

## Le travail des soignants en milieu hospitalier. Pistes bibliographiques

Cette bibliographie a été réalisée par le Centre de documentation sur la formation et le travail du Cnam en avril 2020. Conçue pour fournir des pistes de lecture en période de confinement et de fermeture des bibliothèques publiques, elle ne se veut bien évidemment pas exhaustive. Les travaux référencés ci-dessous permettent d'éclairer l'actualité de l'institution hospitalière et de ses personnels, à travers des analyses en sociologie, psychologie et en sciences de l'éducation et de la formation. Signalés pour la plupart dans la base documentaire du Centre ou accessibles à partir de la plateforme de recherche Isidore, ils abordent différents aspects de cette thématique : conditions de travail, politique publique de santé, mais aussi développement professionnel et formation des personnels soignants. Sauf mention spécifique, les résumés reproduits sont ceux des éditeurs.

### Politiques de santé, conditions de travail et mutations du travail hospitalier

- 2020 – Avril Christelle, Ramos Vacca Irene. Se salir les mains pour les autres. Métiers de femme et division morale du travail. *Travail, genre et sociétés*, n° 43. <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2020-1-page-85.htm>**

Qu'est-ce qu'un « métier de femme » ? Cet article permet d'enrichir la réponse féministe à cette question à partir d'un angle négligé de l'approche du sale boulot d'Everett Hughes, celui concernant les rôles dans la division morale du travail. À partir de trois enquêtes, l'une sur les aides à domicile, la deuxième sur les aides-soignantes et infirmières en pédiatrie et la troisième sur les secrétaires hospitalières, il montre qu'un « métier de femme » se définit moins par la licence spécifique de faire certaines tâches que par le fait de faire ce qu'il reste à faire. Si les femmes peuvent vivre cette délégation positivement lorsqu'il s'agit d'endosser de « bons rôles », cela est moins vrai lorsqu'elles doivent se salir les mains pour les autres. Elles assument en effet de « mauvais rôles » en déchargeant les catégories supérieures des tâches peu morales et voire immorales. Cet article contribue à saisir les liens entre division sexuelle des rôles et construction des positions de pouvoir et de prestige.

- 2020 – Holcman Robert. Le paradoxe hospitalier français : trop d'hôpitaux tuent l'hôpital. *Le Débat*, n° 209. <https://doi.org/10.3917/deba.209.0037>**

Le manque de moyens des hôpitaux est un lieu commun abondamment décrit et complaisamment rapporté par les médias d'information. Les organisations professionnelles s'insurgent contre le rationnement budgétaire imposé aux établissements de santé, les représentants du personnel dénoncent l'absence criante de ressources. À lire articles, points de vue, lettres ouvertes, à écouter les prises de position multiples sur le sujet, on pourrait imaginer un système hospitalier français médiocrement financé, sous-équipé, amputé année après année d'une partie de ses personnels et de ses moyens – en somme, en voie de paupérisation... [premières lignes].

- 2020 – Vincent Fanny. La règle et la gestion. Contextes et usages de la dérogation des 12 heures de travail à l'hôpital public. Communication au colloque « La dérogation, le droit et le travail (XIXe-XXIe siècle) ». *Cahiers du Comité d'histoire*, Chatefp. <https://doi.org/10.3917/deba.209.0037>**

L'hôpital public entretient un rapport complexe au temps de travail, oscillant, d'un point de vue historique, entre avancées et retours en arrière. Si la réduction de la durée du travail a toujours été présentée comme un progrès pour les salariés et tout particulièrement pour les soignantes, à l'instar de l'ensemble du monde laborieux, le maintien d'horaires de travail à rallonge, voire l'extension des horaires, constitue un invariant historique. Dernière grande réforme de

réduction du temps de travail en date, les 35 heures (lois de 1998 et 2000) manifestent ce paradoxe [premières lignes].

- 2019 – Benallah Samia, Domin Jean-Paul. Réforme de l'hôpital : quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?** *La Revue de l'Ires*, n° 91-92. <http://www.ires.fr/index.php/publications-de-l-ires/item/5584-reforme-de-l-hopital-quels-enjeux-en-termes-de-travail-et-de-sante-des-personnels>

Ce travail interroge les changements organisationnels qui se sont imposés au secteur hospitalier depuis le début des années 1990 et ce qu'ils sont susceptibles de produire sur le travail et la santé des personnels du secteur. Pour cela, nous étudions la logique des réformes menées sur la période (transformation du mode de financement des établissements, développement des procédures d'accréditation). Nous montrons que celles-ci sont mises en place dans un double objectif d'accroissement de la productivité du travail et d'amélioration de la qualité des soins et qu'elles s'imposent dans un environnement de travail déjà très contraint. À partir des trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail, nous analysons ensuite la manière dont ces réformes semblent se traduire sur les contraintes de rythme imposées aux travailleurs du secteur et les conflits de valeur auxquelles ces contraintes sont associées.

- 2019 – Castiel Didier, Bréchat Pierre-Henri. La qualité des soins, un nouvel outil de régulation de l'hôpital sous contrainte budgétaire ? Un modèle pourtant proposé par Feldstein dès 1977.** *Marché et organisations*, n° 36. <https://doi.org/10.3917/maorg.036.0205>

Le métier de directeur d'hôpital en France prend peu en compte le modèle de Feldstein publié en 1977. Alors que ce modèle a depuis favorisé le développement de l'efficacité des soins, des organisations et des systèmes de soins et de santé aux États-Unis, en France la qualité semble être reléguée bien après la réduction des coûts. L'hôpital y est resté une entreprise comme une autre, dont l'objectif est de maximiser son profit alors qu'ailleurs il participe à la production de santé en intégrant la qualité dans le financement des soins hospitaliers, la qualité étant alors considérée comme un investissement avec un retour sur investissement. La prise en compte des travaux fondamentaux de Feldstein peut et doit permettre à la France de rattraper son retard conceptuel en la matière, afin de mieux prendre en compte la contrainte budgétaire qui pèse et pèsera de plus en plus sur le financement de l'hôpital. La prise en compte de la qualité des soins apparaît alors comme une réponse adaptée à la lutte contre les ressources rares dans le système de soins, en particulier sur le marché de la médecine hospitalière. L'hôpital entreprise français évolue peu, alors que les modèles depuis 42 ans font aujourd'hui partie d'un système de santé et d'assurance maladie et participent avec de plus en plus de réussite, à l'amélioration de l'état de santé de la population, à l'accroissement de la qualité des soins à un coût acceptable (comme le propose le Triple Aim).

- 2019 – Juven Pierre-André. L'hôpital public : par pertes et profits.** *Mouvements*, n° 98. <https://doi.org/10.3917/mouv.098.0013>

L'hôpital public va mal. Même la ministre de la Santé Agnès Buzyn en convient, elle qui déclarait : « L'hôpital entreprise, c'est fini » en annonçant à la fin 2017 la mise en place de la commission Aubert, chargée de faire des propositions. P.-A. Juven revient ici sur la place qu'a prise l'hôpital dans le système de santé français. À l'encontre des pourfendeurs de l'hospitalo-centrisme, ne voyant dans la crise que la conséquence d'une accumulation de tâches et de moyens qui lui sont dévoués, il rappelle que les nouveaux modes de gestion et de financement l'ont progressivement étouffé. Mais il plaide aussi pour une critique qui n'oublie pas que s'il faut effectivement débloquer des moyens publics pour résorber la dette, financer les centres de santé et les structures de proximité, et revaloriser les salaires les plus bas à l'hôpital, il est tout aussi urgent de réfléchir à la façon dont on y travaille, et pour répondre à quels besoins.

