



HAL
open science

Les violences au travail en hospitalisation à domicile (HAD)

Sylvain Kerbourc'H

► **To cite this version:**

| Sylvain Kerbourc'H. Les violences au travail en hospitalisation à domicile (HAD). 2002. hal-00351638

HAL Id: hal-00351638

<https://hal.science/hal-00351638>

Submitted on 22 Apr 2009

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

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

CENTRE D'ANALYSE ET D'INTERVENTION SOCIOLOGIQUES
ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SCIENCES SOCIALES

R A P P O R T D E R E C H E R C H E

« *LES VIOLENCES AU TRAVAIL EN HOSPITALISATION A DOMICILE* »

Sylvain KERBOURC'H

Sous la responsabilité scientifique de

Michel WIEVIORKA

Philippe BATAILLE

Avec la participation de Florence CHOFFAT

Novembre 2001 – Septembre 2002

54, Boulevard Raspail

75 006 Paris

Table des Matières

I. INTRODUCTION	3
1. L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)	4
A. Le projet fondateur	4
i. La création de l'Hospitalisation à Domicile	4
ii. L'originalité du soin à domicile	5
iii. L'organisation et son fonctionnement	5
B. L'apogée. La prise en charge des malades atteints du SIDA	8
C. Le malaise. La montée du sentiment d'insécurité	10
2. UNE RECHERCHE	13
A. La phase préparatoire	14
B. Une intervention sociologique	15
II. LA DOUBLE DIALECTIQUE DU SOIN EN HAD	18
1. LA PENIBILITE DU TRAVAIL	18
A. Entre l'hôpital et le domicile : la ville, source d'exposition à l'insécurité	18
B. Les contraintes de la relation aux patients	21
C. L'organisation du travail : une technobureaucratie verticale ?	26
2. LES AVANTAGES DU TRAVAIL EN HAD	40
A. Le projet fondateur : la prise en charge globale du patient	40
B. Autonomie et liberté au travail	41
C. La relation directe avec les patients	44
3. CONCLUSION	46
III. DECONSTRUIRE L'INSECURITE	47
1. LES SOURCES DU MALAISE	47
A. L'institution	47
B. Les changements culturels	51
C. La situation sociale des patients	56
D. L'évolution des pathologies prises en charge	59
2. CONCLUSION	61
IV. CONCLUSION GENERALE	65
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	78

I. INTRODUCTION

Le soin hospitalier est confronté à des impératifs, contradictoires, économiques et humains qui rendent difficile son fonctionnement. En réponse à des demandes de plus en plus exigeantes de la part des patients, les solutions apportées tentent de concilier rationalisation du soin et quête de la qualité. L'Hospitalisation A Domicile (HAD) est une formule qui va dans ce sens en assurant la rencontre entre l'institution médicale, hors des murs de l'hôpital, et la société. Cette pratique soignante apporte des réponses socio-médicales originales en prenant en charge globalement le patient comme malade et, jusqu'à un certain point, sa situation sociale.

Or, l'HAD semble elle-même connaître des difficultés nouvelles, et notamment être confrontée à des problèmes de violence et d'insécurité. Thématique qui se décline en deux grands champs. D'un côté, la violence surgirait au cœur de la relation soignante, ou à son occasion, et d'un autre, l'insécurité urbaine affecterait les soignants qui s'en disent victimes dans leurs déplacements en ville. Réalité objective ou représentation grossie et déformée d'autres problèmes ? L'insécurité est le signe d'un malaise, et son traitement appelle des réponses à la fois spécifiques – assurer plus de sécurité concrète – en même temps qu'une réflexion sur la capacité des acteurs du système de santé à prendre en charge les personnes malades tout en reconnaissant que leurs difficultés ne sont pas réductibles au traitement de leur pathologie.

1. L'Hospitalisation A Domicile (HAD)

A. Le projet fondateur

i. La création de l'Hospitalisation A Domicile¹

L'idée de prodiguer des soins médicaux au domicile des patients est des plus anciennes et remonte, au moins, à la Révolution. On l'attribue alors au Duc de La Rochefoucault-Liancourt. L'idée ne sera toutefois développée que deux siècles plus tard, outre-Atlantique. L'initiative en revient au Docteur Bluestone, à l'hôpital Montefiori de New-York. Inspiré par le modèle du « home care » américain, il effectue les premières études sur le soin à domicile. En France, dans les années cinquante, un médecin hospitalier respecté, Fred Siguier, en propose le défi à son institution hospitalière. Sa création, mise en place par l'Assistance Publique, laisse envisager la pérennité de cette nouvelle structure médicale que beaucoup estiment moderne.

En 1957, le premier service HAD est donc créé. Jusqu'en 1959, il sera expérimental. Le message de l'Assistance Publique est clair : « Prendre conscience que le patient peut être soigné chez lui, avec la même qualité de soins et la même sécurité qu'à l'hôpital, et ce avec une remarquable efficacité. » Cette structure prétend être « l'indispensable pivot et le réel lien entre la médecine hospitalière et la médecine de ville ». Elle permet au patient de bénéficier des techniques médicales de pointe les plus modernes dans l'environnement de son « chez soi » et elle est source de confort matériel et psychologique pour guérir de la maladie ou du moins mieux vivre avec. Avec l'HAD, les structures hospitalières classiques peuvent engager un mouvement de changement dans leur conception des soins, et s'écarter de leur fonction d'hospice pour mieux se centrer sur leurs compétences médicales les plus pointues. Reconnue par le décret d'octobre 1992, l'HAD est définie au sein de l'Assistance Publique comme « une alternative à l'hospitalisation traditionnelle. »

¹ Hospitalisation A Domicile, Les 40 ans de l'HAD, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Paris, 1997.

ii. L'originalité du soin à domicile

L'originalité du projet se lit mieux encore à travers les réponses aux critiques qui lui sont faites dès son commencement, l'obligeant à rappeler ses objectifs. Pour certains, ce système de soins serait une escroquerie car il se limiterait à prendre la température des malades. Le dispositif est, en outre, ressenti comme une possible concurrence aux médecins de ville. Pourtant, le projet entend répondre à un besoin : « En réalité, l'Hospitalisation A Domicile concerne toujours des malades qui, sans le recours à son organisation et à ses moyens, resteraient à l'hôpital, faute de pouvoir être soignés en ville, en raison de la complexité des traitements et examens, et souvent du contexte social. »² Ce système de soins est un intermédiaire entre l'hospitalisation des malades aigus et les soins classiques "en ville". Il légitime les rapports entre les différents intervenants sans prendre la place des médecins de ville. En même temps, se développe l'idée de réseau.

Le projet parvient à son aboutissement lorsqu'il est question de « prise en charge globale » du patient, thème présent aujourd'hui dans tous les discours concernant le malade à l'hôpital. Ce principe oblige à considérer le malade au-delà de sa seule maladie, en intégrant son environnement social et familial. Il devient une personne singulière dont les attentes et les besoins sont spécifiques, et pouvant, dans certains cas, prendre une part active à ses soins. L'HAD paraît alors se situer au cœur du projet médical moderne d'autant que la structure a la capacité, dès 1957, de prendre en charge une grande diversité de types de pathologies.

iii. L'organisation et son fonctionnement

Les objectifs du projet fondateur s'accordent à une problématique plus générale d'organisation de la santé. Dans les années cinquante, comme aujourd'hui, un objectif est de réduire le temps d'hospitalisation des patients et de poursuivre certaines prises en charge à domicile dans l'environnement social du malade. Il s'agit aussi d'éviter la surpopulation des hôpitaux et d'assurer une meilleure rentabilité des services, d'autant que le coût de l'HAD est inférieur à celui d'une hospitalisation

² Ibidem

classique (l'inversion de ce rapport est un motif suffisant de fin d'HAD). Cette rationalisation économique du soin ne nuit pas à la qualité qui doit rester équivalente à celle de l'hôpital.

Il existe des conditions d'entrée en HAD pour pouvoir aujourd'hui en bénéficier. Il faut d'abord qu'un médecin hospitalier ou de ville en fasse la prescription médicale. Il faut également que le malade et sa famille soient consentants et habitent à proximité de l'hôpital, et qu'un médecin traitant soit désigné pour la prise en charge médicale du malade en HAD. Il faut, enfin, disposer d'un logement permettant les soins, notamment en pouvant accueillir si nécessaire un lit médicalisé et des cartons de matériels. Ces points sont vérifiés lors d'un entretien d'admission effectué par une infirmière de coordination et une assistante sociale.

Ces principes d'accès étant rappelés, les soignants peuvent être amenés à soigner presque n'importe où, en caravane, dans un squat ou à l'hôtel, rappelant en cela que l'HAD est un service public. Ils doivent, en conséquence, bénéficier de certaines conditions « officielles » (par convention de 1971) pour assumer la réalisation de leur activité. Par convention, les soignants doivent disposer d'une voiture ou du remboursement de l'usage de leur voiture personnelle, d'un téléphone, de locaux de travail (salles de réunion, de stérilisation, d'archivage). La création du dossier de soins assure la transmission des informations concernant la prise en charge du patient entre soignants.

La gamme des professionnels qui exercent en HAD est diversifiée pour être adaptée à la somme des soins pris en charge. Dès le début, en 1957, sont présents l'assistante sociale, l'infirmière, la secrétaire, le kinésithérapeute et les aides ménagères. Puis, en 1978, d'autres professionnels viennent s'ajouter : sages-femmes en service obstétrique, ergothérapeutes. En 1981, le poste d'infirmière de coordination est créé. La diététique est introduite en 1986. Les médecins de coordination dans le service médical sont institués en 1992, tout comme la psychologue clinicienne en 1994. Enfin, en 1996, le service de nuit permet de répondre aux patients à toute heure.

Suite à la restructuration progressive de novembre 1999 qui devient effective en novembre 2000, les professionnels soignants sont répartis, désormais, dans huit services de soins adultes ouverts de 7 heures à 21 heures, s'occupant de quatre-vingt-dix à cent-dix malades. Chaque service comprend deux unités de soins, délimitant une zone géographique d'activité distincte, et une unité de coordination. Les deux unités de soins de chaque service "adultes" se composent de deux cadres infirmiers, de vingt à vingt-quatre infirmiers, de dix à douze aides soignants, de deux à trois secrétaires. L'unité de coordination comprend un cadre infirmier de coordination, trois à neuf infirmiers, deux à sept secrétaires. A ce premier ensemble, il faut ajouter sept autres services de soins (pédiatrie, de nuit, social, kinésithérapie, ergothérapie, diététique, obstétrique). Enfin, l'organisation de ces services de soins est assurée par des services administratifs et logistiques. Cette réorganisation avait pour objectif de « redéfinir la zone d'intervention globale de l'HAD et des services et de réorganiser les services de manière plus fonctionnelle avec plus d'adaptabilité. »³

En 2000, l'activité médicale concerne des pathologies diversifiées : post-partum (38 %), chimiothérapie (14 %), oncologie sans chimiothérapie (14 %), ante-partum (7 %), pédiatrie (5 %), autres pathologies (hématologie, mucoviscidose, neurologie, maladies cardio-vasculaires, chronothérapies, pré et post-greffe, transfusion, orthopédie, SIDA). D'autres activités occupent également l'HAD : l'alimentation parentérale (NPAD : en 1984, l'HAD en est devenu le centre national ; en 2000 son volume a augmenté de 30 %), la nutrition entérale à domicile (NED), le suivi social des patients le nécessitant, effectué par un service social (comportant vingt-deux assistantes sociales), des soins de kinésithérapie (par douze masseurs - kinésithérapeutes) et d'ergothérapie (deux professionnels), un soutien des malades par des psychologues cliniciennes (au nombre de trois). La psychiatrie ne peut toujours pas être prise en charge par l'HAD.

L'HAD a un budget de fonctionnement de 271,4 millions de francs en 2000, pour un coût journalier qui est, selon la catégorie (1 ou 2) de tarification des soins, de 1 285 francs ou de 653 francs. L'effectif du personnel de l'année 2000 est de 600 personnes dont 80 % de personnel hospitalier que complètent 3 220 partenaires

3 Ibidem

libéraux (médecins de ville, infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes). L'HAD dessert Paris et 108 communes de l'Île de France et possède une capacité d'accueil de 820 places. En 2000, le nombre total de malades, par jour, est de 1 126 personnes qui restent en moyenne dix-sept jours pour des soins classiques et quelques mois quand il s'agit de nutrition (NPAD et NED).

En 2000, la population concernée par une entrée en HAD concerne 10 072 personnes. La totalité est basée sur le bassin d'Île de France, et représente 70 % de femmes et concerne la tranche d'âge des 21-40 ans (47 %). Viennent ensuite les 41-60 ans (17 %) et les 61-80 ans (23 %) ; les autres catégories, les plus jeunes et les plus âgées, étant en proportion bien plus faible (moins de 10 %). Enfin, l'origine de la prise en charge médicale de ces patients provient principalement des hôpitaux et, pour 2,4 % seulement, de la médecine de ville.

B. L'apogée. La prise en charge des malades atteints du SIDA

Les années 1980-1990 sont dominées par la prise en charge des malades du SIDA dans l'ensemble du système de santé et surtout en HAD. C'est une période de rupture quant à la manière de penser le soin et de considérer le malade. Il s'agit de le soigner autrement en le rendant acteur de ses soins : « Avant, avec le SIDA, dit Christian, kinésithérapeute, c'était le soignant-roi qui faisait ce qu'il avait à faire. Les gens qui ont eu le SIDA, à partir de leurs associations, ont pris en charge leur maladie. Ils ont exigé des soins de qualité et ont dit qu'il n'y avait pas que la maladie. Il y avait la vie qui va autour. »⁴

Les soignants HAD considèrent aujourd'hui encore que le SIDA est une maladie qu'ils ont su prendre en charge bien que les patients aient été « exigeants » et parfois agressifs : « Justement parce que, poursuit Catherine, ergothérapeute, ils trouvaient que la réponse médicale n'était pas adaptée à leurs problèmes. »⁵ En même temps, ils considèrent que leurs conditions de travail ont été adaptées au respect du principe central de « la prise en charge globale du patient. » En d'autres

4 Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 32.

5 Ibidem, p. 34.

termes, malgré les critiques faites par les malades du SIDA, la structure et les soignants ont été en mesure de mobiliser l'ensemble des ressources de l'HAD pour le mettre au service de l'autonomie des malades : « la priorité c'était le patient »⁶ résume encore Isabelle, infirmière expérimentée travaillant sur l'est de Paris. Cette période a obligé l'HAD et les soignants à faire du « sur-mesure. » Pourtant, l'admission de ces malades n'a pas été si facile. Il a fallu convaincre d'accepter cette pathologie stigmatisée. C'est-à-dire démontrer la faisabilité de cette prise en charge dans des services de soins dispersés, du contrôle des risques d'infection, de l'homogénéisation des pratiques de soins. Plus encore, à cette époque, commente Catherine, « les patients étaient très malades, et nous ne savions pas très bien réagir d'autant que nous nous occupions de personnes qui avaient nos âges. »⁷

En effet, beaucoup de malades atteints de SIDA souhaitaient et pouvaient physiquement conserver leur activité professionnelle. Dans le cas de perfusions pour un traitement contre les infections à CMV (cytomégalovirus), il s'agissait de passer « tôt » avant leur départ au travail et « tard » après leur retour. Pour y parvenir, les horaires d'ouverture de l'HAD ont été modifiés pour se prolonger jusqu'à 21 heures (un service de garde a été mis en place en 1985 de 14 heures à 21 heures) et répondre ainsi aux contraintes des malades. Ces derniers avaient aussi la particularité d'être souvent très actifs, trop pour certains médecins hospitaliers, dans leurs soins lourds, longs et douloureux. Malgré les risques d'infections, il arrivait qu'ils débranchent eux-mêmes une perfusion de leur chambre implantée. Certes, ces malades « exigeaient beaucoup et de tout le monde », mais ils ont obligé à tirer vers le haut les compétences professionnelles et surtout humaines des soignants, élevant ainsi le sens de leurs actes médicaux. Beaucoup de soignants disent encore aujourd'hui, non sans fierté, avoir beaucoup appris de leur métier auprès d'eux.

Aujourd'hui, les services de l'HAD sont au carrefour d'un double mouvement qui affecte leur organisation. D'un côté, il faut signaler le déclin du nombre de malades du SIDA pris en charge en raison du développement des tri-thérapies, d'un autre, le départ de nombre d'anciens soignants. La pathologie du SIDA ne concerne plus aujourd'hui que 2 % des admissions (13 928 admissions en soins classiques en

6 Intervention sociologique n°9-10, le 05 avril 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 11.

7 Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 35.

2000) et est en constante baisse depuis 1997. Cette évolution n'a pas été sans poser problème pour l'HAD et ses soignants : « Ça a été la panique parce que la direction disait clairement qu'il nous fallait trouver une autre pathologie »⁸ se souvient Isabelle. La rupture est symbolisée par la restructuration débutée en novembre 1999 : « Moi, quand je suis arrivée en HAD, dit-elle, il y a sept ans, le mot d'ordre était l'intérêt du patient. On avait beaucoup de patients atteints du SIDA et d'un seul coup ça a changé, on a été restructuré. »⁹ La nouvelle organisation se veut plus souple et plus flexible, mais, du point de vue des soignants, elle est aussi plus contraignante pour leur travail. Ce qui fait dire à beaucoup d'entre eux qu'il est heureux que la vague de SIDA ait diminué, au risque de se faire « massacrer chez les malades avec la façon dont on travaille maintenant. »¹⁰

C. Le malaise. La montée du sentiment d'insécurité

Les personnels de l'HAD ont subi, en dix ans, neuf cas d'agression signalée¹¹. Ce chiffre est confirmé par l'étude¹² publiée par l'HAD en 2001 en préalable à la mise en place de la formation « Malveillance, sécurité urbaine. » Cette étude indique que les soignants interrogés disent être confrontés à des menaces et paroles agressives (57 %), mais très rarement à des gestes agressifs (29 %). Ces éléments et le sentiment de n'avoir pas à craindre pour leur sécurité personnelle (52 %) suggèrent qu'il s'agit moins d'un problème d'insécurité objective que d'un véritable malaise des soignants au travail.

De manière plus générale, l'institution HAD est décrite par le personnel comme incapable de répondre, sinon en décalage complet, face à l'urgence de certaines situations. Ce qui alimente un sentiment d'impuissance et de malaise des soignants à l'égard de leur structure professionnelle et des conditions de travail que l'HAD juge adéquates pour eux. Ainsi, une affaire de changement de la serrure du service

8 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 20 02 à la Pitié-Salpêtrière, p. 37.

9 Ibidem, p. 40.

10 Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 32.

11 FNEHAD (Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile), Compte-rendu de l'Assemblée Générale annuelle de la FNEHAD du 21 juin 2001 à Avignon, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Paris, 2001, p15.

12 AP-HP, Lettre d'information de l'Hospitalisation A Domicile, Les Brèves, n°43, Paris, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Paris, juin 2001.

d'obstétrique après plusieurs effractions constituera, dans notre recherche, un exemple typique d'impéritie de la direction. La diversité des situations et des problèmes à traiter par les soignants, leur donne le sentiment de s'éloigner du cœur de leur travail, donc des patients et des soins. A cela s'ajoute l'évidence de leur isolement en raison de la taille du secteur qu'ils couvrent, les réponses limitées qu'ils peuvent apporter dans certains cas et l'envahissement de la vie privée par les horaires de la vie professionnelle. Domine aussi le sentiment qu'il est inutile de se plaindre : « Ça ne sert à rien, dit Claudine, de dénoncer les choses parce que rien ne change de toute façon. »¹³

Le thème de la violence est pourtant très présent dans les entretiens individuels que nous avons réalisés, avec des soignants, entre décembre 2001 et janvier 2002. On y parle d'altercations ou de tensions dans la rue, à domicile, parfois au sein même de l'équipe de soins. L'amplitude de la réponse à ces situations problématiques (avertissement de la hiérarchie, plaintes à la police...) dépend de la hiérarchie du service concerné et de la réactivité de ses cadres. Ainsi, il est fait état de nombreuses situations de harcèlement moral entre collègues ou de la part de la hiérarchie sur les soignants sans que cela donne lieu à un avertissement ou à un signalement à la direction de l'HAD. Traitées directement, ces situations sont le plus souvent banales et appartiennent à l'ordinaire de la vie professionnelle.

La situation de l'HAD, en ce qui concerne la violence, se retrouve dans les conclusions du rapport¹⁴ demandé par Madame Elisabeth Guigou, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, en novembre 2001 sur les situations d'insécurité et de violences subies par les différents professionnels libéraux de santé. Ce rapport constate que les situations « sont répertoriées en cas d'agressions physiques ayant fait l'objet de déclaration ou ayant donné lieu à un accident du travail et concernent alors des professionnels de santé. Dans l'immense majorité des cas, les violences sont de nature verbale (incivilité, agressivité, chantage, menaces, injures) et ne sont pas comptabilisées malgré les répercussions sur la qualité du travail des professionnels et la nature des relations avec leurs malades. Elles sont à l'origine du

13 Intervention sociologique n°11-12, le 03 mai 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 28.

14 IGAS, « Rapport sur les violences subies au travail par les professionnels de santé », Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, octobre 2001,

climat d'insécurité qui règne chez ces professionnels, en particulier dans les quartiers sensibles des zones urbaines économiquement et socialement défavorisées, déjà marquées par la délinquance. »

Certes, les dispositifs légaux garantissent le droit de procéder à des démarches juridiques pour dénoncer des violences. Démarches qui sont appuyées par l'institution. Cependant, cela ne suffit pas, et celle-ci éprouve des difficultés pour développer l'écoute personnelle des soignants et assurer une prise en charge collective des problèmes. L'accès à la psychologue de l'AP-HP est jugé d'autant plus difficile que son existence même demeure inconnue de la majorité des soignants. Les procédures systématiques de déclaration des incidents respectent le cadre classique de la plainte au commissariat mais l'incitation par la hiérarchie à les engager reste faible. Certains soignants, confrontés à des violences et agressions et les ayant signalées jusqu'au plus haut niveau hiérarchique, disent ne pas avoir été soutenus par leur direction, à laquelle ils reprochent de n'avoir même pas pris la peine de prendre de leurs nouvelles, de « téléphoner pour savoir comment ça va. »¹⁵

Les problèmes de violence, hors et dans l'institution, apparaissent d'autant plus comme autant de symptômes d'un malaise général que les conditions de travail en HAD sont jugées, ressenties et décrites comme astreignantes et contraignantes. Les soignants s'estiment pris dans les procédures administratives d'une institution hospitalière à certains égards trop rigide et à d'autres inadaptée. Dès lors, cette institution est caractérisée par des dysfonctionnements auxquels ils doivent suppléer ou dont ils doivent s'accommoder. L'ambivalence est flagrante et rejaillit sur l'idéal qui consiste à placer le soigné au centre de la relation.

