

A quoi tient la mesure ?

Frédéric Mougeot

► **To cite this version:**

Frédéric Mougeot. A quoi tient la mesure ? : Engagement dans le travail et opérations de codification. Le cas du travail infirmier en psychiatrie. Cahiers Internationaux de Sociologie de la Gestion, 2013, pp.24-35. <halshs-00963879>

HAL Id: halshs-00963879

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00963879>

Submitted on 22 Mar 2014

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.

frederic.mougeot@gmail.com

*

À quoi tient la mesure ? Engagement dans le travail et opérations de codifications. Le cas du travail infirmier en psychiatrie.

Résumé de l'article

L'introduction des outils de gestion à l'hôpital psychiatrique a, dans un premier temps, fait l'objet de vives critiques de la part des agents de cette institution. La mise en place des instruments de mesure de l'activité, de la durée moyenne de séjour et de protocoles de soins a été perçue par leurs opposant(e)s comme autant d'attaques contre la dimension clinique du travail de soignant en psychiatrie. Au sein des unités de soin, les acteurs de la psychiatrie condamnent dans leurs discours le *New Public Management* qui serait au principe des maux de l'hôpital contemporain. Pourtant, ceux-ci agissent au quotidien, « font avec » et détournent les injonctions managériales pour préserver ce qui les attache à cette filière de soin.

À partir d'un matériau ethnographique recueilli au sein de deux unités de soins psychiatriques, la mesure des pratiques infirmières sera interrogée en mettant en miroir « ce qui compte » (Kleinman, 2006) pour les personnes dans leur engagement dans le travail et les codifications doivent effectuer pour rendre compte de leur activité. Ce faisant, la capacité à subvertir les injonctions managériales est décrite comme un art du détournement s'inscrivant dans l'organisation à l'échelle locale des unités de soin.

Mots-clefs

travail, gestion, indicateurs, qualité, infirmier(e)s, psychiatrie, clinique, groupe professionnel

La lecture d'*Asiles*¹ d'Erving Goffman par les professionnels de l'institution psychiatrique a engagé une partie de ses membres dans la voie d'une critique du pouvoir d'une institution alors définie comme *totale* ou *totalitaire*. Cette action collective a conduit à la création du secteur psychiatrique et à des avancées vers une psychiatrie non-asilaire privilégiant les alternatives à l'hospitalisation. Dans la lignée du *field work* de la sociologie américaine, trente ans plus tard, Lorna Rhodes publie *Emptying beds*². Dans l'introduction de son ouvrage publié en 1991, elle fait part de son étonnement lors de son entrée sur le terrain psychiatrique. Elle note en particulier la manière dont les membres de l'unité qu'elle observe disent avoir un « *mandat impossible* » à mettre en œuvre, devant à la fois « *se décharger des patients rapidement et les traiter correctement* »³.

La mise en miroir de ces deux ouvrages permet de dresser à grands traits l'histoire d'une psychiatrie ayant subi en une trentaine d'années de profondes mutations (Castel, 2011). Si le contexte français n'est pas celui des États-Unis, l'histoire récente des mondes psychiatriques témoigne, elle aussi, d'évolutions importantes liées à la fois aux transformations de la psychiatrie comme discipline (apparition de nouvelles formes de traitements des troubles psychiques par les avancées en psychopharmacologie, transformation du champ théorique dans les domaines de la thérapie) et d'évolutions sociétales transformant les usages sociaux de la psychiatrie (développement d'une culture du dépassement de soi – Ehrenberg, 1991, 2008 –, judiciarisation des relations sociales, mise en concurrence public-privé, etc.). Les mutations de l'institution (Dubet, 2002) ou de l'organisation psychiatrique induisent une transformation du travail pour les acteurs du

1 GOFFMAN E., *Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Editions de Minuit, 1968

2 RHODES L.A., *Emptying beds. The work of an emergency psychiatric unit*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1991

3 Elle écrit à la première page de son ouvrage : « Three aspects of the unit's work particularly captured my attention. The first was the contradictory nature of the task : the staff described themselves as having an "impossible mandate" that required that they discharge patients quickly and yet treat them adequately. » (*Trois aspects du travail au sein de l'unité ont particulièrement attiré mon attention. Le premier a été la nature contradictoire de la tâche : les membres de l'équipe se décrivaient eux-mêmes comme ayant un « mandat impossible » impliquant qu'ils se déchargent rapidement des patients et les traitent néanmoins correctement* », traduction personnelle), *Ibid.*, p. 1.

soin. *Le malaise des soignants* (Sainsaulieu, 2003), souvent évoqué dans la sphère publique, reste essentiellement décrit comme le résultat d'une conjoncture économique défavorable aux professionnels de santé. L'engagement des personnes dans le travail (Bidet, 2011) est ainsi peu présent des analyses sociologiques dans le monde de la santé. Les enquêtes ethnographiques sur le travail à l'hôpital (Peneff, 1992) ou les segments professionnels (Arborio, 2001 ; Vega, 2009) n'interrogent pas la question de la mesure de l'activité pour ces catégories de personnels⁴.