**2019** – Juven Pierre-André, Pierru Frédéric, Vincent Fanny. **La Casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public.** Paris : Raisons d'agir, 2019.  
<http://www.raisonsdagir-editions.org/catalogue/la-casse-du-siecle/>

Les couloirs transformés en hébergements de fortune, des personnels de santé au bord de la crise de nerfs, des mobilisations récurrentes, l'hôpital public est mis à rude épreuve. Ce livre propose une analyse des politiques hospitalières successives qui ont abouti à la crise actuelle. Une véritable casse de ce service public est engagée par des réformateurs adeptes de l'acculturation de l'univers médical à des logiques managériales qui contredisent son bon fonctionnement. À l'encontre de toute évidence, les défenseurs d'une réorganisation du travail continuent de promouvoir à la fois des indicateurs de rentabilité ineptes et une vision techniciste de la médecine qui prétend substituer l'innovation aux relations humaines. Alors que la montée de la précarité et des souffrances sociales née de décennies de politiques néolibérales conduit une part croissante de la population à trouver refuge dans des services hospitaliers sous tension, l'hôpital se trouve devoir résister aussi bien aux manquements de la médecine de ville qu'à la concurrence de cliniques privées largement dispensées des obligations de service public. À l'heure où les mobilisations pour le défendre s'intensifient, un débat s'impose sur les missions de l'hôpital et les moyens qui lui sont accordés.

**2019** – Michel Philippe. « **Le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient, au bon coût.** » **Entretien.** *Revue française des affaires sociales*, n° 3.  
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-3-page-135.htm>

La pertinence des soins est au cœur des débats depuis l'arrivée d'Agnès Buzyn au ministère de la Santé. Elle définit en effet la pertinence comme « le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient ». Il s'agit même du premier « chantier » inscrit dans la Stratégie de transformation du système de santé (STSS). [premières lignes]

**2019** – Monjaret Anne. « **On vit avec les rats** » : **expériences ouvrières des dessous de l'hôpital.** *Communications*, n° 105.  
<https://doi.org/10.3917/commu.105.0107>

À partir d'une enquête ethnographique menée au tournant des années 2000 dans les services techniques d'hôpitaux parisiens aujourd'hui fermés, l'article revient sur les expériences ouvrières des sous-sols, appelés aussi « galeries », qui avaient pour but de relier les différents bâtiments pavillonnaires, supportaient tous les réseaux techniques et abritaient les ateliers. Le monde du dessous, des rats, sombre et sale, est le leur, se distinguant de celui du dessus, rattaché aux « blouses blanches », au soin et à l'hygiène. De cette situation, résulte une relégation spatiale et sociale de ces personnels de laquelle ils aspirent à s'affranchir.

**2019** – Morel Sylvie. **Inégalités et discriminations dans l'accès aux soins d'urgence en France : ethnographie de trois structures sanitaires et de leurs publics.** *Social Science & Médecine*, n° 232, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02340043>

Dans l'imaginaire social, l'urgence dite « médicale » n'attend pas car il semble évident, pour tout un chacun, que « sauver des vies » ne se discute pas. Dans le cadre d'un tel consensus social, interroger l'accès aux soins d'urgence au prisme de la discrimination et des inégalités sociales relève de l'impensable. Or ces représentations sociales de l'urgence ne résistent pas à l'enquête ethnographique. Une plongée de plusieurs années dans les coulisses de ce monde révèle en effet qu'il existe, en matière d'urgence, en France, des pratiques de sélection sociale. Plus précisément, cette étude montre que les intérêts médicaux et ceux des établissements de soins qu'ils soient public ou privé, conduisent à produire des filières d'accès aux soins d'urgence socialement différenciées : une filière composée des cliniques privées à but lucratif ; une seconde constituée d'hôpitaux publics ; une troisième filière de « contournement » des services d'urgences ; une dernière enfin, réunissant les structures d'assistance socio-sanitaires. Dans cet article, on souhaite revenir sur les mécanismes concrets de sélection des patients et montrer

comment l'organisation des soins d'urgence en France participe à reproduire voire aggraver les inégalités de santé et d'accès aux soins.

**2019 – Rivière Audrey. Tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé à l'hôpital public : l'effet modérateur des stratégies d'ajustement.**

*Revue française de gestion*, n° 282. <https://doi.org/10.3166/rfg.2019.00351>

Les acteurs du soin des établissements hospitaliers doivent répondre aux principes du service public avec des logiques économiques de performance. Cette recherche s'intéresse aux stratégies d'ajustement utilisées face aux tensions de rôle et au stress professionnel des cadres de santé dont le rôle évolue. Les résultats d'une enquête menée auprès de 445 cadres de santé montrent plusieurs formes de tensions de rôle qui favorisent le stress. L'étude révèle également des stratégies d'ajustement, qui tantôt favorisent, tantôt atténuent le stress généré par ces tensions de rôle.

**2019 – Spinhirny Frédéric. L'hôpital débordé : plus vite, moins haut, moins fort.**

*Revue du Mauss*, n° 53. <https://doi.org/10.3917/rdm.053.0427>

Nous entendons régulièrement que les choses vont plus vite à l'hôpital, qu'on n'a plus le temps de rien faire. Le temps nous manque, certes, mais d'où vient ce sentiment paradoxal : tout s'accélère mais rien n'avance ? Certaines études démontrent que les organisations de travail souffrent de mauvaises pratiques managériales et que, plus que les conditions matérielles concrètes des agents, ce sont elles qui nuisent à la qualité de vie au travail. Notre réflexion a pour ambition de mettre en avant le phénomène d'accélération sociale comme étant le cœur des problématiques de souffrance au travail, de perte de sens et de manque d'adhésion au collectif.

**2018 – Achmet Véronique, Commeiras Nathalie. Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public : quelles conséquences ?**

*Gestion 2000*, vol. 35, n° 6. <https://doi.org/10.3917/g2000.356.0119>

Véritable fléau au sein des hôpitaux publics, l'absentéisme et plus particulièrement sa gestion sont peu étudiés par les chercheurs. L'objectif de la recherche est d'identifier les modalités de gestion de l'absentéisme du personnel soignant mises en œuvre par les cadres de santé dans un contexte de restrictions budgétaires et d'analyser leurs conséquences. Vingt-six entretiens semi-directifs ont été conduits selon une approche multi-acteur dans quatre établissements hospitaliers publics. Les résultats révèlent que les cadres de santé gèrent l'absentéisme par des modalités internes, incidences des « coupes » budgétaires. Cette gestion se fait pour l'essentiel par le rappel des agents en repos, l'ajustement des plannings ou la mobilité interservices, provoquant un sentiment de culpabilité chez le cadre de santé et conduisant à un présentéisme chez le personnel infirmier, tout en renforçant la cohésion au sein de l'équipe des soignants et l'émergence de projets d'équipe entre services.

**2018 – Bernardini-Perinciolo Johan, Bertolucci Marius. Quand la sur-rationalité provoque la sous-rationalité : l'Hôpital public ou le lieu de la confrontation entre les logiques institutionnelles médico-soignante et économique-managériale.**

*Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, vol. 24, n° 58.