15 Intervention sociologique n°13-14, le 18 juin 20 02 à la Pitié-Salpêtrière, p. 3.

2. Une recherche

Cette étude sur « Les situations de violence au travail en HAD » a été demandée au Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologiques (CADIS) dans un contexte général d'interrogations relatives à la montée de l'insécurité.

La thématique de la violence et de l'insécurité, que l'on voyait s'étendre dans le débat politique et pénétrer diverses institutions, n'était pas neuve pour l'HAD où il existait déjà une formation interne des soignants « Malveillance, sécurité urbaine ».

Cette expérience récente a tout d'abord bénéficié aux services de Grande Arche et Ourcq. La formation « Malveillance, sécurité urbaine » fut précédée d'une étude préalable¹⁶ auprès des soignants qui fit apparaître la grande utilité, pour plus de 80 % des répondants, d'un tel outil pour les professionnels. Les premiers participants disent qu'elle leur permet d'une part de mobiliser leurs propres ressources en cas de conflits et d'actes violents à leur rencontre et d'autre part de mettre l'insécurité à sa juste place, sans que le sentiment d'insécurité s'auto-alimente de toutes les histoires entendues, réelles ou plus ou moins oniriques. Précisons qu'en juillet 2001 un autre projet de formation¹⁷ - action « Approche préventive – situation de violence » a été envisagée sans aboutir.

C'est donc dans un climat où l'insécurité devenait un thème important, et où les agressions (crachats, bris de glace de voiture...)¹⁸ semblaient se multiplier, que la direction de l'HAD a souhaité que soient étudiées la violence vécue et ses conséquences sur les soignants et sur la manière dont ils les vivent et les gèrent dans leur travail.

16 AP-HP, Lettre d'information de l'Hospitalisation A Domicile, Les Brèves, n°43, Paris, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Paris, juin 2001.

17 Hospitalisation A Domicile, Proposition de formation-action, Approche préventive – situation de violence, document interne de l'HAD, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Paris, juillet 2001

18 Cette étude a été lancée peu de temps après que soit remplacée une soignante qui avait été agressée par un motard. Ce dernier avait fait voler en éclat le carreau de sa vitre de voiture et lui avait craché au visage sans raison apparente. Ce fait divers de trop venait s'ajouter à d'autres, probablement moins violents, mais tout aussi graves du point de vue du ressenti et de la montée d'un sentiment d'insécurité.

A. La phase préparatoire

Afin de mieux connaître la réalité du travail des soignants de l'HAD et de préparer l'intervention sociologique qui sera présentée plus loin, nous avons effectué quatre journées d'accompagnement avec son personnel : deux à l'hôpital Antoine Béchère avec un aide-soignant puis la seconde avec une infirmière, la troisième à Paris à l'hôpital Fernand Widal avec une infirmière, et enfin une dernière au service de nuit.

D'un patient à un autre, les pathologies et situations sociales diffèrent, la personnalité aussi. Les soignants doivent assurer leurs soins techniquement tout en s'adaptant à chacun des malades dont ils ont la charge. Tantôt ils partagent avec eux "une simple tranche de vie", tantôt ils écoutent leurs plaintes, leurs angoisses comme leurs peurs. Parfois, il leur faut supporter une agressivité qu'ils considèrent alors le plus souvent comme compréhensible du fait de la maladie. Entre tensions et convivialité, leur tournée de travail, très planifiée, peut ressembler à une course-poursuite, surtout lorsque les trajets (à pied, en transports en commun ou en voiture) s'éternisent. Le stress gagne du terrain, d'autant plus qu'ils savent que chaque patient fera remarquer plus ou moins explicitement qu'il attend depuis longtemps et n'a pu aller faire ses courses ou prendre son repas. Selon les soignants, la réalité est qu'ils passent plus de temps à se déplacer qu'à soigner.

Se trouvant au domicile, ils sont aussi pris à témoin d'histoires de famille. A la fin de leur tournée, ils doivent accomplir des tâches administratives, remplir le dossier du patient, préparer le matériel pour le lendemain. Ils doivent aussi s'informer de l'activité et de l'organisation générale de l'unité de soins.

La préparation de l'intervention sociologique a été complétée par une série d'une trentaine d'entretiens individuels de soignants, d'une durée moyenne d'une heure trente, effectués à partir d'une liste conjuguant sélection par tirage au sort par la direction de l'HAD et respect de la proportion des catégories professionnelles présentes sur le terrain.

Ont été interviewés onze infirmières et deux infirmiers, sept aides soignants dont trois hommes, une cadre infirmière, deux cadres supérieures femmes, une

ergothérapeute, un kinésithérapeute, une sage-femme, deux puéricultrices, trois assistantes sociales, soit six hommes et vingt-cinq femmes.

Plusieurs thèmes ont été abordés. Il s'agissait d'évoquer les différentes formes de violences connues ou rencontrées : violences physiques et verbales mais aussi situations de tensions et de stress, et sentiment d'insécurité. Il s'agissait aussi de décliner ces types de violences selon les situations : au domicile des patients, dans l'institution HAD et en ville. Enfin, des questions ont été posées sur le travail en HAD et sur le fonctionnement et l'organisation de l'HAD.

B. Une intervention sociologique

Créée par Alain Touraine, la méthode de l'intervention sociologique a d'abord été conçue pour l'étude des mouvements sociaux, puis a été appliquée à diverses questions sociales (grèves étudiantes, racisme, vécu des malades atteints de cancers, etc.). Elle suppose que la recherche peut permettre aux protagonistes d'une situation donnée d'analyser leur action et, de-là, leur capacité d'action, précisément en s'appuyant sur les connaissances qu'ils produisent avec les chercheurs. S'agissant des soignants et de la violence qu'ils rencontrent, les sociologues ne prennent pas une position d'experts. Ils offrent, par contre, à un groupe de soignants, un espace privilégié pour élaborer leur propre réflexion à partir de débats dont le point d'ancrage porte sur leur pratique de soins. Si cet espace « protégé », en quelque sorte « neutre », est nécessaire pour assurer librement à chacun des soignants sa participation, la réflexion ne peut être coupée des rapports sociaux dans lesquels ils se trouvent d'habitude. C'est pourquoi, dans une première phase, ils reçoivent, lors de séances dites « ouvertes », des interlocuteurs concernés par leur action avec qui ils discutent du problème placé au centre de leur réflexion. Ces échanges permettent de mieux estimer la distance entre pratiques et discours. Dans un deuxième temps, un travail propre au groupe, encouragé par les chercheurs dans des séances dites « fermées » car sans la présence d'un interlocuteur, permet de transformer des certitudes et convictions en simples hypothèses de recherche. Dans un troisième temps, les chercheurs, au cours de séances de bilan, mettent en discussion une analyse générale. Ils proposent un

raisonnement d'ensemble qui est soumis au groupe : celui-ci peut le rejeter, se l'approprier, l'amender. A l'issue de ces travaux, une dernière séance permet au groupe et à ses chercheurs de présenter les principaux résultats du travail commun au directeur du personnel de l'HAD qui est à l'origine de la recherche.

Le groupe a reçu cinq interlocuteurs choisis en commun par les soignants du groupe et les chercheurs, chacun d'entre eux occupant une séance entière de travail. Cinq séances « fermées » de discussion avec les chercheurs ont permis de faire le point sur la réflexion du groupe, notamment pour préciser la place de la violence et du sentiment d'insécurité. Trois autres séances ont été organisées. Deux concernent le bilan de la recherche, uniquement dans une discussion entre le groupe et les chercheurs. Une autre a permis au groupe de rencontrer le directeur du personnel de l'HAD. Le planning des séances d'intervention sociologique a été le suivant :

Vendredi 25 janvier 2002 - Pitié Salpêtrière - Salle Mazarin

Intervention Sociologique n°1 - Séance fermée de présentation

Intervention Sociologique n°2 - M. Bruno Hup, Directeur du service de maintien à domicile de Aides

Vendredi 15 février 2002 – Pitié Salpêtrière - Salle Mazarin

Intervention Sociologique n°3 - Séance fermée

Intervention Sociologique n°4 - Mme Carole Damiani, psychologue auprès des victimes d'attentats à l'Institut National pour l'Aide aux Victimes (INAVEM)

Vendredi 15 mars 2002 - Pitié Salpêtrière - Salle Vincent de Paul

Intervention Sociologique n°5 - M. Tobie Nathan, et hnoopsychiatre au centre universitaire d'aide psychologique Georges Devereux à Saint-Denis

Intervention Sociologique n°6 - M. René Drivet, Directeur général de Santé Service Ile-de-France et Mme Petitbon, Coordinatrice du service social de Service Santé Ile-de-France

Vendredi 29 mars 2002 – Pitié Salpêtrière - Salle Mazarin

Intervention Sociologique n°7 - Séance fermée

Intervention Sociologique n°8 - Séance fermée

Vendredi 05 avril 2002 – Pitié Salpêtrière - Salle Mazarin

Intervention Sociologique n°9 - Mme Marchand, syndicaliste CGT HAD AP-HP.

Intervention Sociologique n°10 - Séance fermée

Vendredi 03 mai 2002 – Pitié Salpêtrière - Salle Mazarin

Intervention Sociologique n°11 - séance de Bilan

Intervention Sociologique n°12 - séance de Bilan

Mardi 18 juin 2002 – Pitié Salpêtrière – Salle Vincent de Paul
Intervention Sociologique n°13-14 - M. Bruno Deporcq, DRH HAD

Les participants au groupe d'intervention sociologique ont été invités par les chercheurs en tenant compte des catégories de soignants et de la proportion hommes/femmes dans les effectifs du personnel. N'ont été retenus que des soignants se déplaçant quotidiennement au domicile des patients, sans lien hiérarchique les uns par rapport aux autres. Le volontariat a été le critère principal. Signalons malgré tout que plusieurs soignants ont renoncé à leur projet de participation de crainte de provoquer une situation de sous-effectif dans leur unité ou de peur de s'exposer devant la direction. Pour des raisons administratives, les rencontres, en tout une quarantaine d'heures, ont été assimilées à une formation, mais souvent, une partie du temps consacré par les participants débordait ce cadre, et prenait sur leur temps de repos. Ont ainsi participé :

Liste des participants (les prénoms ont été changés)

Valérie	sage-femme
Christine	infirmière diplômée d'état
Leila	puéricultrice
Monique	puéricultrice
Claudine	infirmière diplômée d'état
Isabelle	infirmière diplômée d'état
Myriam	assistante sociale
Christian	kinésithérapeute
Mélanie	infirmière diplômée d'état
Virginie	infirmière diplômée d'état
Jacqueline	infirmière diplômée d'état
Catherine	ergothérapeute

II. LA DOUBLE DIALECTIQUE DU SOIN EN HAD

1. La pénibilité du travail

A. Entre l'hôpital et le domicile : la ville, source d'exposition à l'insécurité

Les soignants en HAD travaillent hors de l'hôpital. Ils vont au domicile du patient. Leur environnement de travail devient alors urbain, avec le risque d'être confrontés à toutes sortes de violences et de situations stressantes, et éventuellement à des agressions physiques.

En voiture, les soignants connaissent les déboires de tous les automobilistes en région parisienne. Ils risquent d'être en retard permanent. Il s'agit aussi de se protéger : « En voiture, dit Monique, une puéricultrice, je verrouille et je mets ma ceinture de sécurité ensuite. »¹⁹ Des habitudes se prennent pour éviter d'être victime d'un vol à la tire ou de se faire cracher dessus. La menace peut être plus grave et les risques sont réels, extrêmes et imprévisibles : « Sous le tunnel d'Orly, dit Jacqueline, une infirmière expérimentée, il y a une voiture qui m'a poussée, un mec voulait me coincer sur le côté. J'ai eu peur. Je me suis arrêtée. »²⁰ Le racisme constitue aussi une forme de violence qui s'exprime en zone urbaine : « Moi, j'ai une de mes collègues africaines, raconte Isabelle, cette semaine un type lui a arraché son rétroviseur en lui disant : "salope de bamboula". »²¹ A l'arrivée chez le patient, et pour ne pas perdre plus de temps, on se gare tant bien que mal. On sait qu'au retour, il y aura presque à coup sûr une contravention, et que cela fera "une histoire avec la hiérarchie" : « A chaque fois que les filles ramènent des PV, y a des réflexions, alors que l'HAD ne les paie pas. Ce n'est pas la peine de nous faire des problèmes, ça met une pression inutile. En plus c'est pour des problèmes de stationnement, ce n'est pas parce qu'elles roulent à cent à l'heure sur le périphérique. »²²

Il faut aussi subir de nombreuses petites choses qui n'ont l'air de rien mais qui deviennent au fur et à mesure épuisantes : retrouver ses pneus crevés, devoir éviter des œufs lancés du haut des étages. Il faut aussi affronter le risque potentiel que

19 Intervention sociologique n°3-4, le 15 février 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 21.

20 Ibidem, p. 23.

21 Ibidem, p. 36.

22 Ibidem, p. 53.

représentent certains individus : « Ils s’amusent aussi, parce que je connais le cas d’un patient sur Vitry, on ne pouvait pas entrer chez lui sans les flics parce qu’un gars de l’immeuble terrorisait tout le monde avec son pitt-bull. On était obligé de passer au commissariat avant. C’était institué, la voiture de l’HAD arrivait et le gars descendait avec son chien et tous les locataires de l’immeuble étaient à leur fenêtre à attendre et voir ce qui allait se passer »²³ explique Catherine.

Les sentiments de peur, de méfiance, d’incompréhension se mêlent et construisent une ambiance de malaise, d’insécurité : « Il n’y a pas de passage à l’acte, évidemment, mais ça recommence à chaque fois. »²⁴ Sentiments seulement, au départ, qui prennent l’allure d’une impression que l’on a, à peine palpable : « Quand on rentre dans des immeubles, on a l’impression de rentrer dans un bunker, il y a une grille et une autre grosse grille comme en prison. »²⁵ Les soignants se demandent « pourquoi les portes de cet escalier sont murées » ou si « ces marches ne vont pas lâcher. »²⁶ Rien de rassurant, mais rien d’objectif non plus : « Des quartiers où je ne suis pas à l’aise mais c’est tout »²⁷, conclut une infirmière. A circuler tous les jours à travers le territoire urbain, les soignants sont aussi les témoins contraints de la violence urbaine. Une infirmière raconte la guerre des gangs : « Il y avait des gars qui se bastonnaient avec des battes de base-ball qui m’ont laissée passer » ou encore : « deux petites jeunes un autre jour qui se battaient, l’une traînant l’autre par les cheveux dans le caniveau, qui s’arrêtèrent pour laisser passer la voiture de l’HAD. »²⁸

Et puis service public oblige, en HAD, les soignants vont soigner partout : « Dans un hôtel, dit Isabelle en visite chez une patiente, dans une chambre d’hôtel sans électricité, avec de l’eau quand le patron voulait bien en mettre, au rez-de-chaussée il y avait un bar. La première fois, j’y suis allée avec une de mes collègues faire l’accueil parce qu’on avait situé la rue, et il y avait peut-être cinquante mecs dans le bistrot et pas une nana évidemment. Mais, après, il faut y retourner seule pendant

23 Ibidem, p. 29.

24 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2 002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 18.

25 Intervention sociologique n°3-4, le 15 février 2 002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 19.

26 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2 002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 19.

27 Ibidem, p. 76.

28 Intervention sociologique n°3-4, le 15 février 2 002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 28.

des semaines, deux fois par jour. Ca prend des proportions dans notre esprit depuis la veille jusqu'au lendemain. On serre les fesses pendant toute la semaine. »²⁹ Il faut aussi dispenser les soins dans des caravanes, des roulottes ou des squats.

Le sentiment de malaise s'alimente du fait qu'il faut rencontrer l'inconnu, s'exposer aux autres, subir la délinquance urbaine, par exemple les vols de pickpockets : « Une de mes collègues, explique encore Isabelle, alors qu'elle appelait son petit garçon avant qu'il se couche, un mec arrive et lui arrache toute la doublure de la poche. »³⁰ C'est aussi, à écouter ces histoires, vu de l'extérieur, s'exposer parfois inutilement : « une infirmière était à la Porte de Clignancourt et des gamins jouaient sur le trottoir. Ils la bousculent alors elle les regarde, attendrie, mais, en fait, elle n'avait plus son sac. Ils lui avaient tout arraché. Et, au commissariat, elle s'est fait engueuler par les flics qui lui ont dit : "mais qu'est-ce que vous faites là à six heures du soir ? Les autres HAD privées y vont à deux et les médecins et les flics ne veulent pas y aller". »³¹ Cette réaction des policiers fait du délit un acte d'autant plus violent que l'indifférence provient de représentants de l'autorité civile ou de l'institution : « "il n'y a pas de risque zéro" nous a dit la direction, mais ce ne sont pas de bonnes conditions pour aller bosser »³² commente le groupe de soignants. L'agression peut provenir de « personnes à risques » tels les « toxicos qui cherchent des substances. »

Malgré le constat d'une exposition aux risques, il faut repartir le lendemain. Le statut professionnel aide parfois : « Je suis rentrée dans le hall de l'immeuble, se souvient Isabelle, et là il y avait des mecs qui m'ont coincée en disant qu'il n'y avait pas de femmes qui rentraient ici. Je leur ai dit que j'étais infirmière et ils m'ont laissée sortir. »³³ Dans certains endroits, ce statut devient même un avantage. Nombre d'entre eux racontent comment on les a aidés à porter des cartons ou tenu la porte. D'autres soignants proposent de « dédramatiser ce qui est diffusé par les médias et de prendre plus conscience de leur propre capacité d'action. »³⁴ Suivre une

29 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 18.

30 Ibidem, p. 19.

31 Ibidem, p. 19.

32 Ibidem, p. 19.

33 Ibidem, p. 17.

34 Intervention sociologique n°3-4, le 15 février 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 17.

formation « permet, explique Christine, infirmière, d'imaginer, avant que les choses ne se passent, comment on pourrait réagir si on se trouvait par hasard dans une situation comme ça afin d'être moins démuni le jour où ça arrive. » Myriam, assistante sociale, quant à elle, parle de faire appel à l'aide d'un psychologue : « quand il arrive une agression de ce type, on devrait pouvoir l'élaborer immédiatement avec un psychologue pour ne pas construire un sentiment d'insécurité. »³⁵

Autant de situations auxquelles les soignants disent penser tout le temps dès qu'ils sont dehors. Ils changent leurs comportements parce que même « si on n'a pas peur, dit Isabelle, on reste vigilant. »³⁶ Elle parle de conditionnement : « Quand je prends les transports en commun, je suis complètement conditionnée à faire tout le temps attention à mes affaires. »³⁷ Virginie précise davantage : « J'ai pris une manie maintenant, c'est de toucher au-dessus de ma parka pour voir si la banane est toujours là. »³⁸

Le sentiment d'insécurité traverse tous les moments de la vie professionnelle. La frontière entre vie professionnelle et vie privée tend à se confondre : « Ça nous colle à la peau même une fois sortis du travail »³⁹ d'autant que « ce qu'on entend dans les médias n'est pas rassurant. »⁴⁰

B. Les contraintes de la relation aux patients

Les relations avec les patients ne sont pas celles, classiques, que l'on entretient avec les malades à l'hôpital. Le patient est chez lui. Cette situation inhabituelle dans le cadre de soins médicaux produit des rapports délicats entre soignants et patients : venir soigner à domicile ne se réduit pas à un geste technique ou au protocole d'un traitement. Cela va bien au-delà de la maladie, et embrasse tout l'univers du patient, social, familial, professionnel.

35 Ibidem, p. 24.

36 Ibidem, p. 53.

37 Ibidem, p. 19.

38 Ibidem, p. 20.

39 Ibidem, p. 20.

40 Ibidem, p. 10.

Le plus souvent, les soignants, infirmières ou aides soignants, sont mal accueillis car ils arrivent à une heure où ils ne sont pas attendus. Cela est de plus en plus fréquent. Un patient "râlera" parce qu'il tient à regarder le feuilleton télévisé, l'autre parce que sa femme doit aller au marché. Il y a toujours une bonne raison de se plaindre. Cette tension ne tient pas au milieu social : « Du huitième arrondissement au seizième arrondissement, en passant par des quartiers plus populaires, explique plusieurs infirmières, il y a cette tension parce qu'on n'arrive pas pile à l'heure, parce que ce n'est pas tout le temps la même infirmière qui les soigne. »⁴¹ Leïla, puéricultrice depuis deux ans en HAD, renchérit : « J'ai l'impression que c'est une demande de plus en plus accrue des familles. Même une tranche horaire de deux heures ne suffit plus. »⁴² Les patients et leur famille veulent tous être servis en même temps, or « c'est impossible ! »⁴³, scande Jacqueline qui travaille principalement le soir. Dès lors, avant même de partir de l'unité de soins, les soignants devancent les sources de tensions : le matin, ils se demandent par qui ils vont commencer pour ne pas « se faire jeter ».

