paris, Flammarion, 2008, p. 22



le monde tel qu'étudié par leur discipline, des pratiques partagées quant à la façon d'adresser ces entités, et donc un consensus relatif quant aux problèmes traités par la chiropraxie, à la façon de les exposer et de les traiter.

Pourtant, une des composantes d'un paradigme est la présence d'une communauté. Or, si la chiropraxie subit une marginalisation externe par la médecine conventionnelle, elle connaît également plusieurs tentatives de marginalisation interne, interrogeant la possibilité d'une telle communauté.

### **Marginalisation interne : plusieurs lignes de division**

Le territoire chiropratique est subdivisé par des luttes internes quant à l'objet des traitements et aux valeurs des chiropracteurs. Ces divisions prennent place dès les débuts de la profession et se sont exportées dans l'ensemble des pays où la chiropraxie existe. Nous présenterons ici le cas de la France de façon plus précise.

#### *Straights/mixers, mécanistes/vitalistes*

Dès 1901 aux Etats-Unis, Solon M. LANGWORTHY crée la première école chiropratique concurrente de la Palmer School, l'American School of Chiropractic and Nature Cure. LANGWORTHY propose un partenariat à BJ PALMER, qui refuse car LANGWORTHY souhaite, dans son cursus, adjoindre plusieurs méthodes thérapeutiques à la chiropraxie. Il prône également l'allongement du cursus et l'embauche de médecins chiropracteurs parmi les enseignants. Or BJ PALMER considère que la chiropraxie est une thérapie exclusivement manuelle (« hands only »), qui vise uniquement à trouver et corriger des subluxations, ces dernières étant à l'origine de 100%<sup>16</sup> des états de santé<sup>17</sup>. Selon lui, le cursus peut se restreindre à 18 mois d'enseignement théorique et pratique et ne nécessite pas de connaissances médicales. Sur ces bases débute la première dispute chiropratique, dont certains auteurs estiment que les suivantes n'en sont qu'une déclinaison<sup>18</sup>. Cette

---

<sup>16</sup> D. D. PALMER, *Text-book of the Science, Art and Philosophy of Chiropractic - the Chiropractor's Adjuster*, Brattleboro, VT, Echo Point Books & Media, 2019, p. 20

<sup>17</sup> Le terme « états de santé » est utilisé ici pour désigner des conditions beaucoup plus larges que les simples « maladies ».

<sup>18</sup> J. KEATING, C. CLEVELAND et J. M. MENKE, « Chiropractic History: a Primer », *op. cit.*, p. 39

dispute oppose les chiropracteurs « straight » et ceux que BJ PALMER qualifie de « mixers », jouant sur l'ambiguïté entre « mélangeurs » (ceux qui veulent adjoindre d'autres cures à la chiropraxie) et « fauteurs de trouble » (dans l'argot américain du début du XXème siècle). Ici, la tentative de marginalisation interne est opérée par le camp des straights, sur lequel BJ PALMER gardera longtemps la main et avec lequel il tentera d'étendre son pouvoir sur l'ensemble de la communauté chiropratique au moyen d'attirails divers. Parmi les outils de cette tentative de monopole, citons :

- Le neurocalomètre, ou NCM, appareil onéreux de détection de différence de chaleur entre deux pôles, qui serait pour BJ PALMER le seul moyen de détecter des subluxations. Celui-ci tente en 1924, malgré les réticences de la profession, d'imposer la possession d'un NCM pour pouvoir revendiquer le titre de chiropracteur, bien que l'achat de cet appareil exige un crédit sur plusieurs années.
- La technique chiropratique HIO, pour Hole-In-One, créée par BJ PALMER vers le milieu des années 1930 pour, censément, traiter l'ensemble des subluxations par l'ajustement exclusif de l'atlas et l'axis, les deux premières vertèbres cervicales. Il refuse d'enseigner, au sein de ses établissements, une quelconque autre méthode de manipulation vertébrale, au point que les chiropracteurs ressortissants de ses cursus doivent prendre des cours complémentaires pour passer les examens leur permettant d'exercer dans d'autres États.