<https://doi.org/10.3917/rips1.058.0091>

Notre article questionne les effets de la managérialisation de l'Hôpital public par le prisme des logiques institutionnelles. À partir de l'étude d'un hôpital, menée sur la base de 31 entretiens, d'observations participantes et d'analyses de rapports internes et externes, nous mettons en avant une situation d'hybridité non-maîtrisée dans laquelle, la présence de deux logiques institutionnelles concurrentes crée des tensions entre les différents groupes d'acteurs et, finalement, des difficultés managériales. En effet, les personnels de direction, guidés par des

valeurs et pratiques (i.e. logique institutionnelle) économique-managériales, tendent à limiter la logique institutionnelle médico-soignante portée par les professionnels de santé. Nous montrons que cette opposition, au profit de la logique économique-managériale, produit des contre-finalités : la sur-rationalité d'un groupe entraîne la sous-rationalités d'un autre.

**2018 – Bertillot Hugo. Mesurer la qualité pour rationaliser l'hôpital : la genèse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en France. *Informations sociales*, n° 198. <https://doi.org/10.3917/inso.198.0038>**

Ces dernières décennies, le secteur hospitalier français a fait l'objet de nombreuses réformes, avec l'ambition affichée de rationaliser son fonctionnement. Parmi ces réformes, le déploiement de nouveaux instruments de tarification à l'activité (T2A) fait l'objet de toutes les attentions et de toutes les critiques. Pourtant, dans l'ombre de ces réformes à forte visibilité se joue, depuis la fin des années 1990, un autre mouvement majeur, opérant à bas bruit autour du déploiement d'instruments d'évaluation de la qualité des soins. En retraçant la genèse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins déployés dans le secteur hospitalier depuis le milieu des années 2000, cet article montre comment la qualité peut être utilisée comme une modalité douce de rationalisation.

**2018 – Daidj Nabyla (coord.), Pascal Christophe (coord.). L'industrialisation de la santé. *Management et avenir santé*, n° 3. <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-sante-2018-1.htm>**

La figure de « l'usine à soins » habite ces dernières années les débats sur la transformation de l'hôpital. Avivée par les tensions économiques et sociales que connaissent les établissements, et étayée par les contributions d'éminents chercheurs en sociologie, elle incarne la crainte et le refus d'un mode de production de soins déshumanisé, mû par le seul objectif de la productivité. [premières lignes de l'éditorial].

**2018 – Divay Sophie. La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation. *Sciences sociales et santé*, vol. 36, n° 1. <https://doi.org/10.3917/sss.361.0039>**

L'hôpital est depuis quelques décennies soumis à des mesures de contrôle et de restriction de ses dépenses. Tous les personnels hospitaliers sont confrontés à des changements fréquents, souvent contradictoires et pénibles, qui entraînent une intensification de leur charge de travail. Les dirigeants doivent compter sur des relais capables de faire accepter leurs décisions. De par leur proximité avec les soignants, les cadres de santé représentent des acteurs-clé dont il s'agit de faire de « bons managers ». De ce fait, la fabrication de ces cadres devient un enjeu essentiel pour le « bon fonctionnement » des hôpitaux. Parallèlement aux conditions réglementaires qui régissent les carrières statutaires des personnels de la fonction publique hospitalière, se mettent en place des règles organisationnelles et locales, propres au secteur privé, relevant d'une des formes du Nouveau Management Public. Ces évolutions participent à la mutation de l'hôpital public en hôpital-entreprise.

**2018 – Dujarier Marie-Anne, Gaulejac Vincent de (préf.) L'Idéal au travail. Paris : Puf, 2ème éd., Coll. Quadrige. <https://www.cairn.info/l-ideal-au-travail--9782130552673.htm>**

Que se passe-t-il aujourd'hui au travail ? Les dirigeants disent en chœur qu'ils n'ont « pas le choix ». Les managers sont fatigués et coachés pour éviter le burn-out. Les salariés en relation avec les clients ou les usagers ont le sentiment amer d'être contraints à mal travailler et de ne jamais « être à la hauteur ». Marie-Anne Dujarier s'est mise à leur écoute dans deux secteurs d'activité producteurs de services de masse : la gériatrie publique et une chaîne de restauration privée. Parce que les organisations s'engagent à produire des services totalement satisfaisants sur un nombre infini de critères contradictoires et en sanctionnant tout écart, l'idéal n'est plus un horizon mais une norme sociale exigible, une prescription de toute-puissance. Elle oblige

chacun à simuler la conformité à des objectifs inatteignables tout en dissimulant ce qu'il fait vraiment.

**2018 – Geeraert Jérémy. La prise en charge par l'hôpital des populations à la marge du système de santé en France : l'exemple des Permanences d'accès aux soins de santé.** *Saúde e Sociedade*, vol. 27, n° 3.

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02391535/document>

Cet article analyse la prise en charge de la pauvreté à l'hôpital public. Il prend l'exemple des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), structure hospitalière qui prend en charge des personnes connaissant des difficultés d'accès aux soins dans le système de santé français. Il s'appuie sur une enquête empirique issue d'un travail de thèse en sociologie. L'enquête mêle observations participantes et entretiens semi-directifs (n=49) et a été réalisée dans 16 PASS différentes. Sur un plan théorique, l'article met en miroir les travaux sur les métamorphoses de la question sociale et une perspective biopolitique d'inspiration foucauldienne. La prise en charge des populations en marge du système de santé par une institution publique (l'hôpital) est considérée comme agissant dans des domaines qui dépassent le strict traitement de la maladie pour entrer dans ceux de la régulation sociale, la protection de la santé publique ou la réalisation de droits humains. Dans le cas des PASS, l'article montre la construction d'une biopolitique de la migration autour d'un bricolage compliqué qui mêle citoyenneté, politiques économiques, politiques de santé publique et accès aux soins. Le mode d'exercice du pouvoir se caractérise par un gouvernement par le bas qui est réalisé par les professionnels de terrain lors des interactions avec les patients et met en scène une économie morale basée sur des représentations de ce qui est bon et mauvais pour la société.

**2018 – Godard Isabelle. Les agents hospitaliers veulent des conditions de travail dignes pour prodiguer des soins de qualité.** *La Revue des conditions de travail*, n° 8. <http://fr.calameo.com/read/0000881555653ee73653e?page=30>

Aujourd'hui, le manque de moyens, de personnels et la tarification à l'acte ont pu amener, constate Isabelle Godard, à une maltraitance institutionnelle des patients quand les personnels, qui ont souvent choisi ces métiers du « care » par vocation et empathie pour les personnes en souffrance, se retrouvent épuisés et seuls dans les tâches quotidiennes. Cette situation est devenue intenable et il est urgent de revenir sur les causes qui l'ont produite. Mais les transformations en cours, qu'elles soient de l'ordre du dialogue social ou autour de l'évolution du statut des fonctionnaires, mèneront-elles à ces indispensables améliorations ? [premières lignes]

**2017 – Belorgey Nicolas, Pierru Frédéric. Une « consultocratie » hospitalière ? Les consultants, courtiers de la réforme du système de santé.** *Les Tribunes de la santé*, n° 55. <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2017-2-page-45.htm>

Depuis le début des années 2000, les cabinets de conseil se sont affirmés comme des acteurs incontournables de la réorganisation du système de santé. Loin de se cantonner à la phase de mise en œuvre des réformes, ils sont désormais étroitement associés à leur élaboration. Cette « consultocratie », souvent décriée par les professionnels du soin qui dénoncent son caractère onéreux au moment où se durcit la maîtrise des dépenses de santé, n'est pas spécifique au secteur sanitaire. L'omniprésence des consultants est l'une des manifestations de l'hybridation croissante des élites politiques, technocratiques et économiques. Elle est aussi contemporaine de l'avènement d'un « ordre de la dette » qui voit les États, aux frontières de plus en plus poreuses, sommés de se réformer en permanence pour satisfaire les critères de « performance » définis par les marchés financiers.