Il arrive aussi que les portes restent closes, le patient étant parti, faire ses courses, acheter son pain pour le petit-déjeuner, ou à la messe, quand il n'a pas oublié le passage de l'HAD. Les patients, peut-être pour attirer l'attention ou par provocation, créent des situations embarrassantes pour les soignants. Isabelle, qui travaille sur Paris, explique qu'elle s'occupe d'une dame atteinte d'un cancer très avancé mais qui n'est jamais là : « On est censé venir jusqu'à 21 heures pour une perfusion qu'on pourrait poser à 18 heures, mais, en fait, elle attend après 21 heures et appelle l'équipe de nuit pour dire que l'infirmière n'est pas venue. Ce soir, dit cette infirmière, je dois aller chez elle au fin fond de la Porte de Clignancourt, en pleine zone, je suis sûre que je vais me casser le nez. Ça fait un an que ça dure cette histoire. »⁴⁴

Nombre de malades perçoivent l'arrivée des soignants comme une intrusion. Ce sentiment s'aggrave avec le changement constant de soignants, qui laissent tous sur

41 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 21.

42 Ibidem, p. 21.

43 Ibidem, p. 28.

44 Ibidem, p. 27.

place un matériel considérable, dont le lit médicalisé, qui se substitue au lit traditionnel. Ce lit est un outil indispensable et nécessaire à la sécurité des soins ; il est pourtant source de tension. L'envahissement de l'intimité du malade crée une pression supplémentaire. D'autres griefs s'accumulent. Il ne faut pas abîmer « la moquette toute neuve » alors qu'elle empêche de passer avec le fauteuil roulant, ni « la salir avec ses chaussures sales. » Certains malades imposent aux soignants de préparer le matériel, non pas sur une grande table, mais sur un bout de planche ou de table à repasser. Parfois même, on leur demande de « passer par la porte de service » comme à des domestiques ; ce que les soignants refusent fermement. Les situations paradoxales où toute la famille, sauf le patient, est au courant de la maladie et sait qu'il va mourir, placent les soignants en porte-à-faux vis-à-vis de ce malade avec qui il est encore plus difficile de parler. L'intrusion dans l'intimité d'un patient et de sa famille impose aux soignants d'être la cible des mécontentements et griefs des uns et des autres, des malades et de leur famille. Les soignants évoquent ici des problèmes d'organisation, mais aussi leurs angoisses liées à l'isolement et à la mort. « Par rapport à la mort, confirme Jacqueline, ils sont très angoissés et nous, là, nous sommes les responsables. »⁴⁵

Le soignant reçoit également les plaintes provenant de maltraitances que le malade subit ailleurs, par exemple à l'hôpital. Ainsi, Christian, kinésithérapeute, « dinosaure de l'HAD » selon ses propres termes car depuis vingt ans en exercice, rapporte les histoires de patients diabétiques qui, parce que l'ambulance oublie de venir les chercher, n'ont pas leur repas à l'heure. Ces petites erreurs mises bout à bout provoquent des situations inacceptables rarement traitées comme telles. « L'autre jour, confirme Isabelle, un petit vieux diabétique était à l'hôpital pour des pansements dégueulasses. L'ambulance n'est jamais venue le chercher. A l'hôpital, ils se sont débrouillés pour lui trouver à manger un bifteck. Mais manque de bol, il n'a plus de dents ! Donc, il a fait un malaise. C'est infernal ! »⁴⁶ Les soignants de l'HAD prennent la suite et tentent de récupérer la situation. Isabelle finit l'histoire de ce vieil homme : « J'y suis retournée le lendemain pour faire un pansement. Il s'est plaint pendant une heure ! »⁴⁷ Mais face à ce mépris, il n'existe que peu de solutions, si ce

45 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 25.

46 Intervention sociologique n°11-12, le 03 mai 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 18.

47 Ibidem, p. 18.

n'est l'écoute et le réconfort. Les soignants savent que ce n'est que partie remise. « On a du mal à réconforter les gens sur des trucs comme ça. Oui, on compatit, mais on ne peut même pas leur dire de ne pas s'inquiéter. Ce n'est pas juste un accident. C'est comme ça toutes les semaines ! »⁴⁸

L'acte de soins à domicile ne se résume pas à une piqûre, un pansement ou une perfusion. On peut aussi être malgré soi entraîné dans une histoire de couple. Les soignants ont parfois le sentiment d'être transformés en « conseillères conjugales. » « Moi, dit Isabelle, je vais chez une dame, depuis deux ans. Elle est odieuse mais ça se comprend parce que quand son mari est là, il lui dit : "toi tu te tais", il l'engueule et après il nous engueule en disant : "si tu as un problème tu me le dis à moi parce que c'est moi l'homme, le chef de famille." »⁴⁹ C'est aussi parce que la maladie abîme l'intimité d'un couple, la relation amoureuse, que le soignant devient celui à qui tout se dit.

Les soignants s'estiment également maltraités dans l'exercice de leur travail. Ils supportent mal le mépris des patients. Ce qu'illustre l'histoire d'une patiente qui n'accepte pas un lit médicalisé alors que son appartement le permet, mais, selon Jacqueline qui en a actuellement la charge : « elle estimait que si on n'était pas capable de se mettre à quatre pattes, on ne devait pas faire ce métier-là. »⁵⁰ L'humiliation est une disqualification dans leur travail d'autant plus violente que les soignants disent exercer un métier qui leur tient à cœur. Ce sont aussi les compétences qui sont remises en cause, inlassablement : « Le leitmotiv de cette patiente, selon Jacqueline et Isabelle, est de dire : "Tu ne sais pas faire ! Tu ne fais pas comme l'autre ! Tu ne fais pas comme à l'hôpital !" »⁵¹ Et, même, quand les malades ne supportent plus les conséquences de la maladie, ils se retournent contre leurs soignants : « Pour finir, il nous a jeté le carton de matériel médical à la figure, raconte Jacqueline. »⁵²

48 Ibidem, p. 18.

49 Intervention sociologique n°5-6, le 15 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 18.

50 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 25.

51 Intervention sociologique n°5-6, le 15 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 19.

52 Ibidem, p. 43.

Le racisme, qui stigmatise l'origine des soignants, est une autre forme de disqualification du soignant et de ses compétences. « En service, il y a parfois des gens qui t'agressent par rapport à ta couleur de peau, ne voulant pas être soignés par quelqu'un de couleur. »⁵³ Jacqueline précise que cela dépasse le milieu social dans lequel on travaille : « Dans le seizième arrondissement, chez un ancien Sénateur, je suis venue avec une élève-infirmière noire et sa femme a dit : "je ne veux pas de noire chez moi". »⁵⁴ Loin de provoquer de simples situations embarrassantes, le processus du racisme qui s'exprime banalement génère un véritable sentiment d'agression.

Face à l'accumulation de situations de stress ou de réelles agressions, nombre de soignants s'interrogent sur la manière de les gérer. Leur travail semble se compliquer surtout en marge de la relation médicale. A tel point que beaucoup se disent qu'ils sont agressés parce qu'ils représentent aux yeux des malades le monde de l'activité et de la bonne santé qui leur est désormais inaccessible. Ils décrivent alors de véritables scènes qui mettent en cause leur présence, donc leur intervention au domicile du malade.

Dans tous les cas, être confronté à la violence verbale et physique d'un patient désarme et provoque la rencontre avec une situation à laquelle on ne se prépare jamais réellement. L'échange entre Isabelle, Jacqueline et l'ethnopsychiatre, Tobie Nathan, reçu par le groupe d'intervention le 15 mars 2002, est éloquent :

" Isabelle : Mais comment peut-on faire ? On sait bien que toute cette violence, c'est parce que les gens souffrent et puis, nous, on souffre aussi.

T. Nathan : Moi, je ne suis pas d'accord avec vous. Vous dites : "la violence c'est parce que les gens souffrent". Non, la violence, ce n'est pas parce que les gens souffrent. Ils vous agressent parce qu'ils ont des raisons de vous agresser.

Jacqueline : Isabelle rappelle trop à cette malade l'image d'une femme de quarante ans qu'elle ne peut pas supporter.

Isabelle : Cette malade supporte apparemment mal aussi la joie de sa fille quand elle me voit.

T. Nathan : Toutes ces interprétations-là, c'est faire le pari de l'aveuglement sur ses propres pensées. Vous ne la pensez pas lucide à elle-même comme vous et moi."⁵⁵

53 Intervention sociologique n°3-4, le 15 février 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 36.

54 Intervention sociologique n°5-6, le 15 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 62.

55 Ibidem, p. 38.

La lucidité suppose toutefois de disposer d'un temps suffisant pour écouter le patient dans un échange, comme en prenant un café. Les plaintes et les conflits, les tensions, les agressions verbales et physiques, les insultes, sont autant de moments pénibles du soin à domicile qui empêchent de réaliser l'acte médical prévu dans tout ce qu'il suppose d'aide, de soutien ou d'assistance, mettant en cause les compétences professionnelles acquises. Ils bloquent la relation de confiance ou de partenariat et ne donnent à voir qu'un espace de rencontre fermé. Pourtant, les soignants sont souvent des salariés qui quittent l'hôpital et vont en HAD pour enrichir leurs relations, leur travail. Ils y viennent afin, précisément, de pouvoir prendre ce temps de parole avec leurs malades, si précieux soit-il au vu de leur nombre, pour apprendre à se connaître soigné-soignant ; ce qui permet de désamorcer en amont les sources des moments pénibles du travail. Au bout du compte, ce temps, qui semble perdu, dégage en réalité davantage de temps et d'énergie pour l'essentiel de l'activité de l'HAD : le soin des personnes malades et son organisation.

Au quotidien, le désenchantement est grand alors que chaque acte de soin engage la totalité de la personnalité du soignant. Beaucoup dénoncent alors aussi leur solitude, rappelant, notamment, l'absence des médecins qui refusent très souvent de se déplacer et d'affronter les mêmes tensions.

C. L'organisation du travail : une technobureaucratie verticale ?

Tournées à domicile, entretiens individuels et intervention sociologique : en permanence, dans la recherche, apparaît la centralité des questions d'organisation du travail dans la problématique de l'insécurité. Le thème révèle la somme des dysfonctionnements de l'institution, dont le poids de la structure continue, malgré les réformes, de peser fortement sur le travail de ce personnel soignant.

La tournée des soignants s'organise dans chaque unité de soins à partir d'un planning qui regroupe l'ensemble des patients pris en charge. De la maîtrise de ce planning dépend le bon déroulement des visites. Inversement, de ce planning découle nombre de problèmes. Ce planning est tout d'abord établi à l'avance. Or, il arrive constamment que la tournée change du jour au lendemain. Les patients

prévus sont attribués à d'autres collègues quand bien même le soignant prend la peine de rassurer le malade sur sa venue personnelle pour les soins du lendemain. Une infirmière dit même n'avoir vu certains patients qu'une seule fois en plusieurs mois. Elle ne pourra assurer, la prochaine fois, que le soin technique, aucune relation avec les malades n'ayant pu s'établir auparavant. Dans ces conditions, les soignants ne peuvent satisfaire les patients qui demandent avec de plus en plus d'insistance une tranche horaire fixe de passage. C'est, en fait, davantage un soin personnalisés qu'ils demandent.

Faute de temps, la transmission des informations sur l'évolution d'un malade au collègue, qui le lendemain en aura la charge, est tout aussi difficile. Les conséquences de cette incapacité à prévoir produisent des situations parfois grotesques. Telle celle d'une femme, raconte Catherine faussement amusée, répondant à propos de l'escarre fessier de son mari : « depuis sa sortie de l'hôpital, il a vu quatre infirmières qui chacune a donné un avis différent ! »⁵⁶ Dans ces conditions, il est bien difficile de garantir la cohérence de la prise en charge et de faire qu'elle soit commune à l'équipe des soignants et comparable à celle d'un hôpital classique. Plus encore, il est compliqué d'établir une relation de confiance avec le patient et sa famille, et de parler de son autonomie lorsqu'il doit attendre que l'HAD vienne entre 8 heures et 13 heures !

Un certain nombre de paramètres, peu prévisibles, expliquent les ratés. Le premier est déjà connu car il concerne la difficulté des déplacements urbains, qui occupent une partie importante du temps. Depuis la réforme qui a consisté à regrouper les services de soins, les zones géographiques de chacun se sont étendues pour devenir considérables : « Quand on couvre un territoire aussi large que Aubervilliers, La Courneuve, Drancy, Le Bourget, Le Blanc-Mesnil, La Plaine Saint-Denis et l'Île Saint-Denis, comment aller au fond des choses ? » dit Myriam⁵⁷. Il suffit d'un imprévu pour que tout se désorganise. Les sources de perturbation de l'activité se multiplient et sont de plus en plus difficiles à prendre en compte : les événements de nuits, les décès dont on n'est même pas averti, les ré-hospitalisations, les fins d'HAD, les résultats d'examen qui n'arrivent pas quand il faut, et les embouteillages, les

56 Intervention sociologique n°9-10, le 05 avril 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 49.

57 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 12.

absences de collègues, en vacances ou soudainement arrêtés, les patients absents, ne sont que quelques exemples.

Les soignants préféreraient disposer de la maîtrise de leur propre planning. Ils ont le sentiment de suffisamment connaître le terrain d'intervention et ses contraintes. Ils pensent pouvoir « jongler » s'il le faut, en allant voir tel patient avant tel autre ou en remplaçant au pied levé un collègue bloqué chez un patient. Ils peuvent « colmater les brèches en cas d'absence, en cas de maladie, en cas de retard »⁵⁸ dans l'ultime but d'assurer le meilleur soin au patient. Cela est encore plus nécessaire s'il s'agit de s'occuper d'un enfant. L'examen et le soin doivent plus qu'ailleurs prendre en compte ses rythmes de vie, et par exemple respecter le temps de sa sieste.

La question du temps est devenue centrale. L'avant-restructuration marque ainsi un âge d'or dont il est difficile de dire jusqu'à quel point il est mythique. C'est ce qu'explique Christian : « A cette période, un kinésithérapeute et une infirmière parvenaient souvent à s'entendre sur leur horaire de passage. L'un venait à 10 heures et demies et l'autre à midi, ainsi ils pouvaient prévoir d'asseoir la patiente puis de la recoucher »⁵⁹, évitant à la patiente de devoir rester toute la journée dans son lit. Une longue série de critiques et de plaintes est adressée à ceux qui organisent le travail. On dénonce la part belle qui est faite aux contraintes économiques. Le manque de temps, le manque de personnel, le manque de moyens et d'argent, mais aussi le non-respect du malade, la non-reconnaissance du personnel et de ses compétences, semblent avoir de moins en moins de poids dans la gestion de l'HAD.

Conscients qu'ils ne parviennent plus à assurer la qualité de leur travail, les soignants n'entendent pas endosser seuls la responsabilité pleine et entière des carences du système de soins. Leurs motifs de mécontentement sont nombreux. Ils ne comprennent plus la finalité de l'HAD. Ils ont le sentiment, que d'un côté, on leur reproche presque de vouloir bien faire et, de l'autre, de ne jamais faire assez. Eux préfèrent pointer les gâchis, les erreurs de la machine institutionnelle. Ils dénoncent le non-respect du fonctionnement de l'HAD et de ses règles : « Dans un marché public comme celui des ambulances, il y a des pénalités contractuelles de retard :

58 Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 32.

59 Ibidem, p. 28.

une demi-heure de retard, c'est 200 francs, une heure de retard, c'est 1 000 francs. Mais, on ne le fait pas parce que notre administration, nos gestionnaires, ne veulent pas le faire. »⁶⁰ Virginie, aide soignante, donne un autre exemple : « Ils nous donnent les mêmes chaussures chaque année mais on ne peut même pas les mettre pour aller travailler ! »⁶¹ On signale le passe-droit dont disposent certains patients « recommandés » qui profitent des services de l'HAD parce qu'eux-mêmes ou un proche ont un « nom ». Ils trouvent cette pratique insupportable « quand d'un autre côté on laisse hors HAD des gens qui en auraient vraiment besoin ! »⁶²

Ces exemples sont mis en exergue et confrontés à des demandes jugées, elles, légitimes. Sur l'initiative des puéricultrices du service de pédiatrie, un ethnologue est venu dans une famille, en dernier ressort, dénouer une situation difficile parce que fondée sur une connaissance culturelle qu'elles ne possèdent pas. Monique, puéricultrice qui a depuis quitté l'HAD, dit avoir essayé avec son équipe de négocier des vacances pour cet ethnologue : « Cela permet à l'enfant de rester dans sa famille parce que les soins sont désormais compris par ses parents, donc possibles. »⁶³ En terme d'efficacité, cela permet d'éviter les risques de placement judiciaire par OPP (ordonnance de placement provisoire). Or, la direction, poursuivie, avertie de cette situation à risque, a refusé parce qu'il n'y a pas d'argent !

Le sentiment d'être isolé découle aussi de cette manière de faire « d'en haut. » La structure HAD est éclatée, dispersée au plan géographique sur Paris et cent huit communes avoisinantes. Les soignants se sentent hors de leur unité, seuls à s'occuper des patients, et cette donnée est devenue incontournable avec la restructuration de 1999 : « Etant éclaté comme on est, on a toujours l'impression d'être seule, commente une infirmière depuis peu en HAD. »⁶⁴

Une distance s'est donc créée entre les nomades de la structure qui vont sur le terrain, à domicile, et les sédentaires des services de l'HAD. Le lien entre les deux ne se fait plus, la communication est défailante. La direction devient

60 Intervention sociologique n°11-12, le 03 mai 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 13.

61 Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 49.

62 Intervention sociologique n°9-10, le 05 avril 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 42.

63 Intervention sociologique n°5-6, le 15 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 5.

64 Intervention sociologique n°3-4, le 15 février 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 31.

une « nébuleuse lointaine ». Il est dit que les cadres ne vont jamais au domicile des patients sauf cas de force majeure, au point qu'ils ignoraient les problèmes dès lors que le service tourne. Ce décalage provoque des situations d'incompréhension. Isabelle évoque un échange avec sa cadre. Alors qu'elle revenait de chez un patient venant de décéder, et après quatre heures passées auprès de sa famille en larmes, sa cadre, à qui elle racontait l'histoire répond en lui demandant : « quand prends-tu tes congés annuels ? »⁶⁵, finissant de la convaincre qu'elles n'étaient pas tout à fait dans le même état d'esprit.

Cette distance entre différents personnels trouve sa répercussion sur le terrain. Des situations à risque s'enlisent. Beaucoup parlent de pourrissement : « Moi, dit Isabelle, j'ai une dame qui veut se débarrasser de sa mère malade. On en a discuté parce qu'un soir et les quatre jours suivants, en descendant la poubelle, elle me dit qu'elle est médecin mais ne se rappelle plus du troisième produit d'un cocktail pour y parvenir. »⁶⁶ Face à cela cette soignante se sent seule, d'autant que sa cadre, à qui elle fait part de cette situation, lui lance avant de rentrer chez elle : « Tu as dû passer une dure journée ! » La gravité de la situation n'est pas retenue et Isabelle de renchérir : « Il suffit que ce soit une autre infirmière non avertie le lendemain, puis une autre le surlendemain pour que cela se finisse mal ! »⁶⁷

L'organisation de l'HAD paraît alors d'autant plus problématique que la qualité du soin en dépend. Or, la bureaucratie, vue du terrain, semble par moment crisper les ressources de l'HAD et restreindre sa capacité de réponse. Catherine, ergothérapeute, qui apporte des outils de confort aux patients, avoue ne pas pouvoir faire tout ce qu'elle pourrait. « Je ne propose pas à quelqu'un un objectif qui ne pourra pas être atteint dans le temps de prise en charge en HAD. »⁶⁸ Elle demande parfois aux équipes soignantes d'en prolonger le délai mais se heurte à leur refus. Ceci d'autant plus souvent qu'une solution de prise en charge post-HAD a déjà été finalisée. Elle est convaincue que sa demande, non urgente reconnaît-elle, apparaît alors à ses collègues comme un fardeau supplémentaire à traiter. Mais l'HAD et ses

65 Intervention sociologique n°3-4, le 15 février 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 54.

66 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 42.

67 Ibidem, p. 42.

68 Ibidem, p. 15.

soignants sont limités dans leur réponse, notamment sociale, par le manque de relais de ville. Myriam dresse le constat suivant : « Dans certaines cités, les carences sont lourdes. Trouver un relais de ville ou des partenaires est impossible. »⁶⁹ Les limites de l'HAD impliquent de les laisser seuls face à leurs demandes : « On n'a pas à combler la carence de la ville parce qu'on est court ou moyen séjour, même si sur le secteur de la ville, plus encore dans ces cités qu'ailleurs, le poste du secteur social est vacant ! »⁷⁰

Ces questions d'organisation tendent à prendre le pas sur la nature du travail à effectuer. Tout le monde ouvre « le parapluie juridique » pour se couvrir, pour « respecter les procédures. » La prise d'initiative est un risque, elle met en jeu la responsabilité professionnelle. Claude explique la multiplication des niveaux de hiérarchie : « Nous sommes passés de trois à sept niveaux de hiérarchie. Par conséquent, pour obtenir une décision ou joindre le directeur, la procédure est longue et compliquée. »⁷¹ Ce phénomène est, selon lui, général dans le milieu médical. Il permet de faire face « au risque de procès qui engagent les responsabilités pénales et civiles des professionnels. »⁷² Les soignants ont le sentiment que leur responsabilité est parfois engagée plus que de raison. Plusieurs d'entre eux ressentent la pression institutionnelle face à un patient refusant ses soins : « Notre responsabilité, disent-ils, est engagée dès qu'il faut faire accepter les soins à un patient. En cas de refus, c'est notre responsabilité qui est en cause. »⁷³

Une pesanteur hiérarchico-bureaucratique semble s'exercer donc à tous les niveaux. Elle fige, à travers des formulaires administratifs, les rapports internes entre professionnels de l'HAD dont dépendent, estiment beaucoup, la bonne organisation des soins du patient et la qualité des relations qu'ils entretiennent avec lui.