#### *Evidence-friendly/traditionnalistes*

L'une des évolutions de cette division originelle se retrouve de façon contemporaine entre les orthodoxes et les non-orthodoxes<sup>19</sup> - relativement à l'orthodoxie médicale, centrée autour de la revendication de légitimité scientifique. Les factions chiropratiques peuvent également être nommées d'après leur rapport à la science *versus* leur rapport à la tradition. Charlotte LÉBOEUF-YDE oppose ainsi les chiropracteurs *evidence-friendly* aux chiropracteurs traditionalistes<sup>20</sup>. Bien évidemment, opposer la science et la tradition relève déjà d'une certaine vision de la science, puisque la tradition chiropratique se revendique

---

<sup>19</sup> M. MCGREGOR *et al.*, « Differentiating intraprofessional attitudes toward paradigms in health care delivery among chiropractic factions: results from a randomly sampled survey », *BMC Complementary and Alternative Medicine*, vol. 14, 10 février 2014, p. 51

<sup>20</sup> C. LÉBOEUF-YDE *et al.*, « Chiropractic, one big unhappy family: better together or apart? », *Chiropractic & Manual Therapies*, vol. 27, 2019, p. 4

elle-même scientifique<sup>21</sup>. Cette vision est ainsi le signe d'une autre tentative de marginalisation interne, qui succède historiquement à celle tentée par les *straights*. Bien que l'analyse des différentes législations et cursus montre que ce mouvement est majoritaire au niveau mondial, nous prendrons ici spécifiquement le contexte français.

### *Cadre législatif et enjeux de la formation*

Légalisée en 2002<sup>22</sup>, assez tardivement comparativement à la majeure partie du monde occidental, la chiropraxie bénéficie en France d'une législation relativement favorable par rapport à d'autres médecines dites alternatives et complémentaires, telles que l'ostéopathie. Les décrets de formation et de pratiques sont d'ailleurs régulièrement attaqués par les professions orthodoxes, opposées à l'extension des droits des chiropracteurs, au premier rang desquels le droit à la manipulation cervicale sans avis médical préalable ou encore le droit d'effectuer de la réhabilitation, jusqu'alors réservé aux kinésithérapeutes. Une telle législation a pu émerger dans un contexte de santé largement dominé par la médecine orthodoxe – comme le montre l'enjeu du remboursement par la sécurité sociale qui n'existe pas pour la chiropraxie – car les chiropracteurs sont parvenus à présenter une façade unie au sein d'une association professionnelle unique jusqu'en 2019. Or, cette Association Française de Chiropraxie revendique vers l'extérieur une position evidence-based<sup>23</sup>, bien que de façon interne elle adopte des positions plus centristes pour tenter de rassembler le plus de chiropracteurs possible. Nous constatons *de facto* à la fois le rôle de la science dans l'obtention des droits professionnels chiropratiques et dans la non-unanimité quant à ses résultats auprès des chiropracteurs. La loi française détermine d'ailleurs le champ d'intervention chiropratique non comme « subluxation » mais comme « troubles neuro-musculo-squelettiques », c'est-à-dire le champ d'intervention (*scope of practice*) défini par la portion orthodoxe de la chiropraxie, amenant les chiropracteurs traditionalistes à exercer dans l'illégalité partielle.