**2017 – Benallah Samia, Domin Jean-Paul. Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital : quelles évolutions entre 1998 et 2013 ?** *Travail et emploi*, n° 152. <https://journals.openedition.org/travailemploi/7755>

Cet article s'intéresse à l'évolution des conditions de travail à l'hôpital au cours des quinze dernières années. Cette question est importante dans le contexte des réformes menées au sein du secteur depuis le début des années 1990, qui y ont provoqué de profondes réorganisations. Dans un premier temps, nous faisons le point sur l'état des connaissances concernant les conditions de travail à l'hôpital. Nous étudions ensuite, à partir des trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail, l'évolution entre 1998 et 2013 des contraintes de rythme et de diverses formes de pénibilités du travail à l'hôpital, comparativement à d'autres secteurs d'activité. Enfin, nous analysons, toutes choses égales par ailleurs, les spécificités actuelles du secteur en matière d'exposition aux contraintes de rythme, aux horaires décalés, aux pénibilités physiques et à un environnement de travail dégradé. Nous observons, sur la période 1998-2013, une nette augmentation des contraintes de rythme s'exerçant sur les personnels hospitaliers. Celle-ci s'accompagne d'une légère diminution des pénibilités physiques. Mais l'hôpital demeure particulièrement contraint du point de vue des conditions de travail.

**2017 – Chave Frédéric. Les médecins et la multi-activité aux urgences pédiatriques : un processus organisationnel, individuel et situationnel.** *In* Bidet Alexandra (dir.), Datchary Caroline (dir.), Gaglio Gérald (dir.). *Quand travailler, c'est s'organiser : la multi-activité à l'ère numérique*, Paris : Presses des Mines. <https://books.openedition.org/pressesmines/3440>

En France, quelque 740 services d'urgences enregistrent pas moins de 18,5 millions de passages par an (Ricroch, 2015). Ces services constituent des environnements particulièrement sollicitants pour les professionnels qui y travaillent, exigeant d'eux de prendre en charge plusieurs patients en même temps, tout en parant constamment au surgissement d'une nouvelle urgence. Ce chapitre se penche sur un pan particulier des urgences : les services d'urgences pédiatriques, qui accueillent des patients âgés de moins de quinze ans, généralement accompagnés d'un ou plusieurs parents. Qu'est-ce que cette présence de l'entourage autour du patient fait à l'organisation du service et, plus particulièrement, à l'activité des médecins qui y exercent ? Comment s'organisent-ils face à ce public nombreux, inconnu, varié et mixte, composé de patients et de tiers ? [premières lignes]

**2017 – Olivaux Marc, Arezki Djelloul, Keramidas Olivier. L'éthique du care, levier de la mobilisation collective des agents hospitaliers. Le cas du pôle gériatrie d'un Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU).** *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, n° 25. <https://www.cairn.info/revue-rimhe-2017-1-page-51.htm>

L'hôpital public français, dans le contexte turbulent auquel il fait face, évolue. S'inscrivant dans le paradigme du New Public Management qui vise à introduire des modes de gestion issus de la sphère privée dans le secteur public, les évolutions du cadre juridique transforment l'organisation d'un point de vue structurel en faisant passer l'hôpital d'une logique de moyens à une logique de résultats. Cette quête de performance des organisations publiques peut être facilitée par la mobilisation collective des agents publics. Pour autant le contexte des hôpitaux, dont le fait qu'ils soient des bureaucraties professionnelles, tend à rendre inapplicables les leviers traditionnels des conduites de mobilisation collective. Cette recherche met en évidence l'existence d'un nouveau levier de mobilisation collective potentiel, l'éthique du care. Cette éthique ressort comme intimement reliée aux professions du secteur de la santé. Nous proposons une étude de cas unique portant notamment sur le pôle gériatrique d'un CHRU. Nos résultats, comme le constat que l'éthique du care est en lien avec l'engagement professionnel des agents publics, nous permettent de dégager des recommandations à l'usage des managers afin d'encourager cette mobilisation en favorisant une prise en charge éthique des patients.

**2016 – Morel Sylvie. La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence. Ethnographie comparée de deux services d'urgence public et privé. *Agone*, n° 58. <https://www.cairn.info/revue-agone-2016-1-page-73.htm>**

Une plongée de plusieurs années dans les coulisses des urgences révèle qu'il y existe des pratiques de sélection sociale. Les intérêts médicaux et ceux des établissements de soins, qu'ils soient publics ou privés, conduisent à produire des filières d'accès aux soins d'urgence socialement différenciées : une filière composée des cliniques privées à but lucratif ; une seconde constituée d'hôpitaux publics ; une troisième réunissant les services « socio-sanitaires » ; une dernière enfin, une filière de « contournement » des services d'urgences. Cet article revient sur les mécanismes concrets de sélection des patients qui sont au principe de la fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence en France.

**2014 – Gheorghiu Mihaï Dinu, Moatty Frédéric. L'emploi et le travail hospitaliers à l'épreuve des réformes. *Connaissance de l'emploi*, n° 109. [http://ceet.cnam.fr/medias/fichier/109-emploi-travail-hospitalier-reformes\\_1507730675083-pdf?ID\\_FICHE=1049641&INLINE=FALSE](http://ceet.cnam.fr/medias/fichier/109-emploi-travail-hospitalier-reformes_1507730675083-pdf?ID_FICHE=1049641&INLINE=FALSE)**

Le secteur de la santé et, plus particulièrement, l'hôpital ont été ces dernières années au cœur d'un mouvement de réformes accéléré visant à maîtriser leurs dépenses et à les adapter aux évolutions de la demande de soins dans un contexte de vieillissement de la population. La maîtrise des dépenses de santé est, entre autres, passée par la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), qui a transformé le financement du secteur. Les débats qui ont accompagné les réformes ont laissé en arrière-plan le travail des professionnels de santé, conçu comme une « ressource humaine », voire un simple « facteur de production », à économiser afin d'augmenter la « productivité » hospitalière. Une enquête auprès des établissements montre que ceux-ci ajustent leurs effectifs au plus près des soins prodigués, renforçant ainsi les contraintes, parfois à la limite de la soutenabilité, qui pèsent sur leurs salariés.

**2013 – Belorgey Nicole. Pourquoi attend-on aux urgences ? Un indicateur du New Public Management aux prises avec la réalité hospitalière. *Travail et emploi*, n° 133. <https://www.cairn.info/revue-travail-et-emploi-2013-1-page-25.htm>**

Dans le cadre de l'introduction dans le secteur public de méthodes inspirées du secteur privé (New Public Management), une agence tente d'imposer à certains services d'urgence l'indicateur du « temps d'attente et de passage des patients » comme reflétant leur plus ou moins bonne organisation. Cet article examine tout d'abord les raisons du recours à cet indicateur, que sa polysémie rend acceptable par une palette d'acteurs variés. Il montre ensuite des cas d'appropriation et de rejet de cet indicateur par les professionnels de santé, ainsi que les raisons de ces positionnements. Il montre enfin que cet indicateur reflète des questions certes organisationnelles, mais aussi médicales et sociales qui sont largement ignorées par ses auteurs.