Dans ces rapports internes, le rapport à la hiérarchie est ambivalent. Tantôt on lui reproche son poids : elle contrôle, surveille, comptabilise. Les soignants doivent justifier leur planning journalier : nombre de malades par jour, temps consacré à

69 Ibidem, p. 15.

70 Ibidem, p. 16.

71 Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 47.

72 Ibidem, p. 47.

73 Ibidem, p. 47.

chaque malade, nombre de kilomètres parcourus. Tantôt, à l'opposé, on regrette qu'elle soit indifférente, non-protectrice, non reconnaissante, méprisante : « On nous parle comme des moins que rien », se plaint cette infirmière. Cette pression, difficile à expliciter pour les soignants, transparait dans certaines injonctions. Une sage-femme, Valérie, parle « de moyenne de patientes à voir chaque jour, car, en deçà, nous faisons perdre de l'argent à l'HAD. »⁷⁴ Le leitmotiv devient, pour chaque tâche, de « toujours faire plus et plus vite. » Ainsi, le téléphone portable, qui se généralise en HAD, devient suspect alors qu'il pourrait symboliser la recherche de souplesse et d'autonomie au travail quand il est utilisé pour prévenir le patient. Il représente aussi une source possible de contrôle des soignants par l'institution. Cette tension use la confiance des soignants qui en viennent à évoquer des affaires de harcèlement hiérarchique ou d'abus de pouvoir. Une infirmière de banlieue explique qu'une cadre faisait la loi sur une équipe de vingt-cinq personnes et nommait des « petits chefs », ou qu'une autre freine la participation de certains à la recherche. Mais ces cadres eux-mêmes ne sont pas toujours dans une position confortable. Ils sont dans un « entre-deux » parce qu'ils suivent les directives de leurs supérieurs et tentent autant qu'ils peuvent de protéger leurs soignants.

L'indifférence de la hiérarchie est tout aussi mal vécue et renforce le sentiment d'être isolé bien au-delà de la structure. Certains soignants rencontrés au cours des tournées mentionnent l'indifférence de la direction qui n'a pas pris la peine de se soucier des leurs venant d'être agressés sur la voie publique. Lorsqu'une puéricultrice, collègue de Monique, mentionne à un cadre l'agressivité d'une maman, elle l'entend répondre : « De toute façon elle est formée, elle a eu cette formation dans son cursus »⁷⁵. Et lorsqu'un soignant vient de gérer un décès difficile, il lui est suggéré « d'aller faire la formation deuil-séparation » comme seul soutien. Quant à la direction, son indifférence peut se traduire, par exemple, dans les conséquences d'une admission qu'elle n'aurait pas dû accepter, et que seuls en définitive les soignants ont la charge de traiter.

Le sentiment d'être surveillé à chaque instant tout comme celui d'être seul face au patient, à ses besoins et à ses exigences, renvoie à l'idée d'une non-reconnaissance

74 Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 42.

75 Intervention sociologique n°3-4, le 15 février 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 64.

au travail et d'un « mépris de leurs compétences. » L'histoire de l'effraction survenue au moment où se déroulait notre recherche, au début de l'année 2002, dans le service de gynécologie à Saint-Nicolas dont les locaux sont situés dans un appartement parisien, sert à illustrer l'ambivalence d'une hiérarchie qui contrôle d'un côté et reste indifférente de l'autre. En plein jour, une personne s'est introduite dans les locaux des sages-femmes de Saint Nicolas. Trois d'entre elles étaient encore présentes sur les lieux, mais étant au fond de l'appartement. Elles n'ont rien entendu. L'armoire à pharmacie a été fracturée et quelques produits dérobés. La serrure de la porte d'entrée avait déjà été fracturée mais jamais remplacée, par souci d'économie. Sans conséquence grave pour ce personnel, c'est davantage pour la gestion de l'incident que celui-ci leur apparaît déplaisant. D'abord, le sentiment de peur est monté d'un cran lorsqu'il a fallu s'organiser pour la garde du week-end suivant. Ensuite, le risque encouru était objectif, le voleur, peut-être un toxicomane, aurait pu les agresser avant de s'échapper par la fenêtre d'une salle. La direction, difficile à contacter au départ, a réagi de manière déconcertante face à la perturbation des sages-femmes de ce service, qui s'en plaignent : « On vous demande s'il a piqué du matériel, mais pas comment vous allez ! On a eu l'impression que leur seul souci était pour le matériel »⁷⁶ rapporte Valérie. De même, les demandes de réorganisation reçoivent peu d'échos. Le remplacement de la serrure pose problème parce que nécessite de passer par un marché public : délai six mois. Mais, plus encore, les solutions sont difficiles et longues à mettre en place, même quand elles ne sont que temporaires. Les propositions par les sages-femmes de doubler la garde ou de faire appel à un vigile ne sont pas acceptées. Ce refus n'est pas compris. La plainte au commissariat a bien été effectuée, avec l'aide active de la cadre, mais l'indifférence de la direction est mal ressentie.

C'est aussi dans la protection défaillante de ses salariés que l'institution fait défaut. Or, la direction, figure première de l'institution, assure un rôle de « garde-fou »⁷⁷. Quand elle fait défaut, son indifférence provoque un sentiment d'abandon. A l'image de Claudine, nouvelle aide soignante, persécutée et harcelée moralement pendant plusieurs semaines par deux infirmières, et à qui la hiérarchie directe

76 Ibidem, p. 11.

77 Ibidem, p. 55.

rétorique : « C'est pareil pour tout le monde, ça va s'arrêter ! » D'autres cas sont énoncés toujours avec la même conclusion : les réponses apportées sont de l'ordre de la procédure, de la plainte judiciaire, mais rarement une offre de soutien. Les soignants ne savent pas qu'une psychologue leur est accessible en HAD. Or, selon Carole Damiani, psychologue à l'INAVEM⁷⁸ que le groupe d'intervention rencontre le 15 février 2002, deux conditions doivent être réunies pour sortir d'une agression qui ne se réduit pas à une atteinte physique et à des coups subis. D'une part, ils ont besoin d'une démarche individuelle, « d'un chemin personnel »⁷⁹, par exemple une consultation avec un psychologue, et d'autre part, d'une démarche de « reconnaissance collective » par l'institution elle-même qui doit « offrir tout ce dont les victimes ont besoin »⁸⁰ poursuit-elle, c'est à dire par exemple un lieu d'écoute ou aider à effectuer le dépôt de plainte voire « mettre à disposition un avocat »⁸¹. Par ailleurs, ce type de réponses aux situations d'insécurité fait partie de celles que le rapport du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité de novembre 2001 préconise. A savoir : l'aide juridique (meilleure application du droit pénal), la protection sociale (notamment par modification du régime d'assurance maladie de ces professionnels), l'aide aux victimes (accompagnement par des psychiatres spécialisés en sus des réparations économiques), l'organisation locale de l'offre de soins (par son volet sécuritaire avec les contrats ville/Etat).

Le harcèlement ou l'insulte, dont ils sont victimes ou témoins, font partis de l'agression. Lors d'une rencontre avec Madame Marchand, syndicaliste CGT HAD/AP-HP, celle-ci dresse un constat négatif : « en HAD on condamne d'abord avant de protéger. »⁸² Ce que Carole Damiani relève comme une « maladresse classique des hiérarchiques »⁸³ que ce soit dans une entreprise ou une institution. Leurs réactions premières sont souvent, précise-t-elle, à l'intention du matériel potentiellement volé ou à propos des comportements que leur personnel aurait pu adopter. Elles sont d'autant plus mal acceptées que cela « place les victimes en

78 Carole Damiani est psychologue auprès des victimes d'attentats à l'Institut National pour l'Aide aux Victimes (INAVEM). Elle a publié *Les victimes : violences publiques et crimes privés*, Paris, Bayard, 1997.

79 Intervention sociologique n°3-4, le 15 février 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 43.

80 Ibidem, p. 44.

81 Ibidem, p. 44.

82 Intervention sociologique n°9-10, le 05 avril 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 2.

83 Intervention sociologique n°3-4, le 15 février 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 47.

position d'accusés ». ⁸⁴ Pourtant, les explications de C. Damiani sont claires : reconnaître et permettre la prise de parole sur des actes, ici, d'agressions et de violences. Outre qu'elle évacue la honte qui existe à dire que l'on a été agressé, elle résorbe toute construction d'un « sentiment d'insécurité qui est source de pression interne » ⁸⁵ d'autant plus difficile à résoudre qu'elle augmentera. Mieux vaut, selon elle, gérer ces actes dans l'immédiat, explicitement, afin de se préserver d'une escalade de leurs répercussions à coup sûr négatives. Le groupe d'intervention ne peut que confirmer, au vu de leur situation en HAD, la lenteur, évoquée par C. Damiani, du Ministère de la Santé sur ce processus. Dans le même temps, les soignants de ce groupe d'intervention témoignent de l'importance de ces besoins par la distance qui les en séparent pour en bénéficier. Ils soulignent le trop peu de groupes de parole qui risquent toujours de fermer par manque de personnel y participant, puisque, faute de temps, ils ne peuvent s'y rendre. Ils rappellent le rôle du médecin du travail qui a aussi une fonction d'écoute. Ils suggèrent la mise en place d'une cellule d'écoute mobile et extérieur à l'HAD, comme cela se fait à la RATP, ou la création d'un « formulaire d'avis d'incident » ⁸⁶ pour qu'enfin l'information circule, que les choses se sachent en HAD. A l'image de Catherine qui remarquera que Valérie, sage-femme, témoigne différemment de l'effraction survenue à Saint-Nicolas, le faisant désormais plus sereinement, comme ayant évacuée le choc du traumatisme, ils soulignent le rôle bénéfique du groupe d'intervention - pourtant non prévu à cet effet par les chercheurs - « qui, en quelque sorte, a servi de thérapie. » ⁸⁷ Au-delà de cette rencontre, quelques-uns comprennent que l'HAD est obligée et a entamée, même lentement, ce long processus de reconnaissance. Preuve en est cette recherche, remarqueront-ils ⁸⁸. Mais tous ne perçoivent pas clairement le rôle qu'ils ont à y jouer, au moins celui de "dire" afin de renouer avec un certain degré de communication interne dont ils disent aujourd'hui faire défaut et qui renforce leur sentiment d'être isolés dans leur travail.

84 Ibidem, p. 57.

85 Ibidem, p. 43.

86 Ibidem, p. 71.

87 Ibidem, p. 49.

88 Ibidem, p. 70.

Pour l'heure, ces soignants ont l'impression qu'on leur demande de « faire du chiffre. »⁸⁹ L'organisation du travail est mal acceptée car, d'après eux, « cette technocratie d'en haut, sans penser au travail d'en bas, ne prend pas en compte la relation soignant-soigné. »⁹⁰ Cette organisation du travail ne tient pas plus compte de leur point de vue. Une puéricultrice démissionnaire en donne un exemple : « La direction nous a demandé de penser une nouvelle organisation en vue des trente-cinq heures. Nous avons fait des propositions qui n'ont pas été retenues, et même ignorées au regard des décisions finales arrêtées par la direction. On a l'impression qu'on subit de la technocratie qui vient tout cuit d'en haut et qu'on ne repense pas l'organisation du travail à partir de la base. »⁹¹

L'application des trente-cinq heures aurait eu pour effet d'augmenter l'activité de chacun et d'ajouter aux difficultés des soignants, comme à celles des cadres. Il devient nécessaire, selon beaucoup de soignants, d'embaucher pour parvenir à assumer l'activité de l'HAD. Le manque criant de personnel devient la clef des tensions latentes internes à l'HAD. Face à cette problématique, « Santé Service », qui est l'équivalent dans le privé de l'HAD, est régulièrement imposée, par la direction, comme l'exemple à suivre. Les soignants de cette organisation visitent plus de malades par jour avec une zone géographique au moins aussi grande, des tâches administratives plus limitées et un effectif moindre qu'en HAD⁹². Alors que l'on pouvait s'attendre, lors de la séance d'intervention sociologique du 15 mars 2002, à une opposition entre les soignants du groupe d'intervention – tant eux comme d'autres soignants rencontrés au cours de la recherche voient en Santé Service l'exact opposé de ce qu'ils ne veulent pas avoir à faire en matière de soins - et les représentants de Santé Service (son Directeur général Monsieur René Drivet et Madame Petitbon, Coordinatrice du service social) sur fond de débat public/privé, la rencontre a donné lieu à un véritable échange. D'abord, parce qu'au lieu de garder cette position critique et négative vis-à-vis de Santé Service, qu'ils ont eue jusqu'à

89 Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 42.

90 Ibidem, p. 68.

91 Ibidem, p. 68.

92 Santé Service est une structure de 1200 places avec un effectif de 720 personnes dont 80% sont dites nomades. Chaque année l'ensemble de ce personnel mobile parcourt 6 à 7 millions de kilomètres en voiture. Cf. Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière. Rappelons que l'HAD AP-HP possède 820 places et est composée de 600 personnes dont 80% de personnel hospitalier. Les soignants, qui ne disposent pas tous d'une voiture à usage strictement professionnel, parcourent 1,7 millions de kilomètres annuels.

cette rencontre, les soignants de l'HAD ont plutôt été séduits par la présentation de Monsieur Drivet et Madame PetitBon sur le travail de leurs homologues soignants. Ensuite, parce qu'ils ont pris la mesure de la « diabolisation »⁹³ dont Santé Service fait l'objet en HAD : quand leur direction présente cette structure comme le modèle à suivre, ils en donnent à l'inverse une description « inhumaine » des conditions de travail du fait du nombre important de patients à voir (entre 8 et 9 patients par jour à Santé Service, 5 à 6 en HAD), des horaires élargis, de la solitude de leurs soignants qui ne se rencontrent qu'une fois par semaine sur leur unité de soin.

Mais, comme Mélanie qui note « que les soignantes de l'HAD, qui sont parties à Santé Service, ne sont jamais revenues »⁹⁴, ils comprennent que les soignants de Santé Service bénéficient en réalité de bonnes conditions de travail que leur propre direction n'est ni prête ni capable, aujourd'hui, de leur donner. Ils constatent d'autant plus la lourdeur de leur organisation de travail, du poids administratif de leur institution, des contraintes et obligations dans leur travail : Valérie décrit l'exemple d'une simple prise de rendez-vous : « C'est vrai que ce n'est pas sur ordinateur, c'est écrit à la main, c'est scolaire. On écrit, on réécrit, on téléphone, on faxe, on retéléphone et quand on appelle les hôpitaux c'est tout le temps occupé, le standard bloque, on passe un temps fou. »⁹⁵ Virginie, elle, évoque le dossier du patient que les soignants remplissent une première fois chez le patient et une seconde fois sur leur secteur de soin. Les membres du groupe d'intervention reconnaissent surtout que Santé Service possède indéniablement une plus grande réactivité, comme le montre son dispositif de lutte contre la violence au travail récemment mis en place qui prévoit le dépôt de la plainte de la structure et du soignant, le recours à des aides psychologiques et financières et la prévention des risques de violence⁹⁶. De plus, celui-ci est même placé sous la responsabilité d'un seul salarié entièrement dévoué à cette mission. Ils s'accordent tous à dire à propos de Santé Service : « On a l'impression qu'ils communiquent en interne entre eux. »⁹⁷ Pour eux, cette structure privée possède un temps d'avance dans l'adaptation de l'outil de travail dans un projet construit sur la base du protocole "Aubry" de mars 2000.

93 Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 2.

94 Ibidem, p. 2.

95 Ibidem, p. 10.

96 Cette prévention passe par des formations sur ce thème et par des journées d'apprentissage des gestes d'autodéfense. Intervention sociologique n°5-6, le 15 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 73.

97 Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 58.

Ce changement d'attitude vis-à-vis de Santé Service a ses limites. Ils tiennent rapidement à se repositionner en indiquant leurs différences. D'abord, ils sont service public ce qui les oblige à se déplacer partout, ils travaillent le week-end, ils ne font aucun tri des malades dont ils s'occupent. Kinésithérapeute et ergothérapeute sont des professionnels qui n'existent pas à Santé Service, et qui éduquent familles et patients à leurs soins, aident à l'insertion des personnes les plus démunies. En cela, ils ne peuvent pas être comparés à Santé Service, qui, bien qu'ayant la même mission de service public n'assume pas pour autant les mêmes obligations. Certes, depuis plusieurs années les soignants de Santé Service disposent du téléphone portable, de la voiture de service que l'on conserve même après le travail, de tickets-restaurants qui, selon les soignants de l'HAD AP-HP, assouplissent les conditions de travail. Mais ces outils techniques d'adaptation relèvent des contraintes de la flexibilité voulue par la direction de Santé Service et ne représentent aucunement, pour eux, l'essentiel à améliorer ; lequel est toujours ciblé sur leurs valeurs qui privilégient la qualité de la relation soignant-soigné dont nombre de difficultés, même avec ces outils, restent sans réponse.

Dès lors, les membres du groupe d'intervention soulignent le décalage entre le discours d'une HAD AP-HP moderne, flexible, économique et rentable, et les pratiques « de restructuration », ainsi que les moyens qui vont de pair avec la réorganisation du personnel prévus depuis 1996⁹⁸ mais toujours pas en usage. Ce décalage révèle des contradictions quand Mélanie, aide soignante, rapporte les propos de sa cadre : « Vous aurez les tickets-restaurants mais n'en parlez pas parce que ça coûte cher. »⁹⁹ Pourtant, ces tickets représentent un gain de temps considérable car cette soignante mange sur le lieu où elle se trouve. Sans avoir à rejoindre un réfectoire d'un hôpital de l'Assistance Publique, elle évitera ainsi les problèmes de circulation urbaine et se consacrera davantage à ses patients.

Rentabilité, productivité, économies sont des arguments assésés aux soignants comme principes de travail sans que soient toujours proposés les moyens ou l'argent pour y parvenir. Cette course « au chiffre » transforme l'HAD, qui s'installe de plus en

98 En 1996 a été décidé un plan sur 3 ans sur les conditions d'amélioration du travail. Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 5.

99 Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 58.

plus dans une logique de marché de la « société de consommation. »¹⁰⁰ Elle leur impose flexibilité, malléabilité et polyvalence mais ne leur donne ni plus d'autonomie ni plus de prises de décision et d'initiatives personnelles. Les contraintes de cette organisation voulue depuis la restructuration de 1999 « rendent, disent-ils, la vie insupportable. »¹⁰¹ Le personnel se plaint surtout du manque de temps mais aussi des horaires impossibles à respecter, du non-suivi des mêmes patients et de l'impossibilité de travailler en équipe. Bref, d'être seul au domicile et de devoir tout faire à tout moment sans contrepartie pour le patient, comme celle d'être davantage à son domicile pour rompre un éventuel isolement.

Un paradoxe irréductible s'impose aux soignants sous tension entre le sens de leur travail et l'organisation qui permet de le réaliser. Le poids de l'institution se fait sentir et leur donne « l'impression qu'ils subissent à la fois plus de contrôle et plus de désordres. »¹⁰² La lourdeur administrative de la "paperasserie" et le manque de communication interne remettent en cause les motivations pour lesquelles ils sont venus, par choix, travailler en HAD : être plus proches des patients, les connaître, eux, plus que leur maladie. Une syndicaliste confirme les désillusions des soignants : « Ils ne comprennent plus le fonctionnement de l'HAD. Ils en veulent même à la direction de leur enlever leur motivation première qui est le malade. »¹⁰³ Les soignants considèrent alors que l'HAD devient un dépotoir, un « bouche-trou » qui accepte tout le monde, n'importe comment, pour remplir les lits de l'HAD et vider ceux des hôpitaux.

L'hospitalisation à domicile semble avoir perdu ses propres critères de définition de la relation soignant-soigné, et se conformer aux mutations générales d'une société qui pense verticalement l'organisation du travail sans prendre en compte les relations entre personnes. Les ressources (groupes de paroles, psychologues et autres intermédiaires, formations) pour pouvoir se concentrer sur le patient sont, quand elles existent, difficiles d'accès.

100 Ibidem, p. 52.

101 Intervention sociologique n°9-10, le 05 avril 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 27.

102 Ibidem, p. 10.

103 Ibidem, p. 9.

2. Les avantages du travail en HAD

A. Le projet fondateur : la prise en charge globale du patient

Le projet fondateur de l'HAD, posé à sa création en 1957, développe le principe de « prise en charge globale du patient », aujourd'hui encore valide. Pour réaliser leur mission, les soignants ont deux atouts. D'abord, l'outil structurel : « Nous avons un outil de travail exceptionnel. On peut vraiment offrir des prestations de grande qualité. »¹⁰⁴ L'attachement à l'outil est incontestable, même si les soignants estiment qu'il ne cesse de s'abîmer au fil des réformes organisationnelles. Avant, dit Isabelle, « on parlait de l'intérêt du patient ; maintenant on parle de l'intérêt de l'HAD. »¹⁰⁵

Les soignants valorisent aussi les compétences professionnelles et personnelles qui les ont poussés à venir travailler en HAD. « La dimension personnelle, dit Myriam, c'est toi qui l'apportes mais elle ne vient pas de l'organisation. C'est ce que je fais de la fonction, ce n'est pas ce que l'on veut que j'y mette. Compte la manière dont j'habite mon métier. »¹⁰⁶ Ils annoncent que leur défi est dans l'aide des personnes en difficulté, les plus démunies. Ils savent l'importance que leur prise en charge médicale et sociale représente : « Quelqu'un qui n'a rien, résume Claude, et qui n'a plus aucune solution, il lui reste l'HAD ! »¹⁰⁷

La mission de l'HAD est de « désamorcer les situations difficiles et tendues »¹⁰⁸ disent plusieurs, mais pour cela il faut des moyens. Le principe du service public est constamment rappelé, y compris pour protéger des conditions de travail et des niveaux de rémunération qui vont de pair avec l'idée de qualité du service public. La gratuité des services est posée comme « un droit » du malade.

104 Ibidem, p. 9.

105 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 43.