---

<sup>21</sup> D. D. PALMER, *Text-book of the Science, Art and Philosophy of Chiropractic - the Chiropractor's Adjuster*, *op. cit.*

<sup>22</sup> « Article 75 - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance », s. d. (en ligne : [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/LEGIARTI000031549014](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031549014) ; consulté le 3 avril 2023)

<sup>23</sup> « Missions new | AFC - Association Française de Chiropraxie », s. d. (en ligne : <https://www.chiropraxie.com/missions> ; consulté le 3 avril 2023)

L'un des enjeux visibles de la marginalisation des chiropracteurs traditionalistes par les chiropracteurs evidence-friendly est celui de la formation. La France est dotée d'un seul cursus de formation, au sein de l'Institut Franco-Européen de Chiropraxie (IFEC). Cette unicité participe à la marginalisation interne, car l'IFEC a adopté une position pro-evidence based practice<sup>24</sup>. Le cursus chiropratique est proche, en termes de contenu, du cursus de médecine, et les enseignements plus traditionalistes ont été peu à peu bannis de l'institution, provoquant de vives réactions au sein de la profession<sup>25</sup>. Il est par exemple courant que les locaux de l'institut soient loués le week-end pour organiser des séminaires de formation, mais l'IFEC refuse certaines de ces formations jugées trop en désaccord avec les principes de l'école. Les chiropracteurs défendant une vision traditionaliste se voient donc contraints d'organiser des formations à l'extérieur de l'IFEC, c'est-à-dire précisément à la marge de l'institution.

De ces divisions internes reflétées par les institutions se dégage ainsi la question : y a-t-il une discipline chiropratique ? Peut-on constater, malgré ces segmentations, une forme d'unité chiropratique ? Nous verrons ici l'enjeu d'une analyse des pratiques des chiropracteurs.

### **Diversité des pratiques et unité professionnelle**

Nous allons dans cette seconde partie illustrer nos propos précédents relevant d'une perspective socio-historique de la profession par une microsociologie de consultations de chiropraxie. Si l'analyse situationnelle est le fer de lance de notre posture, nous souhaitons la faire dialoguer avec le niveau macro tel qu'il a été présenté dans la première partie. Nous considérons que si l'individu est actif, il n'en est pas moins un individu social, représentant d'une communauté (ici en tant que soignant ou soigné) et inséré dans un contexte social et politique qui ne manque pas d'encadrer son action localisée. Ce qui nous amènera à mobiliser des cadres de sociologie des professions.

---

<sup>24</sup> « LA RECHERCHE - IFEC LA RECHERCHE À L'IFEC », sur *IFEC*, s. d. (en ligne : <https://www.ifec.net/la-recherche/> ; consulté le 4 avril 2023)

<sup>25</sup> « Signez la pétition: l'IFEC: Maintien de 2 semestres de Gonstead et continuer l'utilisation de listings chiros », sur *Change.org*, s. d. (en ligne : <https://www.change.org/p/dirigeants-ifec-l-ifec-maintient-de-2-semestres-de-gonstead-et-continuer-l-utilisation-de-listings-chiros> ; consulté le 4 avril 2023)

## Démarche et méthode

Dans ce but, nous proposons d'ouvrir la « boîte noire » de la consultation de soin et rendre compte de qui se passe entre un chiropracteur et un patient dans deux contextes différenciés :

- Des consultations en centre clinique de chiropraxie sur les deux sites français de l'IFEC, à Ivry-sur-Seine et Toulouse, ouverts à tous, assurés par des étudiants de 5<sup>ème</sup> année et encadrées par des cliniciens confirmés et expérimentés ;
- Des consultations en cabinet de chiropraxie auprès de professionnels exerçant dans des contextes géographiques différents et avec une ancienneté variable ; mais tous encadrants en centre clinique de l'IFEC.

L'accès à ce terrain nous a été facilité par notre appartenance à cet institut, qui se positionne dans la faction *evidence-friendly*.

Notre recueil est composé :

- D'observations ethnographiques non participantes de 31 consultations de chiropraxie ;
- D'entretiens téléphoniques avec chaque patient un à quatre jours après la consultation observée, visant à recueillir son vécu de la consultation ainsi que le degré d'adéquation entre ses attentes et le réalisé quant au type de relation avec le soignant et au protocole de soins mis en place, ainsi qu'à situer cette consultation dans leur parcours de soins et dans leur recours à différentes pratiques thérapeutiques ;
- D'entretiens en face-à-face avec les soignants observés en consultation afin de recueillir leur point de vue en miroir de celui du patient sur le déroulé des différentes consultations, le type de relation construite, les anticipations d'attentes et de comportement du patient, ainsi qu'à aborder leur vision du métier et leur posture professionnelle.