**2013 – Bertezene Sandra, Dubrion Benjamin. « Moderniser » les pratiques d'évaluation du travail dans la fonction publique. Analyse exploratoire du cas d'un hôpital public. *Formation emploi*, n° 121. <http://journals.openedition.org/formationemploi/3935>**

Cet article s'appuie sur une étude exploratoire menée dans un hôpital public. Il étudie la mise en place d'outils d'évaluation du travail classiquement utilisés dans les grandes organisations privées qui visent une plus grande prise en compte de la contribution individuelle des agents. Dans une démarche compréhensive, et à la lumière des travaux de James March, il apparaît que ces « outils de gestion » conduisent les acteurs, surtout les cadres de soins, à modifier leur façon d'être et de concevoir leur activité. Leur représentation du « bon travail » semble alors être mise en tension.



- 2013** – Divay Sophie, Knibiehler Yvonne (préf.). **Soignantes dans un hôpital local : des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation.** Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique, Coll. Métiers santé social. <https://www.cairn.info/soignantes-dans-un-hopital-local--978281090090.htm>

Cette enquête ethnographique réalisée dans un hôpital local donne à voir une réalité éloignée des clichés qu'exhibent nos écrans de télévision. Ici, les soignantes s'activent souvent sans médecins à leurs côtés, dans des services peu médicalisés empreints d'une longue histoire locale, auprès de patients âgés « du coin », au sein d'équipes « familiales » et où « tout le monde se connaît » depuis toujours. Ces soignantes ont dû faire face à de nombreux changements. Elles ont su s'adapter à la laïcisation des hôpitaux, à l'humanisation des hospices et aux restructurations internes modernisatrices. Résisteront-elles aux restrictions budgétaires et à la dégradation de leurs conditions de travail ? Après une longue immersion dans le milieu propre à ces travailleuses de la santé, Sophie Divay retrace étape par étape l'histoire et les évolutions de ce collectif de travail et questionne plus globalement les effets des décisions de rationalisation gestionnaire et managériale.

- 2012** – Sainsaulieu Ivan. **La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ?** *Revue française de sociologie*, vol. 53, n° 3. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-1-2012-3-page-461.htm>

Cet article a pour objet les relations de travail à l'hôpital et pour thèse que la mobilisation collective n'est pas que contestataire mais peut être aussi consensuelle. Pour étayer ce propos, les formes de mobilisation contestataire sont d'abord recensées dans l'univers soignant et différents facteurs sont examinés pour expliquer leur rareté empirique. La soumission (de classe, de genre, etc.) ne peut à elle seule rendre compte de la modération des conflits à l'hôpital. La dimension symbolique du service public et la dimension pratique du care, pertinentes dans ce cadre, jouent un rôle ambivalent. L'examen des contextes organisationnels permet alors de développer une argumentation pour expliquer le « silence » des infirmières, en identifiant des modalités et des conditions d'une dynamique de mobilisation que nous appelons consensuelle : la coopération intense dans certains services, les campagnes participatives pour la qualité des soins, la coordination interprofessionnelle autour de projets ad hoc et l'effet d'entraînement de représentations pratiques nées de mobilisations (consensuelles) antérieures. Autant d'éléments au cœur du travail soignant qui participent à créer une adhésion à une activité professionnelle pénible et utile, même si ces responsabilités locales ne font que reposer au plan général la question du périmètre d'action des soignantes à l'hôpital.

- 2011** – Grignon Michel (coord.). **Le métier de médecin.** *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-2.htm>

Ce numéro traite du métier de médecin et de la profession médicale. Il rassemble des contributions de chercheurs en sciences sociales et en services de santé qui font le point des connaissances et des récentes recherches sur les conditions d'exercice de la médecine en France et dans les pays riches, ainsi que sur leurs conséquences sur les systèmes de soins et les politiques de santé. [premières lignes]

- 2011** – Hélaridot Valentine, Membrado Monique. **Les univers hospitaliers en France : une impossible démocratisation ?** *In La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse : Presses universitaires du Midi. <https://doi.org/10.4000/books.pumi.7338>

Les sociologues se sont moins intéressés à l'hôpital et aux institutions de soins en général que les économistes de la santé, les politologues ou encore les gestionnaires. Ce qui domine en France aujourd'hui, et depuis une vingtaine d'années, ce sont les analyses en termes de coûts de la santé, de productivité et d'efficience, autour d'objectifs de rationalisation du système de

santé. Bref, l'hôpital, qui est au cœur du système de soins curatif et technique tel qu'il a été institué dès la réforme de 1958 est souvent appréhendé comme une entreprise, conçue sur le modèle industriel, avec ses coûts de plus en plus lourds et ses bénéficiaires. [premières lignes]

**2010** – Granger Bernard. **L'AP-HP dans la tempête.** *Le Débat*, n° 167.

<https://www.cairn.info/revue-le-debat-2011-5-page-137.htm?contenu=resume>

La discussion parlementaire de la loi hôpital, patients, santé et territoires (Hpst) adoptée en juin 2009 a révélé la profonde crise que traverse l'assistance publique – hôpitaux de Paris (Ap-hp). Cet épisode législatif et le contexte économique dans lequel il est survenu ont aggravé les tensions qui pèsent depuis longtemps sur cette institution. Nous allons essayer d'exposer les tenants et les aboutissants de cette crise, du point de vue subjectif d'un médecin travaillant à l'Ap-hp depuis 1983, mais aussi en nous appuyant sur des chiffres, des faits, des textes. [premières lignes]

**2010** – Estryn-Behar Madeleine, Leimdorfer François, Picot Geneviève. **Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail : réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale.** *Revue française des affaires sociales*, vol. 64, n° 4. <https://dx.doi.org/10.3917/rfas.104.0027>

Dans un contexte de changements rapides et profonds de l'organisation hospitalière, comment des médecins hospitaliers vivent-ils leur situation au travail ? Comment disent-ils leurs sentiments de satisfaction et d'insatisfaction dans leur pratique professionnelle ? Une enquête en ligne (Santé et satisfaction des médecins au travail) a permis de recueillir en 2007-2008 les libres réponses de 2 555 médecins et pharmaciens salariés sur ce qu'ils aiment dans leur métier et ce qui leur est pénible. Des logiciels informatiques d'analyse lexicométrique ont permis de faire des analyses de la distribution des formes lexicales de ce corpus. On constate que, s'agissant de « ce qu'ils aiment le plus », les médecins et les pharmaciens répondants ont mis spontanément au premier plan les aspects relationnels et de contenu médical de leur profession. Sur « ce qui leur semble le plus pénible », les réponses portent sur les conditions de travail, sur le manque de temps, de personnel, de locaux et, surtout, de reconnaissance, tant de l'administration ou des collègues que des patients, et sur l'agressivité de ces derniers. Les contraintes administratives, enfin, et les difficultés relationnelles avec l'administration sont au cœur de la pénibilité décrite par ces médecins.

**2010** – François Françoise, Broeckaert Sandrine, Berthomier Marie-Claire. **Le secteur hospitalier se transforme : incidences sur l'individu et le collectif de travail.** *Connexions*, n° 94, 2010. <https://doi.org/10.3917/cnx.094.0135>

Dans le cas clinique que les auteures ont choisi d'exposer, il est question pour l'une d'entre elles de répondre à la demande du Comité d'hygiène et de sécurité au travail après la tentative de suicide sur son lieu de travail d'un infirmier en souffrance. Ce cas clinique leur permet de mettre en lumière leur action sur le terrain, les difficultés rencontrées, ainsi que les limites de leur profession.