106 Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 69.

107 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 22.

108 Intervention sociologique n°11-12, le 03 mai 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 13.

B. Autonomie et liberté au travail

Quand on demande aux soignants ce qu'ils aiment dans leur travail en HAD, leur réponse ne varie pas : « Notre autonomie et celle du patient, disent-ils. »¹⁰⁹ Toute leur intervention, sociale comme médicale, tend à produire les conditions les plus favorables à cette autonomie : « forcément, dit l'une d'entre eux, si on est en HAD c'est qu'on aime être individuel. Moi j'ai travaillé longtemps en service hospitalier et j'apprécie de travailler à l'HAD depuis deux ans parce que, justement, j'ai une certaine autonomie. »¹¹⁰

Tous savent que la liberté au travail a un coût. Tous en défendent le principe, plus que tout. La confrontation avec l'organisation devient inéluctable dès lors que les restructurations successives empiètent sur ce principe d'autonomie et sur cette recherche annoncée de relations privilégiées avec le patient. Ces orientations motiveraient la plupart des départs de l'hôpital pour l'HAD. Pour ceux qui la rejoignent, travailler en HAD signifie échapper à l'institution, aux regards des surveillantes et des médecins. Tous soulignent l'importance qu'ils accordent au fait, une fois sur le terrain, de décider seuls ou de prendre leurs "pauses-café" quand ils veulent. De cela découle leur satisfaction à soigner autrement des malades qu'ils voient seuls.

Ils approchent autrement la relation soignante qu'à l'hôpital. « Il faut qu'on soit humble vis-à-vis de ces personnes si l'on veut les écouter. Ils ont plein de choses à nous apprendre en fait, même si nous ne comprenons pas tout. »¹¹¹ Cela suppose, par exemple, de s'intéresser à d'autres médecines que la médecine occidentale, du moins d'en tenir compte dès lors qu'elles interviennent, elles aussi, au domicile du patient. « Un après-midi, raconte Christine, un patient a reçu la visite d'un homme qui n'était pas de sa famille, une collègue guyanaise me dit : "celui-là est un marabout". Quand il est reparti, à partir de ce moment-là l'état du malade s'est amélioré ! Les médecins n'ont pas compris. Moi, je l'ai reçu comme une autre manière qu'on

109 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 29.

110 Ibidem, p. 39.

111 Intervention sociologique n°5-6, le 15 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 50.

méconnaît mais tout aussi efficace. Dans notre exercice en HAD, c'est un avantage par rapport à l'hôpital. »¹¹²

Certes, leur autonomie dépend aussi pour beaucoup de l'état du malade et de sa pathologie. Trop peu d'autonomie du malade alourdit la prise en charge médicale. Trop d'autonomie du malade complique l'organisation de cette prise en charge. La rencontre du groupe d'intervention le 25 janvier 2002, avec Bruno Hup, Directeur du service de maintien à domicile de Aides¹¹³, confirme ce paradoxe et démontre la difficulté de trouver un juste milieu à propos de l'autonomie du malade. Toute la question est, selon Bruno Hup, de savoir « comment garantir l'autonomie de la personne si nous ne sommes pas capables de répondre à sa demande de conservation d'autonomie ? »¹¹⁴ Le groupe d'intervention se rend compte que par rapport à cette question de l'autonomie, quel que soit le degré de prise en charge médical, la difficulté de trouver des relais associatifs ou libéraux ne leur est pas exclusive. Pour un service de maintien à domicile tel celui de Bruno Hup, toute la difficulté est d'assurer aussi bien la prise en charge des enfants d'une mère malade, la préparation des dîners d'un malade du SIDA salarié, le ménage de ce même malade, ou d'aider cet homme âgé à trouver un professionnel médical, type kinésithérapeute ou orthophoniste, prêt de chez lui. Mais, il constate aussi que ce type de service de maintien à domicile bénéficie de plus de souplesse d'action de part ; d'une part, sa réponse aux besoins du quotidien des personnes en difficultés excluant tout soin médical, et d'autre part, sa capacité à être présent dans les réseaux associatifs d'aides aux personnes malades ou dépendantes (ce service travaille avec le réseau ville-hôpital SIDA à Paris Nord et Bastille, avec la Ligue contre le cancer, avec la Croix Saint-Simon (HAD privée) pour les malades du SIDA, avec l'APF, l'AFM, le service de suivi psychologique "Espace" à Paris, "Familles et cités", "Aide aux mères et aux familles"...) qui le différencie notablement de l'HAD.

La rencontre du groupe avec cet intervenant "hors médical" donne à voir le hiatus dans le fonctionnement de l'HAD. Si les soignants disent vouloir travailler dans l'intérêt du patient à l'instar de ce responsable du service de maintien à domicile de

112 Ibidem, p. 50.

113 Ce service a en charge environ 300 personnes sur Paris.

114 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 42.

Aides, leur institution – construite historiquement de manière fort différente – ne leur donne pas la même latitude pour l'organiser. Excepté dans les situations d'urgence où des réponses promptes sont difficiles à apporter pour ces deux organisations, Bruno Hup insiste sur l'importance que l'aide spécifique apportée à des patients en situation particulière ne doit pas les exclure du système dit de "droit commun", faisant écho aux « droits des patients », rappelés par les soignants de l'HAD, à bénéficier de soins de qualité. C'est uniquement, dit-il, en inscrivant concrètement tout acte d'aide, social et/ou médical, dans cet esprit-là que le travail « d'aide à la vie quotidienne »¹¹⁵ peut se réaliser et prendre tout son sens en assurant réellement l'autonomie de la personne malade et/ou dépendante. C'est-à-dire accepter, par exemple, que cette femme malade ne soit pas là systématiquement quand l'aide ménagère vient faire son ménage. En d'autres termes, il faut rompre, selon lui, avec l'idée que le maintien à domicile signifie pour la personne aidée de rester chez elle au moment même de l'intervention, exception faite que dans le cas de soins médicaux dispensés à domicile la présence du patient est une évidence première. Il présente son équipe pluridisciplinaire, composée à la fois de personnels hospitaliers et de personnels du domaine sanitaire et social, comme un outil permettant de garder l'esprit de cette démarche dans ses applications effectives. Plus encore, il signale la nécessité de démythifier ce qui se passe dans la relation entre un malade et un professionnel qu'il soit soignant ou non. Idéaliser à outrance cette relation soignant-soigné est un frein à l'autonomie du malade. Les soignants du groupe d'intervention relèveront peu cette position qui va à l'encontre de leur discours soulignant constamment l'importance de cette relation qu'ils peuvent avoir précisément parce que travaillant en HAD. Le respect de ce principe vaut, aujourd'hui, à l'HAD de connaître des difficultés de fonctionnement.

Le malade, dans cette quête de l'autonomie, a lui-même un rôle à jouer pour l'amélioration des conditions de sa prise en charge. Ses critiques sont essentielles pour les soignants d'autant qu'elles sont perçues, selon eux, comme plus légitimes que les leurs par la direction. Rien d'étonnant alors que les soignants attendent des malades qu'ils aillent jusqu'au bout de leur mécontentement en envoyant des lettres de contestation les remettant en cause parce que, par exemple, ils arrivent tous les

115 Ibidem, p. 45.

jours à une heure différente. Pourtant, rien n'y fait, « les malades n'osent pas se plaindre par écrit de peur, dit Claude, de nous faire du tort, de faire des histoires »¹¹⁶, qu'il est prêt à justifier, ou par crainte de se voir retirer le bénéfice d'être en HAD. Les soignants reconnaissent aussi, après tout, que les malades ont beau être pensés au cœur du dispositif, ils ne participent pas aux instances de l'HAD et même n'y sont ni invités ni les bienvenus, ce que confirme Catherine : « Les cadres supérieurs trouvent que ça n'est pas normal que les malades interviennent »¹¹⁷, oubliant que les associations de malades siègent bien souvent au conseil d'administration des hôpitaux.

C. La relation directe avec les patients

Entrer au domicile du patient est une démarche particulière. De ce fait, la prise en charge médicale est toujours une étape délicate. Tobie Nathan rappellera d'ailleurs au groupe d'intervention sociologique que « tout domicile familial est un sanctuaire. »¹¹⁸ Christine en est consciente : « Quand je suis reçue par les gens, je n'y vais pas en conquistador. Quand j'arrive chez des gens pour des soins assez lourds avec ma pile de cartons, je rentre et je m'excuse d'avance en disant que je vais jouer les envahisseurs, que j'amène l'hôpital dans leur maison. Il faut être humble tout en leur faisant comprendre qu'il faut qu'eux nous fassent une petite place. »¹¹⁹

Dans cette intimité avec le patient, le travail prend tout son sens, il se révèle. Les soignants tentent donc, au moment de dispenser des soins, de soulager « un être humain » de ses douleurs, de l'apaiser de ses angoisses, d'établir une véritable relation avec, précisent-ils, « nos malades. » Les soignants sont quelque peu militants dans la reconnaissance de l'autre au-delà de ses problèmes : « Vous arrivez même des fois à vous faire des amis avec certains malades »¹²⁰, témoigne cette infirmière. Ils constatent pourtant que cette richesse est de plus en plus remise en cause tant, selon eux, leurs cadres, sans jamais le dire, les incitent à ne pas

116 Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 36.

117 Ibidem, p. 50.

118 Intervention sociologique n°5-6, le 15 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 8.

119 Ibidem, p. 50.

120 Intervention sociologique n°9-10, le 05 avril 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 9.

s'attacher affectivement aux patients. Les changements permanents de patients cassent le lien avec eux et confirment leur impression : « On ne veut pas que s'installe la relation ! »¹²¹ clame Myriam dépitée. Prendre soin de l'autre c'est aller loin à sa rencontre pour construire une authentique relation. C'est faire le pari de la lucidité de chacun.

La relation directe au patient est ambiguë. Les soignés critiquent les services que les soignants leur apportent dès leur entrée. Ils sont exigeants parfois à outrance, mais, par leurs remerciements, ils reconnaissent le travail effectué. « Même s'ils poussent un coup de gueule de temps en temps, en fin d'HAD, souvent, les patients, même les plus exigeants, nous remercient »¹²² disent plusieurs. Les raisons de cet équilibre fragile sont mises en évidence par Mélanie : « Ils sont contents qu'on s'en aille aussi. Qu'on n'intervienne plus chez eux, ça veut dire que tout va bien. Ils ont oublié leur douleur. »¹²³

A domicile plus qu'à l'hôpital, les soignants composent avec les patients parce qu'ils « ont le droit de penser différemment. »¹²⁴ Mais, c'est parce qu'ils ont cette liberté que les soignants considèrent le lien avec le malade comme l'essence même de leur métier.

121 Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 70.

122 Ibidem, p. 43.

123 Ibidem, p. 43.

124 Intervention sociologique n°5-6, le 15 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 51.

3. Conclusion

L'insécurité est alimentée par des faits de violences objectifs vécus par des soignants, mais qui traversent aussi la société en général, principalement en ville. Elle trouve une place entre le domicile des patients, où peu de soignants se sentent en situation de danger, et l'institution et son organisation, où leur autonomie et celle du patient se réduisent d'un coup. L'insécurité objective n'est pas exclusive à l'une des trois sphères dans lesquelles les soignants circulent. Elle se déplace. La grande préoccupation qu'elle représente dans les esprits et les discours, parfois à juste titre, contraste avec la faible part qu'elle conserve dans les sources du malaise insécuritaire.

Au départ centrée sur des questions de violences urbaines, notre recherche s'est ainsi déplacée, pour aboutir, du moins dans un premier temps, à d'internes discussions sur l'organisation. Les échanges du groupe d'intervention, lors des séances « ouvertes » et des premières séances « fermées » donnent l'image d'un va-et-vient constant entre les risques du dehors, les difficultés avec le patient, les problèmes de l'organisation de la structure de l'HAD et les motivations pour lesquelles on y vient et on y reste.

L'insécurité objective n'est à l'évidence pas le seul problème, et les soignants déplacent constamment la discussion sur d'autres thèmes : la façon dont on les fait travailler, dont on organise leurs journées de travail, les difficultés à s'occuper comme il faut des malades. Les sources du malaise sont moins expliquées que révélées par des faits de violences verbales et physiques. Elles sont à chercher ailleurs, au sein de l'institution et de son organisation, dans l'évolution de sa prise en charge des difficultés des patients, et à travers les transformations plus générales de la société.

III. DECONSTRUIRE L'INSECURITE

1. Les sources du malaise

A. L'institution

Les faits objectifs de violences, verbales et physiques, peuvent être observés dans le travail en HAD, dans les familles, les transports et dans certains quartiers, mais ils sont peu nombreux : « Je ne me suis jamais sentie en insécurité dans une famille »¹²⁵, affirme Monique. « La violence, vous la trouvez à d'autres niveaux, complète une autre, celui de l'Institution. »¹²⁶

Le fonctionnement de l'institution repose sur deux logiques, l'une hospitalière, l'autre ambulatoire, qui positionnent constamment les soignants dans un rapport ambivalent à leur travail. Ils relèvent de l'institution quand ils la représentent vis-à-vis d'un malade qu'ils menacent de fin d'HAD parce qu'il refuserait le soin ou serait trop absent. Ils sont dégagés de la contrainte institutionnelle lorsque, seuls face à un patient, ils essuient les signes de son mécontentement consécutif à d'évidentes carences de l'institution. Ils finissent par ne plus comprendre leurs gestionnaires surtout lorsqu'ils sont eux-mêmes pris dans l'ambivalence du discours sur l'hôpital "hors les murs". Myriam résume d'une formule : « On est un hôpital qui se transporte à domicile au lieu d'être des soins hospitaliers qui s'adaptent à la contrainte et à tout l'univers du domicile. »¹²⁷ Pourtant, là est leur spécificité, celle, du moins, à laquelle ils tiennent au point d'être venus travailler ici et pas ailleurs. Beaucoup parlent de « la culture de la maison. »¹²⁸ L'idée centrale étant toujours la « prise en charge globale du patient et de sa famille », de « son chat, son chien, son boulot »¹²⁹ ajoute Isabelle. Or, l'évidence de ce contexte médical particulier semble parfois échapper à la direction.

Les problèmes rencontrés par les soignants, et qui perturbent leur exercice, forment une longue liste. Nous avons déjà évoqué la plupart d'entre eux et avons constaté

125 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 4.

126 Ibidem, p. 4.

127 Ibidem, p. 50.

128 Ibidem, p. 51.

129 Ibidem, p. 51.

que les soignants imputent une grande partie de leurs difficultés aux conditions de travail. L'HAD présente un double visage. Elle est à la fois proche et distante. Elle est proche par son contrôle permanent des niveaux de l'activité des services, lorsqu'elle octroie, par exemple, une prime exceptionnelle en fin d'année aux meilleurs services. Dans le même temps, elle contrôle le nombre de kilomètres parcourus et ne laisse pas la gestion du planning des tournées entre les mains des soignants, tâche qui incombe uniquement à leurs cadres. Elle est distante quand elle ne se préoccupe pas des violences physiques que subissent ses personnels. Elle est distante parce que, par sa flexibilité, elle impose des horaires de plus en plus étendus ou des trente-cinq heures jugées irréalistes pour l'activité d'une telle structure géographiquement éclatée. Elle l'est encore quand elle laisse les soignants seuls face au patient sans ouvrir ou maintenir d'espace de parole pour pouvoir dire ce qui se passe, raconter les histoires quotidiennes, et qu'il est nécessaire de purger parce que dit l'une d'entre eux : « c'est violent de ne pas pouvoir faire le soin, même si ce ne sont pas des coups. »¹³⁰ Par les changements quotidiens de malades, l'institution gêne le développement d'une relation suivie qui permet la mise en confiance et évacue les sources de tensions. Elle est lointaine aussi quand elle ne reconnaît pas les soignants agressés par des formes de harcèlement au travail ou ne s'alarme pas d'un *turn over* très important qui pourtant pose des problèmes d'organisation et indique les symptômes d'un malaise.

L'HAD veut être un hôpital qui reçoit tous les malades sans apporter aux soignants les ressources et les moyens nécessaires, ni les protéger, en cas de conflit, par des processus systématiques de déclaration juridique et de soutien psychologique. L'HAD et ses soignants se placent dans un rapport ambivalent qui les éloigne l'un de l'autre au fur et à mesure que la logique hospitalière s'impose. A cause du *turn over* qui semble s'accélérer, l'HAD perd sa mémoire, son esprit de corps. Les soignants disent ne plus se connaître entre eux, ne plus avoir le sentiment de partager une histoire. L'ensemble conduit à un sentiment d'impuissance et d'inutilité à « dire les choses. » Les mêmes soignants montrent une faible capacité d'action collective, y compris s'il s'agit du recours syndical. « De toutes façons, disent plusieurs, on nous dit qu'on n'est pas marié avec l'HAD et que nous pouvons partir. »¹³¹ De hauts

130 Intervention sociologique n°5-6, le 15 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 61.

131 Intervention sociologique n°9-10, le 05 avril 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 23.

responsables auraient dit « que les infirmières étaient comme des cafards car elles se reproduisaient très vite. »¹³²

Derrière son statut d'hôpital, c'est la nature de l'activité de l'HAD qui est en conflit à l'intérieur de son organisation. D'un côté, la direction affiche sa volonté de développer l'HAD à l'instar des autres hôpitaux. De l'autre, les soignants font le constat qu'aujourd'hui cette HAD a une fonction de rebut par rapport à ces mêmes hôpitaux. Certes, elle est souvent la dernière structure qui permet encore à certaines personnes de pouvoir bénéficier de soins : « Ces derniers temps, disent-ils, on a l'impression que l'HAD est un peu la dernière chance pour que les gens se soignent encore. »¹³³ Mais, c'est aussi et surtout la solution de facilité des hôpitaux classiques pour vider les lits par exemple quand arrive l'été, ou pour se débarrasser de malades socialement lourds. L'HAD est devenue « bouche-trou ». « On est les pauvres de l'hôpital, déplorent Monique et d'autres. Les hôpitaux se déchargent des situations qu'ils ne peuvent pas ou qu'ils ne veulent pas gérer, qui les dérangent. »¹³⁴ Elle parle ici « des malades hospitalisés sans couverture sociale, en situation irrégulière, sans aide médicale d'Etat et qui, au bout du compte, sont à la charge des soignants de l'HAD. »¹³⁵

Cette tension entre les deux faces d'un même conflit se donne à voir dans l'évolution du rapport nombre de malades / temps consacré par malade. La direction fait appel au modèle de Santé Service, l'HAD du secteur privé, pour justifier sa volonté d'augmenter le nombre de malades visités par jour. Face à cela, les soignants répondent type de soin / temps de prise en charge de chaque patient, y compris le temps du trajet. Ils renvoient alors toute réduction de ce rapport comme spécifique à l'activité des "libéraux" qui, de plus, ne vont pas partout et font même défaut dans certaines banlieues. Eux, soignants de l'HAD, se déplacent partout et s'occupent du patient dans sa globalité, ce qui demande intrinsèquement du temps, du temps incompressible.

132 Ibidem, p. 61.

133 Ibidem, p. 18.

134 Intervention sociologique n°11-12, le 03 mai 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 44.

135 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 22.

Les soignants refusent d'endosser seuls la responsabilité ou les conséquences des dysfonctionnements de l'HAD. Considérant qu'ils accomplissent déjà l'essentiel de la mission en se déplaçant au chevet du malade, ils défendent aussi le principe de leur autonomie au travail, notamment en protégeant leur liberté de décider. Claude explique son point de vue : « Les gens sont en droit d'attendre des services pour lesquels ils ont cotisés toute leur vie. Quand ils ne sont pas contents, ils nous engueulent. Il faut bien qu'ils le disent à quelqu'un mais qu'ils le fassent pour des problèmes dont nous ne sommes pas responsables, c'est insupportable ! »¹³⁶ D'autant qu'ils considèrent que ces dysfonctionnements n'ont pas plus à être supportés par les malades : « Je ne suis pas d'accord, dit Catherine, l'ergothérapeute, pour dire aux malades que je ne peux pas assurer mon travail parce que mon service est mal organisé. »¹³⁷ Les soignants affirment et répètent qu'ils croient en la spécificité de l'HAD et de sa mission. Ils aiment y travailler mais « épuisés physiquement et moralement »¹³⁸, ils ne peuvent plus donner parce que « trop en décalage par rapport à leurs valeurs, à leur conception du soin et des relations avec les collègues et la hiérarchie. »¹³⁹ Certains préfèrent chercher une opportunité de départ, ce que font beaucoup de soignants rencontrés, quitte à retourner dans des structures de soins plus classiques, voire même à accepter un travail de nuit, horaire qu'on avait pourtant réussi à cesser en venant en HAD, mais plus proche de chez soi.

L'esprit du soin et le cadre du domicile représentent toujours la motivation des soignants de l'HAD qui n'envient ni leurs homologues de l'hôpital ni ceux de Santé Service. Ils sont persuadés qu'allier leur modèle de soins à une structure importante et équipée assure à beaucoup de patients un confort et une qualité de vie qu'ils n'auront jamais à l'hôpital, et que cela permet à la société de posséder un dispositif de santé à moindre coût avec une qualité de soin assurée. Mais l'organisation actuelle, mise en place par la dernière restructuration, génère pour eux un nombre de dysfonctionnements trop importants qui, couplés à des problèmes de communication interne, ne leur permet que trop difficilement de mettre en pratique

136 Intervention sociologique n°7-8, le 29 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 26.

137 Ibidem, p. 34.

138 Intervention sociologique n°9-10, le 05 avril 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 30.

139 Ibidem, p. 50.

les manières d'être et les façons de faire d'une conception des soins qui prend en compte aussi bien la maladie que l'individu malade.

B. Les changements culturels

Le projet de l'HAD reconnaît au malade son droit à réagir à partir de sa personnalité. Sa maladie et sa situation sociale doivent être considérées comme allant de pair. Certes, l'insécurité est liée aux conditions de travail déjà évoquées et largement rappelées par les soignants, mais comme nous verrons, elle est aussi liée au sentiment d'ignorance face à certaines différences culturelles. Il existe un vrai déficit de connaissances culturelles chez les soignants, dont le groupe d'intervention sociologique témoigne fortement.