Dans ce contexte, cette contribution entend interroger la pertinence des dispositifs de gestion et de mesure de l'activité⁵ du travail des soignants en Centre Hospitalier Spécialisé en maladie mentale. Par l'analyse comparée de ces dispositifs et du travail concret des infirmier(e)s en psychiatrie, la compréhension de « ce qui importe » (Kleinman, 2006) pour les acteurs et la manière dont ces dispositifs sont négociés (Strauss, 1992) à l'échelle des unités de soin. Cet article questionne la cohérence entre activité (Clot, 2010 ; Clot, Lhuilier, 2010) infirmière et outils managériaux et interroge ainsi l'articulation entre logique managériale et logique professionnelle (Abbott, 1988) du point de vue des infirmiers en psychiatrie.

⁴ Exception faite notamment des travaux de Françoise Acker (Acker, 2005) ou de Nicolas Belorgey (Belorgey, 2010)

⁵ Ces dispositifs seront détaillés dans la suite du texte

Encart méthodologique

Pour cette contribution, l'analyse s'appuie sur des observations menées dans le cadre d'une recherche doctorale⁶ en cours ayant pour objet le travail infirmier en psychiatrie. Les extraits présentés sont le fruit d'observations effectuées (entre 2007 et 2009) sur une période de plus d'un an au sein de deux unités de soins psychiatriques de la région lyonnaise.

Ces mois passés sur le terrain ont permis le recueil de données ethnographiques ainsi que la passation de plusieurs séries d'entretiens avec des professionnels de la filière de soins psychiatriques (médecins, cadres de santé, cadres supérieurs de pôles, infirmiers ISP et IDE⁷, aides-soignants, ASH, psychologues ou assistants-sociaux).

Les outils de gestion et de mesure de l'activité présentés dans cet article sont ceux contenus notamment dans le Dossier de patient informatisé (DPI) et relatifs au Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie (RIM-Psy). Des éléments organisationnels liés aux procédures d'accréditations au Label qualité délivré par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) sont par ailleurs présentés.

⁶ *Travail infirmier en psychiatrie. Ethnographie en Centres Hospitaliers Spécialisés*, Thèse de doctorat de sociologie (en cours) sous la direction de Gilles Herreros, Université Lumière Lyon 2 / Centre Max Weber (UMR 5286)

⁷ Deux sous segments infirmiers composent le groupe des infirmiers en psychiatrie : les Infirmiers de Secteur Psychiatrique (ISP) ayant obtenu un diplôme spécifique à la psychiatrie avant 1992 (il se présentent le plus souvent eux-mêmes comme « anciens ISP ») et les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE ou DE) ayant suivi la formation unique depuis 1993 ou ayant auparavant optés pour une formation d'infirmiers généraux

Du côté des soignants, ce qui importe renvoie à une démarche « clinique », notion floue mobilisée par les soignants pour définir le « vrai boulot » (Bidet, 2011), cœur du faisceau de tâches des infirmiers et constitutif de leur activité. La clinique est pour ce qui fonde leur « identité professionnelle » (Barbier, 1996 ; Camilleri, 1990 ; Dubar, 1991 ; Lautier, 2001 ; Sainsaulieu, 1977) et ne serait, du fait de son caractère dynamique, réductible à aucune formalisation comptable. Elle constituerait la part non-utilitaire du travail que Philippe Chanial appelle « l'inestimable des relations de soin » (Chanial, 2010).

Interroger l'articulation entre activité infirmier en psychiatrie et dispositifs de gestion dans le quotidien peut s'envisager en mettant en miroir ces dispositifs avec les contours de la clinique infirmière en psychiatrie (1°) et la manière dont ceux-ci sont négociés (Strauss, 1992) par les acteurs (2°).