Chaque patient a été informé de l'étude et son non-opposition à participer a été recueillie (aucun ne s'y est opposé). Les soignants étaient libres d'accepter ou de refuser de participer.

Les fragments d'analyse présentés ici sont à considérer au regard de plusieurs limites : les données collectées entrent dans le cadre d'une recherche exploratoire ; le recueil n'est pas finalisé au moment où nous écrivons ce texte ; le corpus est en cours de traitement.

Notre grille de lecture s'est structurée principalement autour de deux notions : celle d'éthos professionnel et de celle de segmentation professionnelle. Elle vise à apporter des éclairages à notre question centrale : en quoi peut-on parler de communauté chiropratique ?

### **Variations autour d'un ethos professionnel**

« L'éthos professionnel renvoie aux [...] dispositions acquises, par expérience et relatives à ce qui vaut plus ou moins sur toute dimension (épistémique, esthétique, sociale, etc.) pertinente dans l'exercice d'un métier [...]. Il consiste à [...] apprendre non seulement ce qu'il convient de faire pour respecter les règles non écrites de son art, mais encore comment échanger avec ses confrères et les juger en tant que professionnels : ce qui fait qu'on les admire, qu'on les estime ou qu'on les méprise »<sup>26</sup>. Si, poursuit Fusullier, l'on peut lire un ethos professionnel au regard des facteurs psychologiques ou individuels, de la biographie de chaque professionnel, depuis ce qui l'a amené vers ce métier et la vision qu'il en avait *a priori*, de son environnement familial, des éléments d'éducation reçus et des valeurs qui lui ont été transmises, on ne peut écarter l'action de forces structurelles, de codes culturels, de règles institutionnelles et organisationnelles, des dispositifs socio-moraux, des processus de socialisation, *etc.*, qui pèsent toujours lourdement sur le système de personnalité, les jugements et comportements individuels et collectifs.

Nous avons vu qu'en France l'unicité du cursus apparaît source de marginalisation interne et en même temps participe d'une certaine unité professionnelle. L'approche empirique souligne l'empreinte individuelle de chacun sur le travail en actes : dans la

---

<sup>26</sup> B. ZARCA, « L'éthos professionnel des mathématiciens: », *Revue française de sociologie*, Vol. 50, n° 2, 9 juillet 2009, p. 351-384 cité par B. FUSULLIER, « Le concept d'éthos », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 42, n° 1, Université catholique de Louvain (Unité d'anthropologie et de sociologie), 29 août 2011, p. 97-109

réalité des cabinets, on observe une diversité de modalités concrètes, chaque chiropracteur disposant d'un panel d'outils mobilisable en fonction du patient et de ses propres préférences. Les observations et entretiens réalisés révèlent des modes d'être et de faire prépondérantes selon les praticiens. À titre d'exemple, à défaut de pouvoir développer ici, citons quelques dimensions dont les déclinaisons ne sont pas exclusives les unes des autres et dont le croisement permet d'esquisser les contours de profils professionnels. La suite de notre collecte et l'approfondissement de nos analyses amorcées permettront de définir plus précisément les différents ethos.

- Des motifs d'entrée dans le métier, sur un curseur « par choix ou par défaut »<sup>27</sup> : avoir consulté un chiropracteur et avoir été guéri par cette pratique / Vouloir faire du bien aux autres, soigner / Avoir des parents professionnels du soin / Après avoir échoué l'entrée en études de médecine ;
- Des compétences relationnelles : Être à l'écoute, avoir de l'empathie / S'adapter au patient à tous les niveaux de la consultation : plan de traitement, exercices et conseils, gestion du temps, ... / Faire alliance avec le patient / Construire une relation de confiance ;
- Associées à des compétences techniques : Avoir une pratique qualifiée d'efficace (qui agit sur le symptôme) / Dédramatiser la douleur : « vous avez mal, je vous entends, je vais agir » / Citer des références scientifiques en lien avec tel geste pratiqué ;
- Dans la définition d'un « bon » patient : Celui avec qui « on peut faire » versus celui qui vient à contre-cœur ou celui qui attend tout du professionnel (en le mettant en position d'exécutant) / Celui avec qui on est dans une relation d'échange et de coopération avec le soignant / Celui qui fait preuve d'autonomie dans les exercices et l'autogestion.