**2009** – Toupin Cathy. **Infirmières de nuit : isolement et rôle de l'expérience.** *Connaissance de l'emploi*, n° 71. [http://ceet.cnam.fr/medias/fichier/71-infirmieres-nuit-isolement-experience\\_1507900740890-pdf?ID\\_FICHE=1049647&INLINE=FALSE](http://ceet.cnam.fr/medias/fichier/71-infirmieres-nuit-isolement-experience_1507900740890-pdf?ID_FICHE=1049647&INLINE=FALSE)

Souvent méconnu et mal reconnu, même au sein de l'hôpital, le travail des infirmières de nuit n'en tient pas moins une place importante dans la continuité des soins. L'observation de cette activité dans deux unités de pneumologie permet d'en voir les particularités et les difficultés. La recherche en ergonomie, présentée ici, montre en effet que l'isolement des équipes de nuit (peu de contacts avec les médecins et le personnel de jour) ainsi que les spécificités des tâches nocturnes renforcent le poids que l'expérience a dans le travail. Les infirmières de nuit apprennent à articuler les différentes dimensions de leur activité et à trouver des compromis entre des objectifs parfois contradictoires. Grâce à cette expérience spécifique, elles

déterminent des priorités dans l'administration des soins afin, par exemple, d'adapter les prescriptions au besoin de repos des patients.

- 2008** – Gheorghiu Mihaï Dinu, Guillemot Danièle, Moatty Frédéric. **Les changements organisationnels et leurs outils : entretiens avec les dirigeants d'hôpitaux.** Noisy-le-Grand : Centre d'études de l'emploi, Coll. Document de travail, n° 107. [http://ceet.cnam.fr/medias/fichier/107-organisationnel-outils-entretiens-dirigeants-hopitaux\\_1508241968720-pdf?ID\\_FICHE=1050486&INLINE=FALSE](http://ceet.cnam.fr/medias/fichier/107-organisationnel-outils-entretiens-dirigeants-hopitaux_1508241968720-pdf?ID_FICHE=1050486&INLINE=FALSE)

Une enquête par entretiens réalisée dans le cadre de la pré-enquête sur les Changements organisationnels et l'informatisation dans les hôpitaux a porté sur la question de la réforme hospitalière et des transformations du groupe des dirigeants, gestionnaires et médecins. Le texte présente les objectifs de l'enquête quantitative en lien avec les transformations actuelles du secteur hospitalier ainsi que le terrain enquêté. Il s'intéresse ensuite aux points de vue des dirigeants sur les principaux changements, passés ou en cours, et leurs enjeux. Il dresse une typologie des changements selon leur importance, qu'il s'agisse de changements gestionnaires comme la tarification à l'activité (T2A) et la nouvelle gouvernance, de changements organisationnels comme les fusions et la mise en réseau des hôpitaux ou de changements d'ordre symbolique comme l'évolution de la place du patient dans l'institution. La recomposition des équipes de direction, l'adoption de nouvelles pratiques managériales et de nouveaux instruments de gestion et de communication imposent aux différents groupes professionnels de se repositionner par rapport au discours de la réforme et d'élaborer de nouvelles stratégies individuelles et collectives : celles-ci dépendent de leur engagement dans les réformes, de leurs expériences vécues des changements et du contexte particulier dans lequel se situe l'établissement hospitalier où ils exercent. Enfin, les apports des entretiens à l'élaboration de l'enquête statistique sont exposés, ainsi que le guide d'entretien et le questionnaire réalisé.

## Formation et développement professionnel des personnels de santé

- 2019** – Buisson-Fenet Hélène. **Faire sa place et trouver son rôle : « l'école (lyonnaise) à l'hôpital », entre déprofessionnalisation enseignante et extension du mandat pédagogique.** *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*, n° 18. <https://journals.openedition.org/cres/3952>

La présence d'enseignants à l'hôpital est le fruit d'une collaboration entre Éducation nationale et Santé qui s'inscrit dans le temps long, et dans laquelle les chefs de service ont joué une partition majeure – en particulier dans le cas de la philanthropie médicale lyonnaise. Face à l'autorité des praticiens, les enseignants – professionnels comme bénévoles – ont cependant toujours à négocier aujourd'hui la légitimité de leur intervention. Cela n'autorise pourtant pas à y voir l'expression d'une « déprofessionnalisation sèche » de l'expertise pédagogique, dans la mesure où l'impératif désormais catégorique de la continuité scolaire s'accompagne aussi d'une « requalification organisationnelle » de l'expertise enseignante.

- 2019** – Eyland Isabelle, Leblanc Serge. **Comprendre l'activité des infirmiers libéraux : légitimation de gestes professionnels liés au care dans une visée formative.** *Activités*, vol. 16, n° 1. <https://journals.openedition.org/activites/3951>

Dans le domaine des soins infirmiers, toute situation est l'occasion d'une rencontre sociale qui permet aux professionnels échanges, engagement émotionnel et mise en pratique des activités liées au care. Historiquement, la notion du prendre soin, du care, a toujours été attachée à la fonction infirmière (Collière, 2001). Cet article a pour objet de présenter quelques résultats d'un travail de recherche qui s'intéresse à l'identification de gestes professionnels liés au care dans l'activité des infirmiers libéraux en situations de soins et ses applications en formation. L'analyse de cette activité a permis de mieux l'appréhender, la comprendre et de révéler des

aspects implicites inédits. En rendant ces gestes professionnels visibles, cela a permis de questionner leur potentielle plus-value dans le soin et de proposer l'élaboration d'un outil des gestes professionnels liés au care. Cet outil permet de renseigner l'activité des infirmières pendant les soins et d'analyser des situations de travail, notamment dans le cadre de la formation à travers la simulation en soins.

**2019 – Girard Lucile. D'infirmière « en général » à infirmière « en particulier ».** *Revue des sciences sociales*, n° 62. <https://doi.org/10.4000/revss.4281>

À partir du concept interactionniste de fabrication des professionnels (Hughes 1958), nous nous intéressons aux processus de sélection et de socialisation des étudiantes en soins infirmiers françaises. Nous mettrons l'accent sur le temps des études au sein des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), tout particulièrement au rôle des formatrices (anciennes infirmières) et des infirmières encadrantes dans les services de soins. À partir d'une méthodologie qualitative, nous nous sommes intéressée à la fois au concours d'entrée en IFSI et au déroulement des études. Nous montrerons que la fabrication des infirmières se réalise en suivant deux logiques, mises en œuvre par deux types d'actrices différentes qui n'ont pas les mêmes objectifs : les formatrices en IFSI et les infirmières dans les services de soins.

**2019 – Grosjean Sylvie, Bonneville Luc, Marrast Philippe. Innovation en santé conduite par les médecins et infirmières : l'approche du design participatif à l'hôpital.** *Innovations*, n° 60. <https://doi.org/10.3917/inno.pr2.0066>

L'objectif de cet article est d'explorer la manière dont les professionnels de la santé contribuent à la conception d'une technologie en santé et d'identifier les éléments qui soulignent la pertinence d'une approche de design participatif dans ce contexte. Pour cela, notre réflexion prend appui sur un projet de conception d'une technologie en santé par les médecins et les infirmiers/ières qui a pour but de les aider à gérer les surcharges informationnelle, communicationnelle et cognitive à l'hôpital. Nous proposons dans cet article un retour réflexif sur cette approche de design participatif. Pour ce faire, nous examinerons l'engagement des professionnels dans la production d'une analyse de leur activité clinique et de leurs pratiques informationnelles, le tout participant au développement d'une technologie (*Machine Learning*) qui contribuera à réduire les différentes formes de surcharge qu'ils doivent quotidiennement gérer.