Instruments de suivi, mesure de l'activité et qualité à l'hôpital psychiatrique

Les instruments de suivi et de mesure de l'activité actuels (Dossier de patient informatisé, RIM-Psy) dans les établissements psychiatriques sont récents. C'est notamment depuis 2007 (par le décret 2007-975 du 15 mai 2007) que les modalités d'évaluation de l'activité et de la qualité dans ces établissements sont définies. Pour autant, l'histoire du contrôle des dépenses en matière de santé n'est pas contemporaine. Issue de l'adaptation en France de la politique de rationalisation des choix budgétaires (RCB) avortée à la fin des années 1960, les mécanismes de gestion et d'évaluation des politiques publiques se sont renforcés au cours des années 1980 pour aboutir en 1990 au décret relatif à l'évaluation des politiques publiques. La logique de suivi financier de l'action publique et son déploiement dans une gestion par « mission » (et non seulement par ministère (Ogien, 2010)) prend corps en 2001 avec la Loi Organique Relative aux Lois de Finances (LOLF).

A l'hôpital, jusque dans les années 1980, une relative autonomie était laissée aux directions médicales quant à la gestion des finances des établissements de santé. La mission de l'Etat social prime alors sur la maîtrise des coûts (Castel, 2011). La fin des années 1980 marque l'entrée dans une volonté d'évaluer la performance des hôpitaux et d'en « rationaliser » la gestion. Dans cette ambition, les Département d'Information Médicale (DIM) font leur apparition à l'hôpital à partir de 1989 et le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est lancé en 1996 par le gouvernement Juppé. En psychiatrie, le PMSI (adaptation du *Diagnosis Related Group* (DRG) américain) est remanié par les travaux de psychiatres du « Groupe 13 » et conduit à la constitution du Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIM-Psy) qui est aujourd'hui au principe de l'évaluation des établissements spécialisés en santé mentale et de la Tarification A l'Activité (T2A) dans ce secteur.

Ces instruments de mesure de l'activité prennent, pour les soignants, la forme de logiciels de suivi de l'activité (Cortexte© par exemple), du Dossier de patient informatisé (DPI). C'est par le biais de ces logiciels que les professionnels sont invités à coter les actes qu'ils effectuent. Ils doivent alors mobiliser des grilles standardisées qui en forment l'architecture. A titre d'exemple, la grille EDGAR (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion clinique) entend poser les jalons des différentes modalités de l'activité des soignants en psychiatrie.

Par ailleurs, la mise en œuvre de ces instruments de mesure de l'activité sont contemporains de l'introduction de protocoles standardisés liés aux procédures d'accréditation au label qualité à l'hôpital délivré par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes).

Si ces instruments et dispositifs s'intègrent dans les pratiques quotidiennes des infirmiers, ils ne tiennent qu'une très faible place dans les discussions quotidiennes et semblent pour partie déconnectés du faisceau de tâches revendiqué par ces professionnels. Ce « vrai boulot » se définit plutôt selon les critères d'une clinique infirmière en psychiatrie.

Contours d'une clinique infirmière en psychiatrie

La clinique est décrite comme ce qui conférerait au quotidien psychiatrique un sens et qui instituerait un *cadre secondaire* pour les interactions dans les unités de soins (Lézé, 2008). C'est ce qui explique selon eux pourquoi « *ceux qui ne sont pas de cette filière de soins ne peuvent rien y comprendre* » (IDE, femme, 31 ans). Cette représentation imagée d'un concept (Lazarsfeld, 1965) renvoyant au départ à la pratique médicale (Foucault, 1963) prend, chez les infirmier(e)s, corps en un mélange de savoirs théoriques et pratiques, incorporés et/ou acquis de manière empirique et de savoirs profanes (Grard, à paraître).

Cette clinique se caractérise d'abord par un regard constitué de savoirs intellectualisés et/ou incorporés propres à cette filière de soins. Elle se définit ensuite par une mise en jeu du corps du soignant mobilisant des *techniques du corps* (Mauss, 1950) spécifiques à l'activité psychiatrique et traduisant les enjeux symboliques de la relation thérapeutique. Elle tient enfin à l'apprentissage d'une régulation des troubles liés à la relation à la souffrance des patients dans le cadre d'une relation d'intersubjectivité.

Définir les contours de cette clinique permet de mieux comprendre la manière dont ces professionnels définissent leurs modalités d'engagement dans le travail

Le regard clinique

Pour que les infirmier(e)s puissent tenir leur poste de travail, il leur faut d'abord sortir de la « sidération » première et faire l'expérience d'une conversion (Davis, 1966) au regard clinique. Ce qui est d'abord perçu avec le regard du dehors, celui du sens commun est par la suite intégré à une symptomatologie ou un modèle théorique permettant un accès au travail sur l'humain (Goffman, 1968) et l'entrée dans le rôle de soignant.