Ces différentes dimensions dans la variété de combinaisons possibles peuvent renvoyer à des postures professionnelles diversifiées qui font écho aux divisions internes identifiées dans notre première partie. Cependant la lecture du travail chiropratique en acte,

---

<sup>27</sup> Nous reproduisons dans les alinéas ci-dessous des formules employées en entretien par les personnes

auprès du patient met en exergue un dénominateur partagé par tous les membres de cette profession.

### **Un dénominateur commun : le travail sur le corps et la nécessaire mise en confiance du patient**

Étymologiquement, le chiropracteur est un thérapeute manuel (chiro- venant du grec ancien kheir « main »). Il n'est toutefois pas le seul représentant de ce groupe : kinésithérapeute, ostéopathe, ergothérapeute, étio-pathe... en font également partie. La spécificité de la thérapie manuelle est de travailler sur le corps de l'autre<sup>28</sup>. Dans cette relation de soin, le thérapeute détient une connaissance professionnelle de son objet d'action alors que le patient détient une connaissance intime, expérientielle de son corps dont il est amené à faire part au soignant en consultation. Elle implique une mise à nu du corps, tant physiquement<sup>29</sup> que d'un point de vue symbolique, c'est-à-dire de s'en remettre aux mains du thérapeute.

*La santé constitue « un de ces biens qui requiert coopération et confiance »*<sup>30</sup>. Quand on livre son corps au thérapeute manuel, une mise en confiance est indispensable. Ceci d'autant plus quand le chiropracteur intervient sur le dos du patient, ces gestes n'étant pas visibles pour celui-là. La situation de corps-à-corps soignant-soigné, en grande proximité lors de certaines manipulations et implique au professionnel d'adopter une posture technique qui justifie ce contact corporel et le détache de toute autre connotation, ce qui renvoie à la compétence relationnelle telle que définie par Milburn<sup>31</sup>. Le terme de confiance est certes polysémique et au cœur d'une littérature conséquente. Nous le trouvons employé par quasiment tous les patients que nous avons rencontrés. De la pré-confiance, sur la base des recommandations faites par une personne qui a orienté vers ce

---

<sup>28</sup> Le travail sur le corps est certes l'objet de toute pratique de soin. La thérapie manuelle a cependant la particularité d'agir « par les mains » sur le corps, par le toucher, la palpation, la mobilisation.

<sup>29</sup> Quoique le degré de déshabillage varie selon les praticiens et les motifs de consultation

<sup>30</sup> A. JAUNAIT, « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *Raisons politiques*, vol. 11, n° 3, Presses de Sciences Po, 2003, p. 59-79

<sup>31</sup> P. MILBURN, « La compétence relationnelle : maîtrise de l'interaction et légitimité professionnelle. Avocats et médiateurs », *Revue française de sociologie*, vol. 43, n° 1, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 2002, p. 47-72



thérapeute ; à une confiance décidée<sup>32</sup>, suite à des résultats précédemment obtenus et dans la construction d'un lien interpersonnel : *Donner son dos, le fait de faire craquer, il faut de la confiance parce que moi je suis restée paralysée 6 mois, des cervicales, donc il faut une énorme confiance pour que moi je donne mon dos (patiente)*. Une confiance définie comme reposant sur la personnalité, la compétence [du soignant] (patiente), qui s'élabore dans la rencontre et le soin et qui présuppose une coopération entre les deux acteurs : *c'est toute la relation de confiance qu'il faut créer. Chaque fois et pour moi, moi, mon travail, je suis pas un distributeur de soins, je suis pas un distributeur d'ajustement, je suis pas un distributeur de diagnostic. Il se passe quelque chose entre le patient et moi en dehors de la technique. Et cette relation de confiance, elle va se construire de part et d'autre (soignante)*.