**2019 – Rémerly Vanessa, Dattner Anaïs, Dattner Stephan. Participation, rôles et dynamiques de collaboration dans une communauté virtuelle de pratique : l'exemple d'une plateforme d'entraide et de partage d'expérience en soins infirmiers.** *TransFormations*, n° 19, 2019. <https://pulp.univ-lille1.fr/index.php/TF/article/view/298>

Cet article se propose de réfléchir aux conditions d'émergence d'une communauté virtuelle de pratique sur une plateforme numérique en soins infirmiers en s'intéressant aux modalités interactionnelles et participatives d'entraide et de partage d'expérience des utilisateur.trice.s. Autrement dit nous explorons le potentiel de développement et d'apprentissage des utilisateur.trice.s de la plateforme à partir des fonctionnalités qu'offre celle-ci en matière d'interaction et de participation et de la façon dont elles sont investies. L'ancrage dans une perspective socio-culturelle du développement et de l'apprentissage nous conduit à nous focaliser sur les interactions et les formes de participation qui se manifestent au travers des traces d'activités des utilisateur.trice.s. Les fonctionnalités offertes par la plateforme contraignent les interactions mais elles configurent également des formes de participation à l'activité de la communauté virtuelle de pratique. L'analyse des dimensions thématiques, énonciatives et pragmatiques des contributions publiées sur la plateforme permet d'identifier les différents rôles sociaux virtuels endossés par les utilisateur.trice.s. La complémentarité de ces rôles donne à voir des dynamiques virtuelles de collaboration qui s'orientent vers les autres, celles tournées vers soi et celles vers la communauté. Nous montrons finalement en quoi

ces formes de participation peuvent fournir des indices d'une communauté virtuelle de pratique émergente.

**2018 – Thébault Jeanne. La transmission professionnelle en situation de travail.**

*Formation emploi*, n° 141.

<http://journals.openedition.org/formationemploi/5368>

La réflexion sur la transmission occupe une large place au sein de nombreuses disciplines. Nous l'aborderons ici sous l'angle d'une approche ergonomique, en mobilisant une recherche menée auprès de personnels soignants. Nous montrons que la transmission professionnelle constitue une activité à part entière, qui doit faire sa place dans l'activité de travail. Dès lors, nous insistons, d'une part, sur la diversité et la variabilité de ses conditions de réalisation et, d'autre part, sur le « travail d'élaboration » déployé par les protagonistes en situation, pour la rendre possible. Trois principales composantes de cette activité sont présentées.

**2017 – Bombaron Edwige, Vitali Marie-Laure. L'accompagnement thérapeutique : occasion de partage ou de confrontation de cultures ?**

*Éducation et socialisation*, n° 44. <http://dx.doi.org/10.4000/edso.2101>

Cette contribution se propose de comprendre la pratique d'« accompagnement thérapeutique » au sein d'un Hôpital de Jour – HdJ - d'une institution hospitalière spécialisée dans le traitement de la maladie chronique urinaire - et d'en analyser les effets sur les soignants – 3 infirmières référentes - et sur les soignés – patients et leur famille. Dans une dimension ethnographique, nous avons recueilli du discours de et sur l'accompagnement à l'occasion d'ateliers d'accompagnement thérapeutique ainsi qu'à partir de traces d'activité. Ce matériau discursif a fait l'objet d'une analyse de contenu (Bardin, 2007) couplée avec une analyse de discours (Charaudeau, 1992 ; Kerbrat-Orecchioni, 2006 ; Haillet, 2007). Nous faisons trois hypothèses : l'accompagnement est une culture d'action professionnelle (Barbier, 2011) ; l'entretien d'accompagnement thérapeutique est utilisé comme un instrument de partage de cette culture d'action et donne lieu à une confrontation de cultures. Cette étude a ainsi permis de mettre en exergue des modèles d'accompagnement (Paul, 2009). Cette confrontation de cultures d'action à partir d'une culture « générique affichée » entre l'ensemble des acteurs a ainsi mis en évidence plusieurs formes « en acte » que nous avons analysées.

**2017 – Champy Florent. Décrire des activités prudentielles pour aider à les réhabiliter ? : enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires dans les permanences d'accès aux soins de santé en France.**

*Recherches qualitatives*, vol. 36, n° 2.

[http://www.recherche-](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero36(2)/rq-36-2-champy.pdf)

[qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition\\_reguliere/numero36\(2\)/rq-36-2-champy.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero36(2)/rq-36-2-champy.pdf)

L'article porte sur les rapports entre recherche qualitative et sagesse pratique. Il montre d'abord que la sagesse pratique est cruciale dans le soin, mais méconnue. Elle est aussi fragilisée par des évolutions culturelles et organisationnelles de l'hôpital que cette méconnaissance a permises. Certains soignants adhèrent ainsi à ces évolutions, tout en rencontrant des difficultés provoquées par l'inadaptation croissante de l'hôpital à l'exercice prudentiel de leur activité. L'article présente ensuite des services dédiés à des personnes en grande précarité, pour lesquelles une démarche prudentielle est un enjeu particulier, et une innovation visant à restaurer des marges de réflexivité prudentielle. Cet exemple sert enfin à expliciter deux enjeux associés à la conduite de recherches qualitatives sur l'hôpital : classiquement, dans la tradition interactionniste, rendre visible la sagesse pratique en décrivant l'activité ; de façon plus originale, dans le cadre d'une recherche-action, accompagner les innovations pensées en réponse aux difficultés de l'exercice prudentiel.

**2017 – Mouchet Alain, Demeslay Julie, Bertrand Catherine. Coopérer en régulation médicale au Samu centre 15 : l'expérience subjective des médecins urgentistes.** *Le Travail humain*, vol. 80, n° 2. <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2017-2-page-133.htm>

Nous étudions l'expérience subjective de la coopération, vécue par le médecin urgentiste en situation complexe de régulation au Samu centre 15. Nous cherchons à comprendre comment le médecin vit et gère la coopération, favorisée ou ralentie par le jeu des interactions avec l'appelant au téléphone et avec les autres membres du collectif de travail. En mobilisant des supports théoriques centrés sur la dimension subjective inhérente à la coopération, nous présentons deux études de cas à travers des entretiens d'explicitation. Les résultats permettent de souligner que l'appelant, voire le patient, peuvent constituer des ressources nécessaires et très importantes pour co-construire un contexte partagé, affiner le diagnostic à distance, décider, ou guider un geste médical. Nous mettons en avant des savoirs d'expérience comme la dynamique attentionnelle du médecin, qui est révélatrice des configurations momentanées de la coopération selon son point de vue en première personne. Enfin, la confiance interpersonnelle est au cœur de la dynamique évolutive de la coopération en situation réelle dans le collectif de travail.

**2016 – Arborio Anne-Marie. Promouvoir ou former ? Enjeux et usages sociohistoriques du diplôme d'aide-soignante.** *Revue française des affaires sociales*, n° 3. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-3-page-241.htm>

Le titre d'aide-soignante a d'abord été créé pour reclasser des personnels en poste dans une conjoncture de restriction de l'accès à la profession infirmière. La mise en place d'une formation théorique et pratique, sanctionnée par un certificat d'aptitude, a contribué à sa pérennisation. Cette formation d'abord sommaire a évolué, jusqu'à être sanctionnée par un diplôme d'État, associé à une liste de compétences précises. À partir des années 1970, la formation d'aide-soignante n'est plus un simple instrument de promotion pour les personnels les moins qualifiés des hôpitaux, accueillant désormais aussi bien des élèves dont la formation se situe en continuité avec le parcours scolaire que d'autres élèves aux expériences professionnelles diverses. Comment la formation s'organise-t-elle pour faire face à ces publics pluriels et à leurs évolutions, en attente à la fois d'une formation et d'une carrière, détenteurs pour certains de savoirs scolaires et pour d'autres d'expériences professionnelles ?