Pour entretenir la relation soigné-soignant, un décodage est nécessaire. Beaucoup de malades d'origine étrangère sont impliqués dans des histoires de sorcellerie, recourent à des grigri, dénoncent des malédictions. Dans ce type de situation, à travers les différences culturelles, deux rapports à la médecine sont présents. La confrontation au sein d'une institution peut créer un conflit entre un système de santé rationnel et une famille qui, dans sa propre histoire, n'en comprend pas les significations. L'histoire, racontée par Monique et Leïla, puéricultrices, d'un petit garçon diabétique insulino-dépendant, est édifiante. L'équipe de ces soignantes a fait appel à un ethnologue pour faire face au refus des parents d'administrer le traitement à leur enfant, et pour sortir d'une situation d'incompréhension et du risque d'OPP (Ordonnance de Placement Provisoire). Grâce à plus de quatre heures passées au domicile de la famille, sa présence a permis, d'un côté, de décrypter les histoires de malédictions de cette famille et, de l'autre, de redéfinir les termes de la pratique soignante occidentale à la lumière de ces histoires. L'ethnologue donne les raisons d'un tel traitement, explique son importance à la famille et transmet aux soignants les significations du "crocodile" qui représente le sucre de l'enfant diabétique, frère d'un aîné décédé là-bas de la même maladie. Il apporte également des lumières sur les conséquences de ce traitement et de ses règles d'application qui interdisent à cette famille tout retour au Sénégal.

La différence culturelle perturbe aussi les rapports soignant-soigné. Un autre exemple vient d'Isabelle, infirmière en HAD depuis plusieurs années, qui ne parvient pas à entrer en relation avec une femme tunisienne, atteinte d'un cancer, dont elle s'occupe depuis deux ans. La participation de Tobie Nathan, ethnopsychiatre, à la séance du 15 mars 2002 du groupe d'intervention sociologique, éclaire les rapports entre ces deux femmes. Selon lui, à travers le conflit de couple avec son mari et la présence de cette soignante, se rejoue la jalousie qui a existé lors de leur mariage. La solidarité entre femmes ne peut donc pas jouer, et leur permettre de construire une relation, au point que la soignante ne connaît toujours pas le prénom de sa patiente. Cette impossibilité tient aussi selon Tobie Nathan à l'organisation même de l'HAD et du domicile : « Elle est contrainte de vous recevoir, dit-il, mais ne peut assumer cette logique d'hospitalité. Quand elle vous reçoit, c'est elle qui doit donner. Or c'est vous qui amenez et la santé et la forme. Pour elle, quelqu'un qui vient chez soi et qui ne prend rien, c'est qu'il l'empoisonne. »¹⁴⁰

La relation soignant-soigné au domicile est aussi importante que fragile. La logique du soin et celle de l'hospitalité se confrontent et provoquent l'inversion des rapports humains, ici spécifique à une activité sociomédicale. Le renversement de cet inversement des rapports à l'autre, y compris dans l'organisation de l'HAD, n'est pas simple. Tobie Nathan propose une piste lorsqu'il invite les soignants à prendre une autre position. C'est-à-dire à postuler d'emblée que leurs patients savent eux aussi des choses sur leur propre situation, leur propre guérison. Il leur demande de laisser de côté un moment leurs propres règles de fonctionnement pour aller vers l'autre et d'accepter que ses raisons sont de « bonnes raisons »¹⁴¹, y compris celle d'être parfois violent. Selon lui, les soignants doivent trouver l'interprétation d'une situation sans mettre la source des problèmes sur le compte de la nature de l'autre, d'une personnalité particulière de leur patient.

Ces situations, non de conflit mais d'incompréhension mutuelle, compliquent la prise en charge médicale mais sont tout de même mieux gérées à l'HAD qu'à l'hôpital. La différence étant que les soignants de l'HAD sont seuls au domicile à y faire face. Il s'agit en fait, selon Tobie Nathan, d'un « vrai conflit entre deux systèmes

140 Intervention sociologique n°5-6, le 15 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 24.

141 Ibidem, p. 36.

thérapeutiques efficaces, de deux médecines qui sont en train de travailler au même endroit, au chevet du même malade. Ces deux médecines sont en conflit, qui est d'autant plus explosif à l'hôpital parce qu'elles sont l'une contre l'autre. Quand vous êtes au domicile, la médecine dont vous relevez est en minorité. »¹⁴²

La démarche qui consiste à chercher les « bonnes » raisons expliquant que les gens agissent, dans certaines situations, d'une manière plutôt qu'une autre, permettrait de retourner à des choses simples. Selon ce spécialiste, les gens s'attachent plus à l'efficacité des procédés employés, ici pour la santé, qu'au respect acharné à des traditions, coutumes ou grigris : « Les gens, dit-il, ne s'intéressent pas eux-mêmes à leur culture. Ils s'intéressent à leurs habitudes, à leurs coutumes, parce qu'elles sont efficaces, non pas parce qu'elles sont traditionnelles. Ils savent que ça marche. Si vous leur démontrez que la médecine est plus efficace que le grigri, ils prendront la médecine. »¹⁴³ Un autre type de différences est relevé par l'ethnopsychiatre. La consanguinité de certaines familles pose problème chez les soignants. « Entre les équipes soignantes et les familles maghrébines, explique-t-il, ces histoires de consanguinité sont un gros problème. Les équipes soignantes pensent que la consanguinité provoque des mutations génétiques. Or pour les familles, elles le sont depuis la nuit des temps, ça a toujours été comme ça dans leur monde et on ne leur a jamais dit pour autant que le monde était peuplé de débiles. Il y a là une différence qui fait distance. »¹⁴⁴

Enfin, au domicile, les soignants doivent aussi prendre en compte un certain nombre de faits culturels, cause de situations conflictuelles possibles. Ne pas tenir compte de ces principes primordiaux et sacrés représente pour les familles un envahissement trop important de l'HAD. Les soignants doivent donc s'adapter à ces coutumes et fêtes religieuses tout en sachant qu'en dehors de leurs connaissances personnelles, ils ne sont pas formés pour les affronter, pas plus que leur institution qui ne les prend pas en compte dans l'organisation de la prise en charge des patients. C'est par exemple le cas de familles juives qui font le sabbat explique Claude : « Un gamin à l'hôpital Robert Debré, un samedi matin, j'avais besoin de le voir, alors je suis allée

142 Ibidem, p. 47.

143 Ibidem, p. 59.

144 Ibidem, p. 28.

jusque chez lui mais personne n'a répondu. J'ai perdu une demi-journée pour ce gamin parce que c'était un jour où il ne fallait pas venir, et quand j'ai réussi à entrer dans la maison, je me suis fait insulter. C'était sabbat, mais ça, il aurait fallu que je le sache ! »¹⁴⁵

Dans ces situations de différences culturelles, il est question davantage de manière d'être que de manière de faire les soins. C'est la manière dont les soignants entrent chez l'Autre, dont ils appréhendent sa situation générale qui détermine la manière de faire leurs soins. La démarche expliquée par Tobie Nathan sur sa propre pratique consiste à plonger d'abord dans l'univers de la famille, par exemple « en leur permettant de parler dans leur langue d'origine avec leurs pensées traditionnelles avant de construire quoi que ce soit. »¹⁴⁶ C'est, en d'autres termes, dit-il, conflictualiser la situation plutôt que l'individu, chercher avec lui des solutions pour résoudre ses ennuis plutôt que de le transformer. Cette démarche retient l'attention du groupe parce que son impact dépasse largement ce cadre de différence culturelle spécifique. Elle peut s'appliquer, et le fait déjà en partie, à l'exercice du soin à domicile de manière généralisée et constituer l'esprit des manières d'être et de faire privilégiées à l'HAD. La nature de son activité fait qu'effectivement toutes sortes de situations sociales sont prises en charge. Elle peut dans tous les cas représenter une réponse à la crise institutionnelle.

Le groupe est tantôt fasciné, tantôt réservé sur la démarche et les explications de Tobie Nathan, jamais indifférent. Pour certains, cela leur apporte les clés pour adopter une autre manière de voir les situations, un décryptage des situations qu'ils vivent ou ont pu vivre. En fait, c'est, pour eux, presque un moment de formation à la différence culturelle. La leçon est pour ceux-là aussi exemplaire qu'exceptionnelle. A la mesure de son expérience, qui lui donne du crédit auprès de plusieurs, il identifie l'origine et le parcours de vie de tel patient à partir de quelques éléments contextuels donnés par un soignant. Ce qui révèle aux soignants une grande connaissance des situations de différences culturelles dont l'analyse permet d'explicitier les zones d'ombres dans lesquelles les soignants se perdent et bloquent leurs relations avec les malades. Pour d'autres, moins convaincus, il ne s'agit en réalité que d'un

145 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 63.

146 Intervention sociologique n°5-6, le 15 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 2.

« système de recettes » trop théorique et peu applicable au cas par cas le moment venu. Il ne règle pas le préalable : la connaissance des différences culturelles que la majorité des soignants n'a pas. Outre les désaccords qu'ils peuvent avoir avec Tobie Nathan sur l'interprétation des histoires de malédictions des familles, la distance se fait davantage parce qu'ils estiment que pour élucider et évaluer ces histoires il faut s'y investir. Cela demande du temps. Or, il leur apparaît comme ayant réponse à tout, et le jeu de la rencontre avec le groupe d'intervention fait qu'il semble ne pas prendre ce temps pour proposer une solution. Pour eux, le trio "temps / connaissances / prise en charge" est incontournable. Ils sont convaincus que la capacité de prise en charge de ce type de situation, et d'autres plus classiques, dépend de l'organisation qui les assume. Selon le fonctionnement de la structure médicale, du temps qu'elle accorde aux soignants, ces situations pourront être vraiment prises en charge : « Je pense, dit Catherine, que les professionnels qui se rendent au domicile sont en mesure d'évaluer ces situations, sauf que derrière il n'y a peut-être pas le temps pour faire une étude ou du moins une réflexion suffisamment longue pour proposer quelque chose. Je pense que c'est aussi un problème de temps et c'est pour ça que c'est aussi lié au fonctionnement de l'HAD. »¹⁴⁷

C'est aussi ceux-là qui sont les plus enclins à considérer que les connaissances culturelles, aussi importantes soient-elles dans la relation avec certains patients, restent difficilement transmissibles et partageables entre soignants et soignés : « quand on ne connaît pas la culture de la personne, explique Virginie, vous ne pouvez pas savoir de quoi vous allez parler. On ne peut pas poser de questions. Comme je suis de l'île de la Réunion et que j'ai grandi avec pas mal de races et de cultures, je suis au courant de certaines choses mais ce n'est pas évident pour tout le monde. Quand j'arrive parfois chez certains patients, admettons qu'il soit Algérien, Indien ou de religion musulmane, j'arrive à décoder et ça passe avec moi, mais ça ne passe pas avec mes collègues », ou entre soignants : « Mais, je ne peux pas en parler avec mes collègues parce qu'elles ne comprendront pas. Je connais tout ça parce que j'arrive d'un milieu où il y a plusieurs pratiques religieuses et culturelles. Mais, avec mes collègues métropolitaines, je ne pourrais pas non plus

147 Ibidem, p 46.

leur dire : "Il faut vous comporter comme ça avec telle personne". Je n'arrive pas à en parler, parce que c'est lié à son vécu, et certaines vous disent : "moi, je ne suis pas croyante, je ne crois pas à ça", elles se foutent de nous. »

Qu'ils soient plutôt réceptifs ou plutôt réservés aux propos de Tobie Nathan, la rencontre est réelle sur le terrain de l'expérience. Le lien entre compétences (savoir-faire) et savoir-être apparaît encore plus clairement. L'un ne va pas sans l'autre tant la connaissance des différences culturelles ne peut être séparée de la capacité d'aller chez les gens, c'est-à-dire de se faire accepter. Le sens de ces expériences, mobilisant compétences et savoir-être, se révèle dès lors que les protagonistes - ici les soignants – "sortent" du terrain de l'expérience, prennent une certaine distance pour pouvoir comprendre ces histoires. L'enjeu de ces préoccupations interpelle l'institution HAD pour favoriser ce processus d'interprétation et de compréhension de situations, différentielles ou non, qui finalement n'en seront que moins conflictuelles.

C. La situation sociale des patients

Toute démarche d'entrée en HAD débute par une visite d'accueil effectuée par les infirmières de coordination et l'assistante sociale. Ce premier contact avec le malade, encore à l'hôpital, permet de dresser le panorama de sa situation sociale générale : famille et entourage proche, logement, ressources et contraintes financières, difficultés quotidiennes telles que la non maîtrise du français, droits sociaux non déclenchés.

En HAD, la prise en charge globale du patient signifie la réalisation d'actes médicaux mais aussi de démarches sociales. Le temps de l'HAD est un temps pendant lequel les difficultés sociales sont également prises en charge, si nécessaire. Elles font partie de l'acte de soin général. Il s'agit aussi bien de rétablir les personnes dans leurs droits sociaux, par exemple en cas de diminution des revenus suite à une maladie, que de pallier les problèmes de garde d'enfants. C'est donc reconnaître que la personne malade est mobilisée contre sa maladie mais n'échappe pas pour autant aux obligations de la vie courante pour lesquelles elle a besoin d'être aidée, du moins pendant un moment.

L'insécurité dont parlent les patients provient de leur réalité sociale quotidienne. Leur situation sociale défavorisée est en soi une source de violence. La pauvreté est violente. « Cette violence de la misère qui nous est projetée comme ça, vous ne pouvez pas dire que vous mettez votre mouchoir dessus tout cela, parce qu'il y a des choses impossibles à oublier et qui vous reviennent la nuit. Cela concerne des enfants ou des personnes âgées, mais aussi des gens qui sont seuls et qui n'ont pas d'autres ressources que d'être là où ils sont. »¹⁴⁸ « L'insécurité que je rencontre, dit Myriam, est celle vécue par les gens dans leur situation sociale. Ce n'est pas l'insécurité qu'ils me renvoient mais l'insécurité qu'ils vivent eux-mêmes sur le territoire. C'est celle-là que je vis comme forme d'insécurité en tant qu'assistante sociale. Par rapport à leurs demandes pressantes, j'essaie d'analyser, de comprendre ce qu'il y a derrière cette demande dans laquelle il y a beaucoup d'insécurité. »¹⁴⁹ La précarité se fait de plus en plus sentir car l'HAD accueille tout le monde. Les conséquences peuvent parfois même être physiques. On signale aussi le cas d'un patient qui, ne supportant plus la présence des soignants car miroir de ses problèmes de santé, de « ses bouts de pieds pourris », de son « image d'homme dégradé »¹⁵⁰, en vient, de colère, à jeter sur les soignants les cartons de matériel médical pour les faire partir.

L'organisation de l'HAD a rendu visible ces problèmes en donnant accès aux soins à des personnes qui en étaient jusque-là exclues : « Il y a dix ans, explique Claude, avant de prendre un patient en HAD, on regardait s'il avait une couverture sociale. Qui allait payer ? Dans le cas d'un malade étranger, il fallait d'abord qu'il paie et après il venait en HAD. Maintenant, quelqu'un qui n'a rien et qui n'a aucune solution se tourne vers l'HAD. »¹⁵¹ Mais, selon les soignants, une difficulté supplémentaire se cumule à cette évolution : les moyens sont insuffisants. « Il y a quelques années, disent des infirmières, l'HAD pouvait gérer de gros, gros problèmes sociaux à tous les points de vue. On a résolu des situations extrêmes, mais, maintenant, on n'a plus assez de moyens, alors on les laisse pourrir. »¹⁵² Cette impasse est d'autant plus

148 Intervention sociologique n°9-10, le 05 avril 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 40.

149 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 10.

150 Intervention sociologique n°5-6, le 15 mars 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 43.

151 Intervention sociologique n°1-2, le 25 janvier 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 22.

152 Intervention sociologique n°9-10, le 05 avril 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 37.

difficile à supporter pour les soignants qu'elle ne tient qu'à des contingences matérielles : « On ne fait pas ce qu'il faut alors qu'on pourrait le faire. »¹⁵³

De plus, la misère rencontrée est très spécifique même si elle est moins visible. « Alors, il y a la misère que l'on voit dehors, dans le métro, dit Myriam, et puis il y a la misère intérieure c'est-à-dire toute celle qu'on découvre dans les logements et qu'on ne peut pas soupçonner. »¹⁵⁴ Paradoxalement, c'est par ce type de prise en charge, sans lui être exclusive, que l'HAD assume pleinement son statut d'hôpital alternatif et se démarque des autres structures : « C'est pour ça qu'on est en décalage avec le personnel hospitalier parce que ce n'est pas des choses qu'ils peuvent savoir. Et, nous, quand on a fait du domicile, nous, les infirmières coordinatrices, et que l'on va dans les services, on fait preuve de dialogue et d'une très grande écoute, ce qui nous permet de détecter certaines choses. »¹⁵⁵ Cette forme de misère-insécurité confirme ce que le docteur Jacques Lebras¹⁵⁶ montre à propos des médecins soignant dans les cités : « L'insécurité, ce n'est pas seulement la délinquance, c'est aussi l'état de santé de ceux qui habitent sur ces territoires. » Myriam évoque aussi le cas extrême de réseaux mafieux dans lesquels les gens « ne s'appartiennent plus pour appartenir à des clans » ce qui rend difficile l'accès même au malade : « Quand on leur demande des justificatifs afin de les aider, ils répondent devoir s'adresser à leur parrain ! »¹⁵⁷

La maladie qui mobilise l'énergie des gens révèle de lourds problèmes. Précarité, misère, exclusion, pauvreté, insalubrité, isolement, illettrisme sont autant de facteurs qui écrasent. Paradoxalement, la maladie permet au patient de dire enfin ce qui ne va pas à condition d'être en capacité de pouvoir le dire. Il y a, au-delà de la maladie, une énorme demande envers l'HAD qui suscite un sentiment d'insécurité pour le personnel, ne serait-ce que parce qu'il est incapable d'y répondre complètement. Myriam dit ne pas avoir les moyens pour agir. Elle dénonce les trop grandes zones géographiques sous sa seule responsabilité qui l'empêchent de connaître les tissus

153 Ibidem p 41.

154 Ibidem, p. 39.

155 Ibidem, p. 39.

156 Jacques Lebras, *Les médecins dans le piège des quartiers*, Le Nouvel Observateur n°1952, Paris, avril 2002, Paris.

157 Intervention sociologique n°9-10, le 05 avril 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 39.

sociaux locaux, de développer des réseaux et médiations locaux avec des partenaires associatifs, étatiques ou autres pour répondre efficacement et trouver des solutions, afin qu'ils prennent durablement le relais. A ces situations de carences viennent s'ajouter d'autres contextes socio-géographiques à l'abandon. Aucun relais n'est possible parce que tout simplement il n'en existe pas. Aucun acte médical ne peut être garanti parce que plus aucun professionnel de santé partenaire, tels les médecins libéraux, n'accepte encore de s'y déplacer, surtout le soir, encore moins durant le week-end. Le sentiment d'insécurité renvoie en un face à face incompressible le manque de moyens et l'importance des besoins.

L'HAD possède aussi ses propres limites au point qu'il est difficile de prolonger une HAD pour des "soins sociaux" ce qui peut paraître d'autant plus violents que l'on sait qu'une prise en charge en HAD permet de normaliser des situations irrégulières et d'éviter des frais d'hôpitaux onéreux à des gens déjà démunis. Mais, avec ses limites, l'HAD, intrinsèquement, s'éloigne des patients parce qu'elle ne traite la question sociale qu'à partir du moment où les soins et leur qualité l'exigent. Entre les dysfonctionnements des hôpitaux et la carence des tissus sociaux, l'HAD est seule à gérer à la fois les soins médicaux et les soins sociaux. Sa crise interne exprime la tension qui existe à prendre en charge les deux faces de cette conception globale du patient.

D. L'évolution des pathologies prises en charge

Le triptyque de l'activité de l'HAD – domicile, ville, institution – s'inscrit dans un univers en changement. La ville et le domicile imposent de s'y adapter et le soignant doit prendre en compte les critères environnementaux. Mais l'évolution des pathologies est aussi un facteur qui perturbe, au point de remettre en cause jusqu'à l'existence même de l'HAD.

Nous avons déjà souligné ce qu'ont représenté les années SIDA pour l'HAD. Souvent, les malades continuaient leur activité, notamment salariée. La transition, après ces années SIDA, n'a pas été simple pour l'HAD qui a connu un moment de flottement. Pour combler ce vide, les soignants ont notamment été formés à la

drépanocytose même s'ils disent aussi ne jamais avoir été confrontés à cette maladie en HAD. « On nous a quand même formés à cette maladie mais, après, il y a eu une pause, une espèce de flou. Alors, on nous a dit qu'on allait faire de la gériatrie parce qu'on ne savait pas quoi faire, mais maintenant on nous parle de la neurologie. Et la neurologie, c'est quand même des malades à moyen et long terme. C'est très lourd mais comme ce sont principalement des soins de toilette, il est sous-entendu que les infirmières iront les faire mais qu'on n'embauchera pas plus d'aides soignantes. Je peux vous dire que les infirmières vont partir » commente Isabelle.¹⁵⁸

Conjointement aux changements de pathologies prises en charge, un phénomène de dégradation du métier se produit. Cela tient, d'une part, à la complication des pathologies, et d'autre part, aux phénomènes de précarisation que nous avons évoqués. Face à cette évolution, les soignants s'épuisent à défendre l'idée originelle de l'HAD, de plus en plus difficile à appliquer : « Les soignants, dit Monique, font bloc, maintiennent des positions face à la direction qui nous dit d'aller plus vite, de survoler les choses. Mais nous, on ne veut pas de ça ! On a des valeurs et on s'occupe d'êtres humains. Pour nous c'est important. »¹⁵⁹

L'évolution des pathologies met donc en avant le paradoxe de la double logique de l'HAD. D'un côté, l'institution qui veut prendre en charge toutes les pathologies dont les plus lourdes à gérer relèvent de la cancérologie, de la neurologie, et des soins palliatifs. De l'autre, une organisation de plus en plus hospitalière, rationnelle, qui demande beaucoup à son personnel. En d'autres termes, d'un côté, une organisation qui s'aligne sur des normes de rentabilité, de flexibilité et qui calcule le temps par malade. De l'autre côté, des soignants qui, venus en HAD pour échapper, du moins un peu, à ces contraintes économique-financières et donner une plus grande place au côté relationnel de leur métier, voient leur temps de soins se réduire quelle que soit la pathologie concernée. Cette évolution se fait au détriment du temps spécifique de parole et d'écoute, de l'espace relationnel que possèdent tous les actes de soins et dont les soignants ne peuvent faire l'économie. Pourtant, c'est ce temps-là que les soignants disent tronquer pour pouvoir assurer le patient suivant. Ils s'adaptent, sur le moment, en fonction de la personne.