Le croisement du regard socio-historique et du regard empirique révèle la complexité de l'identité chiropratique qui n'autorise pas à s'en tenir à une vision monolithique.

### **Sous le prisme de la pratique prudentielle**

Appréhender la chiropraxie comme profession à pratique prudentielle permet de saisir conjointement l'unité et la segmentation et non pas de les opposer.

#### *Unité et segmentation*

Selon le point de vue de Fusulier (op. cit.), *l'ethos professionnel constitue un dénominateur commun à un ensemble d'individus pratiquant une activité similaire qui se reconnaissent et sont reconnus comme membres d'un groupe professionnel, ce qui n'empêche pas ce dernier d'être stratifié et segmenté. Dans l'analyse endogène d'un groupe, poser la question de l'existence de règles communes et d'un ethos générique, de sa logique de production et de sa logique productive paraît une piste de recherche intéressante en soi. Elle mérite d'ailleurs d'être couplée avec celle de la présence d'ethos plus spécifiques à des segments ou des strates internes au groupe, ainsi qu'à la dynamique transactionnelle entre différents ethos entrant en consonance ou en dissonance, voire en concurrence. Ethos spécifiques, segmentation et sous-segmentation n'empêcheraient donc*

---

<sup>32</sup> Selon la formule de Niklas Luhmann, "La confiance, un mécanisme de réduction de la complexité sociale", sur <http://www.revue-interrogations.org>, revue *Interrogations*?, 4 janvier 2013 (en ligne : <https://www.revue-interrogations.org/Niklas-Luhmann-La-confiance-un> ;)

pas une certaine homogénéité, de faire groupe, notamment d'un point de vue endogène. La marginalisation interne découlant des différentes lignes de divisions que nous avons décrites ne s'opposerait pas à la possibilité d'une unité, voire d'une communauté chiropratique, constituée en réponse à la marginalisation externe et aux pressions exogènes.

Nous rejoignons Champy<sup>33</sup>, qui nous invite à penser ensemble unité et diversité – l'unité étant l'expression de la diversité. Il cite un précurseur de cette pensée, Goode<sup>34</sup>, qui, en 1957, présentait les professions comme des communautés à degrés variables. Pour allier ces deux termes, unité et diversité, Champy regarde les professions dans leur dynamique en se référant aux travaux de Bucher et Strauss<sup>35</sup> : si une profession est une agrégation de segments poursuivant des objectifs divers, plus ou moins subtilement maintenus sous une appellation commune, la diversité est première puis l'unité est construite et maintenue, avec des conflits plus ou moins latents ou manifestes jusqu'à ce qu'ils produisent du changement. Ainsi que le pose Dubar<sup>36</sup> cité par Champy, les groupes professionnels sont des processus historiques de segmentation incessante, de compétition entre segments, de professionnalisation de certains/ déprofessionnalisation d'autres, de restructuration périodique sous l'effet des politiques d'Etat ou d'actions collectives de ses membres. L'unité professionnelle peut être alors à concevoir comme un idéal, une asymptote vers laquelle un groupe va tendre sans jamais l'atteindre, ou de manière ponctuelle ou partielle.

### ***De la segmentation organique à la segmentation agonistique***

À l'instar d'autres professions de santé, nous considérons la chiropraxie comme une profession à pratique prudentielle. Selon Champy, les professions à pratique prudentielle sont celles dont les membres ne peuvent pas se contenter d'appliquer des savoirs scientifiques, même s'ils en ont la maîtrise. Ils doivent prendre le risque de faire des paris face à l'incertitude des situations. L'irréductible contingence de la pratique prudentielle met le savoir scientifique en défaut et souligne l'importance de la délibération.