**2016 – Duarte Anne-Paule. Les situations de crise à l'hôpital : défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance ?** *Savoirs*, n° 41. <http://dx.doi.org/10.3917/savo.041.0055>

Cette étude qualitative a pour objectif d'explorer les opportunités d'apprenance inhérentes aux situations de crise à l'hôpital. L'enquête de terrain a été menée sous forme d'entretiens auprès de 31 professionnels de santé de divers établissements hospitaliers. Une cartographie des situations de crise recensées aux niveaux macro et micro de l'organisation a été élaborée à partir des récits. L'apprenance se manifeste sous forme d'apprentissages informels et met en évidence une organisation apprenante. Les professionnels de santé révèlent de véritables compétences intrapersonnelles et interpersonnelles. Une démarche autoréflexive avec un sentiment d'efficacité personnelle et une mutualisation des diverses trajectoires de vie, de formation et professionnelle émerge.

**2016 – Mispelblom Beyer Frédéric. Encadrer les parcours de soins : vers des alliances thérapeutiques élargies ?** Paris : Dunod. <https://www.cairn.info/encadrer-les-parcours-de-soins--9782100728510.htm>

Faire le lien entre hiérarchie, médecins, équipes et métiers support, s'investir dans des projets transversaux et encadrer les parcours de patients entre intérieur et extérieur de l'hôpital, telles sont les tâches des cadres hospitaliers. Mais les médecins et les autres soignants, s'intéressant aux conditions de vie des malades, savent également que sans leur participation active il n'y a

pas de soin qui vaille - sans oublier les acteurs des politiques de santé territoriales et les partenariats avec le secteur social et associatif. Par leurs paroles, actes et gestes tous produisent des effets sur le sens des soins. L'auteur souligne les traits saillants des spécificités des uns et des autres, et les valeurs, logiques et orientations communes qui font passerelle entre métiers différents. Il en décrit l'art et la manière. Construit comme un parcours de soin, l'ouvrage part du champ de la santé pour nous mener vers la médecine générale, puis l'hôpital, dont on sort à la fin par la porte de l'éducation thérapeutique des patients, laquelle débouche sur la perspective du soin de soi.

**2015** – Olry-Louis Isabelle, Bravo Marion, Vivier Marine. **Influence des séries médicales sur les représentations des conditions de travail des médecins urgentistes chez les adolescents.** *L'Orientation scolaire et professionnelle*, vol. 44, n° 1. <http://journals.openedition.org/osp/4528>

C'est au cours de l'adolescence que des choix d'avenir vont devoir être formulés. Pour comprendre dans quelle mesure les séries télévisées peuvent infléchir les représentations des métiers des jeunes, nous avons étudié l'impact de la série Urgences sur leurs représentations des conditions de travail des médecins urgentistes. La passation d'un questionnaire auprès de 75 collégiens avant et après la projection d'un extrait de cette série montre que cette exposition participe à l'amélioration des connaissances sur certains aspects des conditions de travail, mais en déforme d'autres ; ces modifications ayant une importance variable selon certaines caractéristiques présentées par les collégiens.

**2015** – Pierru Frédéric. **Existe-t-il une « génération Y » de professionnels de santé ?** *Empan*, n° 99. <https://www.cairn.info/revue-empan-2015-3-page-38.htm>

Le thème de la « génération Y » est devenu un lieu commun médiatique et managérial dans le cadre d'une mise en scène politique d'une lutte des âges remplaçant la lutte des classes. Après avoir rappelé les pièges que recèle la grille de lecture générationnelle, cet article prend l'exemple des professions de santé pour montrer que l'idée selon laquelle « les jeunes » seraient des « individualistes » réticents à s'inscrire et à s'engager dans des collectifs n'est absolument pas recevable et, partant, mettre en évidence que la notion de « génération » doit être circonscrite empiriquement à un champ d'activité donné. Ce terrain suggère plutôt l'inverse de ce lieu commun : les jeunes professionnels de santé sont bien plus enclins que leurs aînés à s'engager dans de nouvelles formes d'exercice professionnel, plus collectives et pluri-professionnelles ; et si certains d'entre eux développent des comportements opportunistes, ce n'est certainement pas en raison de leur « culture générationnelle » mais parce que ce sont les nouvelles formes de management qui les induisent.

**2015** – Schepens Florent (coord.), Zolesio Emmanuelle (coord.). **La fabrication du soignant au travail.** *Travail et emploi*, n° 141. <https://www.cairn.info/revue-travail-et-emploi-2015-1.htm>

Dans le contexte contemporain de l'hyperspécialisation de la médecine, comment sont formés les soignant-e-s ? Comment appréhender le travail médical comme activité et le travail de telle spécialité médicale par rapport à telle autre ? Comment devient-on soignant-e à travers les stages hospitaliers ? Telles sont les principales questions que se propose de revisiter ce dossier. Son apport principal est de donner à voir, dans un univers professionnel particulier, comment la formation s'effectue en situation de travail. Il s'agit aussi de souligner que cette formation/fabrication des soignant-e-s va bien au-delà des savoirs strictement professionnels, jouant de façon décisive dans les mécanismes de sélection avant que ne débute l'activité proprement dite, et qu'elle ne se poursuive aussi dans la suite de la carrière. Les observations établies en comparant l'acquisition du métier dans différentes spécialités et activités fournissent des éléments également utiles pour s'interroger, d'un point de vue plus théorique, sur l'objet du travail, ici médical et soignant. Nombre d'auteurs du présent dossier poursuivent ainsi implicitement l'analyse de la socialisation professionnelle telle qu'elle a été proposée par la seconde École de Chicago. [premières lignes]

**2014** – Klein Alexandre. **La figure du bon médecin.** *Recherche et formation*, n° 76.  
<http://journals.openedition.org/rechercheformation/2236>

Cet article questionne les fondements épistémologiques du développement de la profession médicale moderne en France. Il établit l'existence et détermine le rôle, au cœur du processus d'autonomisation professionnel, d'un mythe médical reposant sur la figure du médecin praticien comme dispositif technique d'application du savoir scientifique et outil symbolique de conquête de l'opinion.

**2010** – Nagels Marc. **Construire l'auto-efficacité par l'analyse de l'activité en formation des cadres et dirigeants de la santé publique.** *Savoirs*, n° 22.  
<https://dx.doi.org/10.3917/savo.022.0069>

L'objet de cette recherche était de mesurer la contribution de l'analyse de l'activité au développement de l'auto-efficacité au travail en référence à la théorie sociocognitive et à la théorie de la conceptualisation dans l'action. Notre population est constituée de cadres et de dirigeants de la santé publique en formation à l'École des hautes études en santé publique. Un dispositif d'autoconfrontations a été organisé pour évaluer la corrélation entre l'analyse réflexive de son activité et le niveau d'auto-efficacité. L'auto-efficacité des élèves a été mesurée prétest et posttest. Après vérification statistique, nous observons que l'analyse de l'activité a eu un effet sur le groupe test et, plus précisément, sur les personnes de faible niveau initial d'auto-efficacité. Nous en concluons que l'analyse de l'activité et l'agentivité contribuent explicitement à la formation des compétences.