158 Intervention sociologique n°9-10, le 05 avril 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 20.

159 Intervention sociologique n°11-12, le 03 mai 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 11.

La crise institutionnelle que connaît aujourd'hui l'HAD est aussi la résultante de la tension qui existe entre l'organisation et les soins à domicile. La première demande aux soignants d'être, face à la diversité des situations et aux problèmes du domicile, de plus en plus polyvalents. C'est-à-dire d'être capable de tout faire, de s'adapter en permanence, et donc d'être dans leur métier en constante situation d'incertitude ; source d'extrême tension. Les seconds, par ce qu'ils exigent de capacité à s'adapter aux mutations du terrain, renvoient à la défense de l'autonomie des malades, à ses intérêts, que les soignants assument d'autant plus vigoureusement qu'ils défendent en même temps leur propre autonomie et leur liberté au travail.

2. Conclusion

Le malaise professionnel du personnel de l'HAD remet les questions d'insécurité et de violence à leur véritable place. Il ne s'agit évidemment pas de nier leur importance mais de les clarifier selon par exemple qu'elles interviennent sur des territoires urbains ou dans la relation soignante, mais aussi dans les relations de travail en raison, notamment, d'une organisation qui semble mettre à mal le projet fondateur de l'HAD.

Le fonctionnement institutionnel crée les tensions de l'exercice des soignants. Il leur devient de plus en plus difficile de pratiquer leur métier dans de bonnes conditions et donc d'assurer la qualité des soins. Les changements culturels sont des données nouvelles à prendre en compte aujourd'hui par des soignants qui n'y sont ni formés ni préparés. Pourtant, ces situations peuvent, par incompréhension mutuelle entre soignants et soignés, empêcher la réalisation des soins prévus. Enfin, les situations de plus en plus défavorisées des personnes susceptibles d'être prises en charge mettent en avant les carences que l'HAD doit pallier et les limites de ses réponses.

Déconstruire l'insécurité en montrant les lieux où se forme un sentiment d'insécurité nourri par les faits de violence permet de considérer ce phénomène à sa juste valeur. Il est un problème qui se déplace parce que les véritables sources du malaise sont

ailleurs. L'analyse générale des chercheurs, que résume le schéma suivant, suit l'hypothèse proposée aux soignants du groupe d'intervention sociologique :

	Organisation du travail		Rapport au malade
Aspects négatifs	- I - Organisation du Travail	I N S E C U R I T E	- II - Relation avec le malade
	INSECURITE		INSECURITE
Aspects positifs	- III - Organisation du Travail		- IV - Relation avec le malade

La problématique de départ postule que les soignants de l'HAD sont confrontés, dans leur cadre professionnel, à des situations de violence à travers lesquelles se construit un sentiment d'insécurité. Les lieux de la violence et de l'insécurité annoncées – villes et zones urbaines – apparaissent classiques tant ils sont reconnus comme généraux à la société. Pourtant, les sources du sentiment d'insécurité, ici, ne proviennent pas directement des problèmes sociaux de cette société mais d'une organisation institutionnelle du travail qui, aujourd'hui, par son fonctionnement, produit les conditions plaçant les soignants dans un univers HAD pris dans des problèmes insécuritaires. Sans jamais disparaître des discussions et rencontres du groupe d'intervention, la violence et l'insécurité ne sont pas centrales dans l'expérience professionnelle des soignants. Chaque discussion sur les problèmes de violence et d'insécurité se déplace inlassablement, malgré les constants retours sur cette thématique par les chercheurs, en discussion sur les problèmes d'organisation du travail. Toute situation de violence se trouve finalement référencée à une des carences de l'organisation du travail de l'HAD.

L'ensemble des discussions avec le groupe d'intervention sociologique valide l'idée que, pour les soignants, les raisons de cette violence, à laquelle ils sont confrontés principalement lorsqu'ils vont à l'extérieur de leur structure de soin, se trouvent dans l'organisation interne de leur institution. En d'autres termes, pour les chercheurs, c'est à travers la manière dont est organisée le travail des soignants et les conditions

dans lesquelles ils se rendent au domicile que le problème central se situe. Ce que confirment les soignants lorsqu'ils disent vivre comme insupportables les problèmes de violence parce qu'ils ne sont pas traités comme tels par leur institution qui, jusqu'à aujourd'hui, en rejette les causes hors de son fonctionnement. S'ils subissent la violence des agressions dans l'exercice de leur métier, ils supportent mal la manière avec laquelle leur tutelle ne les prend pas en compte et plus encore son refus de reconnaître qu'une grande part de leurs sources réside dans les conditions de travail qui s'imposent à eux. Ce qui fait violence réside moins dans les risques de leur métier que dans la flexibilité de son organisation. Cette flexibilité leur impose l'ambivalence d'être à la fois "dans" et "hors" institution et a pour conséquence de les éloigner des patients. A l'image de ces derniers qui ne sont désormais plus au centre des préoccupations, les soignants eux-mêmes se sentent de plus en plus en décalage avec l'activité médicale et sanitaire générale et plus précisément avec celle de l'HAD. Ils sont convaincus qu'organisés différemment, ils seraient à même de gérer aisément les situations qui entachent les aspects positifs de leur métier, dont la relation et la connaissance du malade.

Pourtant, pour les soignants, l'enjeu du conflit se détermine clairement par leur capacité à préserver le malade au cœur de leur action plutôt qu'à n'y voir uniquement que de strictes questions d'organisations du travail dont ils sont seuls à supporter le poids. Passer de l'un à l'autre (c'est le sens de la flèche du schéma précédent), c'est-à-dire privilégier le point de vue de la relation au malade plutôt que le leur, focalisé sur les dysfonctionnements institutionnels, implique qu'ils soient en mesure de renverser la tendance de la logique hospitalière de l'HAD qui semble devenir un hôpital comme les autres, aux multiples contraintes économiques. En privilégiant ce rapport au malade rencontré au domicile, non seulement ils entament une réflexion sur l'acte soignant, mais ils contribuent aussi à améliorer ce système de santé alternatif en repositionnant l'organisation HAD avant tout par rapport aux exigences qu'il y a de "bien" prendre en charge un malade "hors des murs hospitaliers", chez lui, et auxquelles s'adaptent les contraintes de l'institution ; ses règles bureaucratiques et économiques. En d'autres termes, pour passer de problèmes d'organisation du travail à la relation au malade, le renversement que doivent opérer les soignants consiste, très concrètement, à rappeler au premier plan la particularité de l'activité de l'HAD donc la spécificité de sa relation soignant-soigné.

Reste encore que, de la pertinence de leurs réponses et de l'efficacité de leur action, dépendront la réalisation de cet enjeu qui transformerait en profondeur l'HAD et qui, intrinsèquement, dépendra de leur responsabilité à se définir eux-mêmes dans leur acte de soins avant tout du point de vue du patient. Cette transformation éventuelle appelle une volonté conjointe des soignants et de la direction afin de passer d'une situation actuelle de crise à un nouvel équilibre de l'HAD.

IV. CONCLUSION GENERALE

Dans le projet de l'HAD, deux logiques sont en jeu. L'une concerne la gestion d'un tel « hôpital » au moment où la question du contrôle des dépenses de santé est prégnante et incontournable. L'autre se centre sur la qualité des soins dispensés au malade à son domicile et sa prise en compte globale au-delà de sa maladie. Lorsque ces deux logiques s'affrontent et ne se rencontrent plus autour d'un même projet, elles produisent une crise de l'institution.

Pour les chercheurs, il devrait être possible d'allier ces deux logiques, c'est-à-dire de recouvrer un équilibre concret entre les contraintes institutionnelles et les contingences de la pratique du soin. Le point d'équilibre trouvé ne peut toutefois pas se réaliser seulement dans une revendication de type syndical. Il doit se hausser au plus haut niveau possible, là où le personnel soignant se réalise et donne un sens à son activité en mobilisant les ressources de l'institution au service des difficultés qu'il y a d'être une personne malade. En d'autres termes, il s'agit de trouver les réponses qui résorberont la distance qui existe aujourd'hui entre ceux qui restent dans la structure et ceux qui la quittent. Il s'agit de rapprocher les pratiques de soins organisées par l'HAD des valeurs et des idées que les soignants s'en font ; c'est-à-dire de leur savoir-faire et savoir-être quand ils vont au domicile d'un patient.

Le problème de la violence et de l'insécurité est-il aussi central qu'il y paraissait au départ des travaux ? Probablement pas, et les réactions du groupe à l'analyse présentée par les chercheurs l'ont confirmé. Par contre, ce thème sert de révélateur pour caractériser une situation d'insatisfaction et de frustration dans leur travail. Les réponses formulées par les soignants du groupe d'intervention sociologique relèvent les multiples dysfonctionnements de l'HAD et témoignent du malaise qui tend à remettre en cause les principes de son organisation actuelle.

Elles sont de trois types distincts recouvrant les trois sphères de l'HAD, interdépendantes les unes des autres, - domicile, ville, institution - et à travers lesquelles le thème de l'insécurité s'immisce.

Tout d'abord, les carences institutionnelles touchent à la manière dont leur travail est organisé. Les soignants dénoncent des conditions insupportables pour exercer leur métier. La liste de leurs griefs est non exhaustive : poussée de la bureaucratisation qui impose un contrôle constant sur leur activité, poids de la hiérarchie indifférente à leurs problèmes, solitude au travail pesante au regard de leur responsabilité au domicile du patient, autonomie limitée qui restreint leur pouvoir de décision, notamment celui d'adapter leurs déplacements aux quartiers concernés et aux réalités immédiates du terrain. Un ensemble de plaintes qui met à mal leur structure professionnelle. Mais leur réponse ne se limite pas à cette série de critiques. En affirmant qu'une autre organisation leur permettrait de bénéficier d'une pratique soignante sereine, ils relèvent des points importants de leur institution. C'est, par exemple, leur interrogation sur la cohérence de l'action de leurs gestionnaires au regard du projet de l'HAD par rapport aux réalités de la prise en charge globale du patient. La discussion¹⁶⁰ entre ces soignants reflète cette préoccupation à l'adresse de leurs gestionnaires :

Monique : Ce sont des gestionnaires.

Christian : Non, ce ne sont pas des gestionnaires. Un vrai gestionnaire, il fait tout pour que ça se passe bien.

Monique : Un gestionnaire fait que ça se passe bien en terme de chiffres. Pour illustrer la chose, il y a une personne dont je ne citerais pas le nom mais qui fait partie des décideurs de l'HAD, un jour, elle a eu son enfant malade et la puéricultrice qui a été au domicile a négocié deux heures la prise de sang avec cet enfant-là.

Myriam : Ça veut dire quoi ça ?

Monique : Ça signifie que quand ce n'est pas son enfant, tac, tac, les bras en croix, il y a un soignant qui fait la prise de sang pendant qu'un autre est en train de le maintenir. Mais, effectivement, le soin ça se négocie : deux heures pour la prise de sang, avec la crème pour l'anesthésie locale, et ça, avec un enfant en capacité de comprendre, il faut quand même deux heures ! Donc, c'était évident que pour cette personne-là qui était parent tous ces soins demandaient du temps.

Michel Wieviorka : C'est-à-dire que deux heures c'est bien quand on est parent.

Monique : Voilà ! Mais, quand on est décideur et gestionnaire, c'est autre chose. Après, effectivement, en réunion, on nous reprochait de rester trop longtemps au domicile. Cette même personne ne comprenait pas pourquoi on restait trois heures chez un enfant en fin de vie avec sa maman qui était seule. Elle ne comprenait pas pourquoi on restait trois heures !

Philippe Bataille : Ça a été dit ça ?

Monique : On lui a expliqué pourquoi on restait trois heures : la maman, le petit, la crème, la douleur, la prise de sang.

Michel Wieviorka : Et personne ne lui a dit : "Quand c'était votre enfant, pendant deux heures... !" !

Monique : Personne lui a dit "non, mais elle le savait très bien".

Mélanie : Qui oserait ?

160 Intervention sociologique n°11-12, le 03 mai 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 55-56.

Monique : Attendez, ce n'est pas pour stigmatiser quelqu'un et dire cette personne est méchante parce que je ne me permettrais pas, mais je me dis que là quand même c'est pas cohérent ! "

Ils cherchent, par cette réponse, à savoir si leurs préoccupations sont aussi partagées par les responsables de leur institution, étant donné l'influence de l'organisation qu'ils mettent en place sur leur aisance à soigner. Ces questions sur l'organisation sont pour eux légitimes à partir du moment où, « hors institution », ils rencontrent des problèmes « parasites », comme les difficultés de stationnement, les agressions sans raison apparente entraînant une perte de temps dans leur journée de travail, qui ne retiennent pas l'attention de leur hiérarchie. Ce sont aussi des interrogations sur la formation de leurs cadres aux questions de protection des personnels. L'histoire que raconte Isabelle, juste quelques minutes avant la rencontre avec le DRH de l'HAD, sur sa très récente agression, en donne l'illustration. Il s'agit d'une « banale » histoire d'agression par un homme qu'on ne soupçonnerait pas, en pleine journée dans une rue de Paris, devant des passants et des commerçants qui ne bougent pas : « Le 7 mai, dit-elle, j'étais de garde comme toujours et à 17h30 je me fais taper dessus par un type dans la rue, entre deux malades. J'avais un gros hématome sur le bras, personne ne bronche dans la rue bien sûr. Je me sens très seule, je prends mon portable et j'appelle mon secteur. Il y avait mon cadre et mon cadre supérieur qui me disent : oh là là mon Dieu mais c'est terrible, il faut absolument que tu ailles porter plainte ! J'ai dit : je vais y aller. Ensuite, elles me rappellent parce qu'entre-temps elles avaient eu la directrice de l'hôpital au téléphone mais aucune des deux ne m'a dit : on arrive, une de nous deux va venir. Je suis quand même toute seule Porte de Clignancourt, mais aucune des deux ne me demande : où en es-tu de ta tournée ? Veux-tu un coup de main ? Veux-tu qu'on appelle quelqu'un pour aller voir tes patients ? Le lendemain, je suis allée au commissariat toute seule et on ne m'en a jamais reparlé. C'est étrange comme comportement quand même ! »¹⁶¹ Mais aucun enseignement n'est tiré de cette mésaventure, y compris à plus long terme, alors même que le sentiment d'insécurité croît. Elle gardera la même tournée, le même quartier, avec la crainte de revoir son agresseur.

161 Intervention sociologique n°13-14, le 18 juin 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 17.

Ils n'entendent pas imputer à l'institution la cause de cette violence, mais interpelle sa responsabilité sur ses conséquences : les carences de l'organisation surgissent dès l'incident passé par l'indifférence dont fait preuve la direction. Or, la prise en compte des faits de violence passe par des réponses objectives et pragmatiques, comme leurs propositions de mettre à disposition une aide psychologique mobile extérieure à l'HAD qui se déplacerait à la demande dans les différents services de soins, des groupes de parole ou encore permettre plus facilement l'exercice du droit syndical. Tout ceci indique la volonté d'en finir avec un certain isolement au travail sans rompre avec le principe d'autonomie professionnelle. L'accès au téléphone portable en est la parfaite illustration. Cet appareil permet de répondre plus facilement à toutes sortes de situations, tout en renforçant l'autonomie de la décision à prendre face à un retard ou à un changement subit d'horaire. A condition, selon eux, qu'il ne devienne pas uniquement un outil supplémentaire de contrôle de leur activité dont l'usage limité (en nombre d'heures) serait non seulement le témoin mais aussi une contrainte nouvelle de leur métier. Mais, là encore, chaque soignant a dû se déplacer pour aller le chercher sur l'unité de soin de Charenton parce que l'organisation de sa distribution directement sur les lieux de leur travail s'avérait trop compliquée à mettre en place. Si bien que certains soignants, une fois sur place, ont eu la mauvaise surprise de constater qu'on les avait tout simplement oubliés dans l'attribution de ces portables et qu'ils étaient venus, parfois de loin, inutilement.¹⁶² De même, les tickets-restaurants sont aussi le signe d'un gain de temps, évitant de revenir vers le réfectoire d'un hôpital de l'Assistance Publique pour négocier son déjeuner. Pourtant, la mise en place d'un tel dispositif est loin d'être simple, comme l'explique ce directeur des ressources humaines de l'HAD: « J'ai rencontré une difficulté inattendue. Nous ne savons pas comment distribuer les tickets-restaurants ! Tout simplement parce que les règles de la comptabilité publique sont telles que seul le régisseur peut manipuler les fonds. Mais, quand nous voulons les distribuer par coursiers sur les unités de soins, à charge de les remettre aux personnes contre une signature, et bien là, les cadres nous disent : "Quelle horreur ! Nous avons appelé notre syndicat et ils nous disent qu'il faut refuser de manipuler des fonds, vous vous rendez compte notre responsabilité !" J'ai fait le calcul, si chacun des soignants vient les chercher lui-même tous les mois, ça nous coûte à peu près l'équivalent de treize

162 Intervention sociologique n°13-14, le 18 juin 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 47.

temps pleins à l'année. Et, il est évident que je préfère renoncer aux chèques-restaurant plutôt que de mettre en œuvre une telle solution ! Aujourd'hui, environ la moitié des cadres a accepté les chèques-restaurant et les ont remis à leur équipe et l'autre moitié des cadres a dit : "non, pas question, je ne les prends pas". Donc le coursier, dans ce cas-là, les a remis aux personnes présentes, mais ceux qui n'étaient pas là ne les ont pas eus. »¹⁶³ Ainsi, tous constatent que la volonté même d'améliorer l'organisation du travail provoque des problèmes internes d'organisation qui tiennent, pour une part, à la défense des positions de chacun au sein même de l'HAD.

Le thème des trente-cinq heures abordé avec ce DRH montre que la réponse des soignants s'inscrit au-delà des revendications récurrentes de moyens ; comme celles d'embaucher plus de personnels. Ils y voient une opportunité de mettre l'organisation de l'HAD au service des patients :

"Le DRH : J'ai pas le sentiment qu'on fasse du travail à la chaîne comme aux urgences !

Isabelle : Ça dépend.

Le DRH : Je le perçois pas tout à fait de cette manière-là.

Leïla : Moi, je voulais juste faire une réflexion. Je suis donc restée deux ans en HAD, avant les trente-cinq heures, il s'était passé des choses et j'ai eu l'impression qu'en HAD, chaque année, il y avait quelque chose de pondu. En pédiatrie, par exemple, quand je suis arrivée, c'était une période de sursaut, une période calme. Puis, il y a eu la mise en place de la seconde unité pédiatrique, donc il a fallu réfléchir là-dessus. Ça a été assez difficile, on a eu l'impression que c'était improvisé, il n'y a pas eu d'anticipation et on l'a ouverte comme ça, sans savoir si on avait tous les moyens de l'ouvrir et si on avait le budget. Après, il y a eu les trente-cinq heures, et leur mise en place a été très violente : j'ai encore des contacts avec les collègues, c'est dramatique ! On a fait travailler les équipes sur des projets, à savoir par rapport à la charge de travail, qu'est-ce qui conviendrait mieux ? Quel rythme ? En combien d'heures ? Est-ce que c'est 7h30 ? Est-ce que c'est 9 heures, il y a eu tout un travail, même un travail personnel pour en arriver à quoi ? À savoir la veille pour le lendemain que c'était du 7h30. Je me suis dit, heureusement que je pars parce que je n'attendais pas ça !

Le DRH : La seule chose qui me soit remontée par l'encadrement, c'est : "il faut les faire travailler en semaine de 4 jours", ce qui veut dire qu'elles auront 44 jours de RTT par an et tout ira mieux. Ça me semble très court comme raisonnement. Personnellement, j'attendrais autre chose comme niveau d'analyse.

Monique : ça sera une amorce de mieux. Tout ira pas mieux mais...

Michel Wieviorka: On parle de deux choses tellement opposées que ce n'est pas très clair. Alors, ou on veut dire : "on a envie de s'investir beaucoup dans la relation malade-famille, etc. ou si on avait plus de RTT, s'il y avait plus de congé, de temps libre pour nous alors on resterait davantage". Autrement dit, dans le premier cas, c'est un meilleur travail et dans le second, c'est plus de temps libre. Et votre réponse, c'est non pas : "je veux plus de congés parce que j'ai une vie hors du travail", mais c'est : "je veux travailler autrement" ?

Leïla : Voilà !

163 Ibidem, p. 45.

Le DRH : Les gens vont finalement travailler moins, ils vont être absents, ils vont travailler à mi-temps quasiment... !

Monique : Non !

Le DRH : Faites le compte !

Monique : 4 jours ce n'est pas un mi-temps quand même !

Le DRH : Mais, attendez, 40 jours plus les 25 jours de congés annuels, etc. on commence à se rapprocher du mi-temps. Donc, ils vont travailler moins ? Ce n'est pas faux de dire ça mathématiquement et de dire qu'ils vont donc être davantage présents auprès des malades ? Là, j'avoue que le raisonnement est un peu elliptique pour moi.