---

<sup>33</sup> F. CHAMPY, *La sociologie des professions*, 2e éd. [mise à jour], Paris, PUF, 2012

<sup>34</sup> WJ. GOODE, "Community within community : the professions". *American sociological review*. 1957. Vol. 22, n°2, p. 195-200

<sup>35</sup> R. BUCHER, A. Strauss, « La dynamique des professions », in A.L. Strauss, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*. 1992. Paris, L'Harmattan

<sup>36</sup> C. DUBAR, *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. 2000. Paris, PUF

Autrement dit, les fins et les moyens sont à adapter aux situations et dans le cas du soin, à chaque patient. La diversité des options qui se présentent aux membres d'une profession à pratique prudentielle, face aux incertitudes inhérentes à leur travail de soin<sup>37</sup> et les divergences qui en résultent sont à la base des formes de concurrence intra professionnelle les plus agressives. Les oppositions entre segments sur les façons de lever l'incertitude constitue un facteur de fragilité de la profession.

La chiropraxie fait partie de ces professions puisqu'elle nécessite une autonomie des professionnels dans le traitement qui dépasse, comme toute profession à pratique clinique, la simple application du savoir livresque. Socialement, cette autonomie découle entre autres de la reconnaissance d'études longues et de la valeur des savoirs et savoir-faire mis en œuvre dans le travail<sup>38</sup>, et on voit que cette dernière partie est un acquis récent (datant au plus tôt de 2002 en France), ce qui explique sans doute qu'elle soit toujours fragile et à défendre. Les combats internes à la profession chiropratique peuvent d'ailleurs se lire comme des combats pour la défense et l'établissement de cette autonomie.

En dépit de ces conflits, peut-il exister des valeurs communes en chiropraxie ? D'après Champy, poser la question des valeurs revient souvent à céder à la tentation de les analyser sous l'angle du conflit, alors qu'on peut en fait considérer une unité dans ces valeurs. Ce qui serait source de conflit, c'est bien plutôt la *définition* de ces valeurs, qui est en fait indéterminée, cette indétermination tenant aux « tensions qui sont consubstantielles à la pratique et rendent cette dernière si difficile »<sup>39</sup>. Il y aurait donc un accord ou une culture autour de valeurs utilisées comme étendards mais fondamentalement vides et donc le sens est en débat.

Les dissensions internes à la profession que nous avons exposées en première partie correspondent initialement aux segments organiques, c'est-à-dire qu'il y a des dissensions et des conflits de territoire et de légitimité mais qu'ils restent internes à la profession, celle-

---

<sup>37</sup> R. C. FOX, *L'incertitude médicale*, Paris, France, Belgique, L'Harmattan, 1988

<sup>38</sup> F. CHAMPY, *La sociologie des professions*, op. cit., p. 66

<sup>39</sup> *Ibid.*, p. 127-128

ci étant unie sous un vocabulaire témoin de valeurs « vides », comme le terme de « subluxation » qui relève en fait de définitions différentes. Cependant aujourd’hui, les segments sont arrivés à un stade de conflit où même le vocabulaire subluxationniste est remis en question par une partie de la profession – préférant un champ d’intervention défini comme troubles musculosquelettiques – et où le conflit est visible et commenté de l’extérieur. Cela témoigne du passage à une segmentation qualifiée d’agonistique.

### **Conclusion : Quelle communauté chiropratique ?**

Nous avons pu constater qu’en dépit de divisions professionnelles parcourant l’ensemble de l’histoire chiropratique, il existe une unité pratique rassemblant les chiropracteurs. Plusieurs dimensions de cette unité ont pu être dégagées à travers la notion d’ethos professionnel. Or, il est possible que cette unité pratique soit une unité *a minima*, rassemblant les chiropracteurs en quelque sorte malgré eux. Deux axes nous semblent aujourd’hui pouvoir soutenir cette hypothèse : la notion d’ajustement, et celle de douleur. En effet, les chiropracteurs les plus traditionalistes tentent de se dégager de la notion de douleur, comme le montre cet extrait d’une conférence de Jean-Paul PIANTA : « À chaque fois que nous ajustons quelqu’un, nous introduisons une énergie, une force. Nous stimulons l’intelligence innée du corps. Et le corps n’a pas le choix. Notre corps est programmé pour survivre, donc il doit prendre l’information et proposer une réponse. Ceci est notre métier. C’est tout simplement ce que nous faisons. Nous ne guérissons rien. [...] Je n’ai aucune idée de la manière dont on soigne une sciatique ou des maux de tête. Peu m’importent les maladies, ce n’est pas ce que j’ai appris. [...] »<sup>40</sup>. La douleur est pourtant le premier motif de consultation des patients<sup>41</sup>, représentant plus de 90% des consultations en cabinet<sup>42</sup>. À l’inverse, les chiropracteurs les plus scientifiques sont aujourd’hui critiques envers la manipulation vertébrale, celle-ci ayant démontré une efficacité limitée dans le traitement

---

<sup>40</sup> « Cabinet Chiropratique d’Haubourdin, 53 Rue Albert vanderhaeghen, Haubourdin (2023) », s. d. (en ligne : <https://www.findhealthclinics.com/FR/Haubourdin/1791394737798429/Cabinet-Chiropratique-d%27Haubourdin> ; consulté le 6 avril 2023)

<sup>41</sup> L. SKARNULIS, « Chiropractic Care for Back Pain », sur *WebMD*, s. d. (en ligne : <https://www.webmd.com/back-pain/guide/chiropractic-pain-relief> ; consulté le 6 avril 2023)

<sup>42</sup> G. INC, « Majority in U.S. Say Chiropractic Works for Neck, Back Pain », sur *Gallup.com*, 8 septembre 2015 (en ligne : <https://news.gallup.com/poll/184910/majority-say-chiropractic-works-neck-back-pain.aspx> ; consulté le 6 avril 2023)

d'un très petit nombre de pathologies, principalement la lombalgie commune aiguë. Son efficacité propre reste d'ailleurs questionnée et l'on note une efficacité probablement contextuelle, notamment liée au bruit de « crac » dont l'effet placebo a été étudié<sup>43</sup>. Les motifs soutenant le recours à la manipulation vertébrale ont d'ailleurs évolué et correspondent en France, chez les chiropracteurs *evidence-friendly*, aujourd'hui principalement à l'absence de contre-indication, notamment par la recherche de drapeaux rouges<sup>44</sup>. Pourtant, malgré ces réticences, la manipulation vertébrale reste aujourd'hui l'outil numéro 1 des chiropracteurs, utilisée par plus de 95% d'entre eux<sup>45</sup>.

Nous pouvons ainsi penser l'unité professionnelle chiropratique comme une unité pratique rassemblant les chiropracteurs en dépit de leur volonté, entre ceux qui traitent de facto la douleur tout en tentant de s'y soustraire, et ceux qui continuent de manipuler malgré l'absence de preuve d'efficacité et leur volonté de pratiquer de façon « evidence-based ». Il convient désormais de nous interroger sur cette unité pratique : est-elle suffisante pour définir une profession ?

---

<sup>43</sup> M. KREIDLER, « Placebos, Nocebos, and Chiropractic Adjustments | Quackwatch », 19 décembre 2002 (en ligne : <https://quackwatch.org/chiropractic/general/placebo/> ; consulté le 11 avril 2023) ; M. BAKKER et J. MILLER, « Does an audible release improve the outcome of a chiropractic adjustment? », *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, vol. 48, n° 3, septembre 2004, p. 237-239

<sup>44</sup> Comme l'enseigne notamment l'IFEC

<sup>45</sup> R. COOPERSTEIN et B. J. GLEBERZON, *Technique systems in chiropractic*, Edinburgh, Churchill Livingstone, 2004