Monique : Ça permettra une continuité de soin !

Le DRH : Je vais être absent plus souvent et j'assurerai mieux la continuité des soins ? !

Monique : Non, dans la journée, c'est la continuité de soin dans la journée, sur le temps de travail d'une journée.

Le DRH : Ah, parce que l'amplitude horaire est plus grande ?

Monique : Voilà, c'est par rapport à l'amplitude horaire !

Le DRH : On est prêt à faire une expérience en réalité...

Leïla : Et bien j'aurais bien aimé la vivre cette expérience.

Le DRH : Le retour est toujours possible...On va voir ce que ça donne. Je suis un peu curieux de ce que ça va réellement produire."¹⁶⁴

Le second type de réponses concerne les conséquences que ces problèmes d'organisation de l'HAD impliquent dans leur priorité de prendre en charge un patient et dans la nécessité qu'ils ont de développer plus qu'ailleurs une relation avec le malade. Or, ils imputent à leurs conditions de travail les difficultés qu'ils ont au domicile du patient.

Ils constatent que nombre de choix faits par la direction vont à l'inverse de l'efficacité de leur mission. Les tensions avec le malade et sa famille, qui prennent la forme d'insultes, de plaintes et de critiques que ces derniers ne manquent pas de faire, sont courantes et nombreuses. Leurs sources sont diverses : porte close par absence du patient fatigué d'attendre, histoires de famille dont ils ne savent que faire, racisme de certains sans savoir quelle attitude adoptera leur cadre ou la direction vis-à-vis de ce malade, refus de soin d'un patient qui ne veut pas ou n'a plus de matériel de soin au moment même de sa réalisation, le peu de temps pour établir une relation de confiance, changements de patients du jour au lendemain, difficulté de prévoir une plage horaire de soin, etc.. Ils s'interrogent alors sur l'efficacité logistique de leur structure garante de la bonne exécution des soins, mais aussi sur ses critères d'admissions d'un malade et les règles qu'impliquent l'entrée en HAD.

164 Ibidem, p. 64-69.

Cette réponse est ambivalente. Ils veulent à la fois plus de contrôle et plus d'autonomie. Plus de contrôle sur les règles de fonctionnement avec le malade qui représente pour eux une forme de protection au domicile comme par exemple vis-à-vis du racisme. Isabelle se demande : « Est-ce que c'est bien clair pour les cadres quand ils sont recrutés, que quand on est victime de racisme, ils doivent virer le malade. Est-ce que se sont des choses bien définies ? »¹⁶⁵. C'est avoir des consignes claires vis-à-vis d'un patient qui refuse un soin ou un matériel de soin tel qu'un lit médicalisé qui permet pourtant au soignant de travailler dans de bonnes conditions, en toute sécurité pour son intégrité personnelle et professionnelle. Plus d'autonomie, pour adapter leur acte de soin au contexte du domicile en s'y rendant à une heure adaptée :

"Isabelle : Le but, au départ, c'est quand même de bien soigner les gens. C'est pour ça qu'on était venu. Alors quand vous arrivez morte de trouille dans une cité et que vous vous dites : "de toutes façons tout le monde s'en fout", eh bien on n'est pas très disponible pour le soin du patient. Et puis comment je vais ressortir de là ? Est-ce qu'il va faire nuit quand je vais ressortir ? Et vous êtes là à regarder l'heure et à calculer, il faut que j'aille chez monsieur machin maintenant parce qu'après il y a les toxicomanes. Moi, il y a plein de gens chez qui je vais, par exemple, à 16h30 parce que je sais qu'il y a un flic dans la rue parce qu'il fait traverser les enfants en sortant de l'école. Je n'y vais qu'à 16h30 et s'il n'est pas chez lui, il ne me revoit pas. Ça devient quand même un peu un problème. On ne doit pas être là à slalomer dans les rues, ce n'est pas possible.

Christian : Et ce n'est pas compliqué à gérer parce que ça veut dire pouvoir travailler à deux sans qu'on te fasse les gros yeux, ça veut dire pouvoir aller voir ce gars là à 16h30 parce que c'est à cette heure-là qu'il y a un flic, ça veut dire un coup de fil de ton cadre simplement pour prévenir les gens que tu vas venir un petit peu plus tôt que l'heure qu'ils souhaitent, qu'on aimerait bien leur rendre service mais on ne peut pas le faire là. C'est ce genre de petites choses qui permettait de dégager des marges de manœuvre et qu'on ne peut pas faire ou qu'on fait de moins en moins. On a ce problème-là pour la violence mais on l'a pour d'autres problèmes concernant les malades. Chaque fois qu'on se trouve devant un problème, on a de moins en moins de solutions à la disposition de la personne concernée. C'est quelqu'un d'au-dessus n'ayant pas forcément le nez dans le travail qui décide. »¹⁶⁶

C'est aussi le sens de leur revendication de pouvoir décider, eux-mêmes, au moment opportun, d'aller à deux chez un patient parce qu'à certaines heures et dans certains quartiers, cela sécurise les soignants : « Ce n'est quand même pas aux cadres, dit Isabelle, de dire que chez ce monsieur on veut y aller à deux. Elles ne vont pas chez les patients, ne vont pas dans ces rues-là, elles ne connaissent pas. Ça nous appartient et c'est sans appel, parce qu'on a peur. Ça ne s'explique même pas, on n'a pas à donner plus de raisons. On est quand même grandes ! On nous confie des

165 Ibidem, p. 37.

166 Ibidem, p. 27-28.

soins durs à faire, et à côté de ça, on ne peut pas dire qu'on a besoin d'aller à deux chez un malade alors qu'on nous laisse faire des chimiothérapies toute la journée, c'est quand même surréaliste ! »¹⁶⁷ D'autant, ajoute-t-elle que « l'équipe de nuit, à partir de 21 heures se déplace systématiquement à deux, mais nous, à 20 heures, il faudrait que l'on y aille toute seule, c'est délirant ! »¹⁶⁸

Ils insistent sur le fait que les choix fondés sur des contraintes économiques et financières imposent un mode d'organisation rationnel et flexible. Ils estiment que l'institution part de ses règles bureaucratiques, de ses exigences budgétaires et comptables, au lieu, au contraire, de partir de la personne soignée, de ses contraintes et besoins socio-médicaux. Ils ont le sentiment qu'à l'inverse de leurs efforts de personnalisation de la relation de soin, leur institution cherche à la neutraliser par ces mêmes contraintes. Jacqueline rappelle qu'il est impensable de vouloir tout rapporter à des chiffres : « On a l'impression que tout doit être codifié, mais on ne peut pas. Le fait qu'un pansement soit douloureux : vous allez codifier quoi ? Tout le soin n'est pas codifiable. Pourtant, il faut rentrer tous les gestes dans des cases de leur tableau, et c'est complètement faussé car, par exemple, un petit pansement mais très douloureux, on peut y passer 1/2 heure alors qu'un grand pansement qui n'est pas douloureux on va y passer peut-être ¼ d'heure. » Et Isabelle de conclure « on s'éloigne de plus en plus du patient ! Est-ce qu'on a une case en plus pour l'écoute ? »¹⁶⁹

Leur connaissance des patients est aujourd'hui d'autant plus difficile à assumer que les données contextuelles sont en constantes mutations, socialement mais aussi culturellement. Les patients, dont certains de cultures différentes, sont confrontés, pas tous mais beaucoup, de plus en plus à la précarité, à l'exclusion et à la misère. Allant au domicile, ils sont davantage soumis que l'hôpital à ces paramètres. Ces malades sont, pour les soignants, d'autant plus difficiles à prendre en charge que ces derniers ont eux-mêmes le sentiment « d'être les pauvres de l'hôpital public. »¹⁷⁰

167 Intervention sociologique n°13-14, le 18 juin 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 17.

168 Ibidem, p. 3.

169 Intervention sociologique n°11-12, le 03 mai 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 48.

170 Ibidem, p. 44.

La tension qui existe entre ces deux premiers types de réponses est parfaitement décrite par Leïla¹⁷¹ : « J'avais l'impression de ramer, j'avais des heures supplémentaires, j'essayais de m'organiser, de faire au mieux et d'arriver à une certaine satisfaction avec les familles que j'avais l'impression de prendre en otage parce que d'un côté il fallait qu'on ait vu au minimum trois enfants par jour alors que je passais les 2/3 de mon temps en voiture et qu'on me disait : "là il aurait fallu que tu en voies un quatrième" et je rentrais à 15 heures avec tout le reste du travail à faire ! J'en suis arrivée à noter minute par minute ce que je faisais, quand je montais dans la voiture, j'avais un carnet, pour vous dire ! Mais où j'aurais pu trouver du temps pour en faire plus ? J'avais vraiment l'impression de donner tout ce que je pouvais là et d'entendre dire que je ne répondais pas aux objectifs de la direction alors là je pense que ma décision de partir elle est venue de là. La déception aussi que j'ai eue à l'ouverture de la seconde unité, on nous avait dit qu'au niveau du trajet en voiture, on allait être beaucoup plus limité parce que je faisais quand même 80 km par jour avec un secteur quand même assez étendu : je passais les 2/3 de mon temps en voiture. Donc je me suis dit : j'ai fait deux ans d'HAD très riches mais là je ne pouvais pas donner plus. »¹⁷²

La reconnaissance de l'activité des soignants devient ainsi la clé de voûte sur laquelle repose l'équilibre des logiques d'organisation et du principe d'action de l'activité soignante. L'acte soignant devient le moment où se réalise cet équilibre. S'il est bien organisé, donc si le soignant dispose du temps nécessaire, tant pour se déplacer que pour soigner, par exemple en ayant librement organisé son déplacement, alors il est source de satisfaction. Plus il provoque de frustration, plus monte la plainte de la violence et de l'insécurité. Cela ne retire évidemment rien à la dégradation des ambiances urbaines avec l'augmentation des risques réels d'agressions, mais permet d'y répondre en valorisant plus encore le métier, seul rempart à ce sentiment d'insécurité. De cette confrontation, ils déterminent leur troisième type de réponse.

Celui-ci est différent des deux premiers, d'une part, parce qu'il permet de rétablir le lien entre les deux premiers types de réponses, et d'autre part, parce qu'il représente

171 Elle quittera l'HAD un peu avant la fin de la recherche mais continuera à y participer.

172 Intervention sociologique n°13-14, le 18 juin 2002 à la Pitié-Salpêtrière, p. 31.

la conflictualisation même de la problématique de l'HAD, bien plus qu'une réponse descriptive de son conflit latent et interne. Il concerne la gestion du mode des relations internes entre le personnel de l'HAD, soignants, cadres, direction. Le groupe accepte là l'enjeu central de la recherche, et revient sur différents points éclairant tantôt l'institution, tantôt les soignants, sur leurs positions et réalités respectives.

Concernant la reconnaissance par l'institution des actes d'agression quels qu'ils soient, on signale un progrès : la direction a récemment mis en place par écrit un dispositif juridique systématique qui va dans le sens des besoins des soignants. Cet écrit a par exemple permis à une assistante sociale agressée sans atteinte physique de déclarer son accident en "AT bénin." Elle a donc pu rencontrer le médecin du travail puis la psychologue HAD pour un debriefing de la situation, et surtout l'assumer face à ses cadres qui étaient, selon elle, quelque peu moqueuses, car il s'agissait d'une agression verbale, et plus préoccupées par un éventuel « arrêt de maladie. » Ces cadres n'oublient-elles pas alors qu'il est aussi de leur responsabilité d'assurer la protection de leur personnel ? La force de la procédure administrative interne à l'HAD le leur rappelle désormais systématiquement. Même si le dispositif est avant tout juridique, il lève le « tabou » qui pèse sur ces situations. Il est une avancée sur le chemin de la reconnaissance dont a besoin toute victime et il indique le principe indissociable à cette reconnaissance d'une volonté politique de traiter le phénomène. Les trois niveaux de reconnaissance, psychologique, juridique et humain, sont rassemblés.

Désormais, par l'impulsion du DRH de l'HAD, en cas d'agression, un soignant peut faire appel au dispositif mis en place. Cependant, cette offre d'aide psychologique est peu connue malgré plusieurs notes de service de ce DRH, à l'instar de cette infirmière qui dit en avoir appris l'existence par l'équipe de sociologues du CADIS. Néanmoins, ce volet procédurier n'est pas sans effets et montre l'importance d'une organisation protectrice pour les soignants. En témoigne cet échange entre les soignants et le DRH de l'HAD :

"Myriam : Déjà, depuis le courrier que vous avez envoyé sur les agressions subies et la procédure à suivre, il y a eu de l'amélioration parce que moi, depuis mon agression (non physique) avec un malade on m'a dit : « Oui effectivement comme le courrier et la procédure le disent, vous avez eu raison de faire votre déclaration d'AT bénin et de qualifier les faits, de les écrire. »

Le DRH : Je vois bien que je n'ai résolu que l'aspect juridique des choses.

Myriam : Non, mais ça a fait bouger les choses, le fait que vous ayez envoyé ce courrier !

Isabelle : Parce que comme ce sujet semble très tabou, c'est bien d'agir sur les secteurs aussi parce que ce n'est pas un sujet dont les gens parlent...

Le DRH : ...facilement.

Isabelle : On peut en parler entre nous mais les cadres ne renchérissent pas là-dessus.

Ils ont l'alarme du cadran horaire. Tout de suite, il faut passer à autre chose. Je pense qu'elles sont peut-être elles aussi un peu désemparées face à cela.

Myriam : Elles sont trop déconnectées du secteur, de notre réalité.

Isabelle : Oui et puis elles veulent pas se mettre en faute par rapport à la direction en fonction de la procédure. Donc, il faut tout de suite prévenir la direction !

Le DRH : C'est vrai que c'est le sens de ce qu'on a écrit dans cette note de service.¹⁷³

Mais on signale aussi que cette prise en charge juridique ne règle pas tous les problèmes, et, par exemple, ne résoud en rien celui de l'accroissement du *turn over* des soignants. Le groupe d'intervention sociologique a été le témoin de cette volonté de départ, pour certains à contrecœur : trois personnes sont parties de l'HAD et trois cherchent à partir ; soit la moitié du groupe ! La direction en a récemment pris conscience au point que ce DRH réalise des entretiens de départ qui l'aident à comprendre les raisons de cette accélération. Un même couplet d'incohérence des attentes apparaît alors : « D'un côté, dit ce DRH, il est attendu que l'institution soit plus présente sur certaines choses, et de l'autre, qu'elle vous laisse dans le travail avoir plus d'autonomie, une hiérarchie moins pesante. »¹⁷⁴ Pourtant, les soignants qui quittent l'HAD à cause de son organisation se dirigent vers une activité libérale ou retournent dans un hôpital, à moins qu'ils ne rejoignent Santé Service avec des cadences de travail plus élevées. La réponse des soignants est nette : « Quand vous faites du libéral et qu'il arrive des problèmes, vous êtes tout seul, mais vous savez pourquoi. Alors que nous, on n'est pas censé être tout seul. Quand on veut nous emmerder, on n'est jamais tout seul ! Laisser l'autonomie aux gens, ce n'est pas leur mettre la pression. »¹⁷⁵

La dénonciation du principe du « parapluie juridique » met à l'index la manière dont les cadres se protègent de la direction en laissant seuls les soignants au moment où ils rencontrent des difficultés. Du point de vue des soignants, cela fige leur capacité d'action dans l'organisation. L'indifférence est d'autant plus violente à vivre que les patients se montrent attentifs au sort de leur soignant : « J'avais, dit Isabelle, qui

173 Ibidem, p. 25-26.

174 Ibidem, p. 15.

175 Ibidem, p. 16.

racontait son agression un peu avant, les jambes qui clignotaient. Aussi ai-je dit au patient que je venais de me faire frapper dans la rue. Je lui ai demandé d'attendre un petit peu car je ne pouvais pas lui poser sa perfusion. »¹⁷⁶ Ce patient "évidemment" s'attendait même à voir venir un collègue ou alors une surveillante de l'HAD. Apprenant qu'il n'en est rien, il est d'abord fort surpris : « Mais après ce qu'il vous est arrivé, fallait rentrer chez vous ! »¹⁷⁷ Puis ce patient la prend en charge en lui offrant une boisson. Il existe bien d'autres problématiques avec plusieurs solutions émises par les soignants. Elles concernent toujours la manière d'organiser le travail en utilisant par exemple la voie syndicale. Cette voie est d'ailleurs un intermédiaire important pour la direction qui tient à rester proche de ses employés. Cela suppose malgré tout que le principe de l'exercice du droit syndical soit respecté, ce qui prête à sourire parmi le monde soignant.

La question de l'organisation du travail est aussi centrale parce qu'elle touche à la gestion de leur liberté au travail qui fait partie intégrante du métier et de ses responsabilités. L'institution est incomprise lorsqu'elle laisse l'entière responsabilité du soin aux soignants mais leur enlève tout pouvoir de décision pour les organiser. La revendication d'aller, parfois, à deux chez un patient renforce l'hypothèse que le point d'équilibre entre les deux logiques tient pour beaucoup aux relations entre la direction, les cadres et les soignants. « L'idée d'aller à deux ne nous avait jamais été remontée dit, le DRH de l'HAD. La décision a été prise, bien avant que j'arrive en HAD, pour vos collègues de nuit qui se déplacent systématiquement à deux. »¹⁷⁸ La difficulté pour cette institution rejoint les préoccupations des soignants. Le DRH de l'HAD reconnaît qu'il est difficile de « poser une règle absolue là où les situations sont différentes. »¹⁷⁹ Les bonnes solutions, poursuit-il, sont à trouver au niveau local, ce qui peut se réaliser à partir du moment où la confiance que réclame Isabelle existe entre la direction, ses cadres et ses soignants : « Aller à deux au domicile du patient ne fait pas perdre du temps. Il faut nous faire confiance ! »¹⁸⁰ Cela suppose aussi d'apporter un soutien aux cadres qui se montrent attentifs à leur personnel, et de sanctionner ceux qui les négligent.

176 Ibidem, p. 24.

177 Ibidem, p. 24.

178 Ibidem, p. 20.

179 Ibidem, p. 19.

180 Ibidem, p. 19.

Mais tout ne peut pas être, pour les soignants, réglé par la procédure. La proximité entre les membres du personnel de l'HAD est essentielle pour que les uns et les autres se sentent concernés par la mission de l'HAD. Rien d'étonnant alors que soient bien accueillies les directives de ce DRH afin que chaque soignant puisse obtenir, avec lui, un rendez-vous dans les quinze jours. Monique le répète : « Ce n'est pas qu'un fonctionnement, ce ne sont pas que des procédures, ce sont des relations avec des êtres humains. »¹⁸¹ Pour Isabelle, il en va de la « crédibilité » des compétences de chacun. La discussion entre les soignants et les chercheurs se fige un moment sur l'absence, voulue, des cadres dans le groupe d'intervention. Cette volonté de les rencontrer témoigne qu'il y a, en HAD, un problème de communication interne avec les hiérarchiques, d'où la difficulté de résoudre les nombreux dysfonctionnements de l'HAD. L'ambivalence des rapports entre les personnels indique la nécessité pour chacun d'être reconnu comme personne singulière, compétente et autonome, et de bénéficier d'une solidarité collective des membres de l'institution. Pour cela, le sentiment de suspicion qui règne en HAD doit disparaître : Isabelle reprend sa demande jusque-là refusée, de pouvoir décider d'aller à deux chez un patient suite à son agression dans son quartier : « Il faut que les cadres soient solidaires, sans se poser de questions, c'est-à-dire sans se dire : "est-ce qu'elle n'est pas en train d'essayer de me rouler ?" »

Sans cette solidarité collective, soignants, cadres et direction resteront dans des relations enfermées dans un « paradoxe », pour reprendre le terme de Monique, synonyme d'impasse et symbolisé par la distance respectueuse qu'ils entretiennent avec le terrain, c'est-à-dire avec le patient. Pour elle, il représente davantage la situation actuelle qui place les soignants dans l'impossibilité de faire leur métier et d'agir pour en modifier favorablement les conditions d'exercice. Accepter l'ambivalence des rapports humains comme étant présente au cœur de ce métier, permet de toujours entr'apercevoir « une solution, une voie possible, un compromis envisageable » pour permettre à l'HAD de retrouver l'équilibre de son activité ; de l'institution au domicile, en passant par la ville.

181 Ibidem, p. 47.

R E F E R E N C E S B I B L I O G R A P H I Q U E S

- AP-HP, Lettre D'information de l'Hospitalisation à Domicile, Les Brèves, n°43, Paris, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Paris, juin 2001.
- AP-HP, Lettre D'information de l'Hospitalisation à Domicile, Les Brèves, n°45, Paris, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Paris, décembre 2001.
- FNEHAD (Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile), Compte-rendu de l'Assemblée Générale annuelle de la FNEHAD du 21 juin 2001 en Avignon, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Paris, 2001.
- Hospitalisation A Domicile, HAD Mode d'emploi, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Paris, 2001.
- Hospitalisation A Domicile, plaquette interne de présentation de l'HAD, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Paris, Novembre 2001.
- Hospitalisation A Domicile, Les attentes des patients, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Paris, 1997.
- Hospitalisation A Domicile, Proposition de formation-action, Approche préventive - Situation de violence, document interne de l'HAD, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Paris, juillet 2001.
- Hospitalisation A Domicile, Rapport d'activité 1999 - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Paris, 1999.
- Hospitalisation A Domicile, Rapport d'activité 2000 - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Paris, 2000.
- Hospitalisation A Domicile, Les 40 ans de l'HAD, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Paris, 1997.
- IGAS, « Rapport sur les violences subies au travail par les professionnels de santé », Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, octobre 2001.
- Jacques Lebras, Les médecins dans le piège des quartiers, Le Nouvel Observateur n°1952, Paris, avril 2002.