Cette conversion se fait par l'apprentissage d'une coprésence avec les patients et les autres professionnels. Le regard ne perçoit dans un premier temps que les signes les plus visibles des pathologies des premiers. Par la suite, le professionnel peut dépasser la « sidération » et s'engager dans le décryptage de signes plus discrets repérables dans le temps de l'interactions entre infirmiers et patient. L'infirmier observe alors les actions quotidiennes des patients hospitalisés et leur rapport à l'environnement que constitue l'hôpital dans sa dimension symbolique. Cette formation du regard s'effectue autant dans les échanges avec les patients qu'avec autres professionnels de l'unité. D'éléments disparates observés dans le quotidien psychiatrique (gestes, postures, rythmes, mots ou sensations perçues), l'infirmier(e) tente de construire un tableau clinique des patient(e)s de l'unité, lequel ne recoupe jamais totalement les éléments théoriques acquis au cours de la formation.

Au fil du temps, cette sémiologie s'affine pour repérer « la part malade⁸ » des patients, en dehors d'une définition proprement symptomatologique. Une fois acquis, ce « regard clinique » constitue un élément fort de l'activité infirmière en psychiatrie et devient « comme une seconde nature » : « *Je les repère tout de suite, même à l'extérieur...Les psychotiques ont une manière spéciale de marcher...Je ne sais pas comment décrire mais tu le sens direct.* » (IDE, femme, 48 ans)

Fruit d'un travail d'*incorporation* (Bourdieu, 1979), la conversion au regard clinique s'impose dans l'économie des relations avec les différents professionnels de l'unité. C'est notamment au cours de temps informels d'échanges (l'arrivée des équipes du matin, les discussions autour du petit-déjeuner, les dernières heures de la soirée après le dîner des patients, parfois le repas du midi pris dans l'office ou les pauses café et/ou cigarettes) où chacun évoque ses « anecdotes », « histoires » ou « historiettes » (telles que les qualifiaient déjà Pinel⁹ (Murat, 2011), reprenant sans doute l'expression de Tallemant des Réaux¹⁰, Murat, 2011) à propos des patients que se constitue dans le quotidien et l'oralité un *répertoire* (Lahire, 1998, 2001) de « cas cliniques¹¹ ». Ces répertoires de cas, que les soignants réactivent dans leurs interactions témoignent d'une expérience (Dubet, 1994) psychiatrique se constituant autant dans l'action que dans la narration et contribuant au façonnement d'un regard clinique

Le corps clinicien

La clinique infirmière en psychiatrie ne se limite pas à l'incorporation de *dispositions* (Bourdieu, 1979) au regard clinique ou de répertoires qualifiant les modalités de l'expérience psychiatrique. Ces savoirs (intellectualisés et/ou incorporés) sont aussi au

8 « partie saine » et « partie malade » renvoie à l'approche théorique de Herman Simon reprise dans la psychothérapie institutionnelle de Jean Oury et Ginette Michaud

⁹ Philippe Pinel est considéré comme « le fondateur de la psychiatrie », cf. Hochmann J., *Histoire de la psychiatrie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004, p. 7

¹⁰ Tallemant des Réaux, *Historiettes* (Tomes 1 et 2), Gallimard (Bibliothèque de la Pléiade), Dijon, 1960

¹¹ Vocabulaire indigène

fondement de la construction d'un corps *de* clinicien en même temps que d'un corps (ou groupe) professionnel (Demazière, Gadéa, 2009). Ce corps de l'infirmier peut se définir à la fois comme organe de repérage de signes et comme instrument au service de l'action thérapeutique par le biais de techniques du corps (Mauss, 1950). Ces deux dimensions (corps *de* l'infirmier et corps infirmier) constituent en quelque sorte l'*ethos* en même temps que l'*hexis* du corps infirmier en psychiatrie.

Le corps de infirmier est au quotidien mobilisé comme totalité sensorielle :

« En psychiatrie, tu te mets pas en veille. Toutes tes alarmes et sens sont en éveil. Pendant que je mange, je peux te dire tout ce qui se passe. Tu vas pisser, t'as le téléphone, le bip. Ta personne complète est ton outil de travail et tu es en huis clos. » (IDE, femme, 31 ans).

L'activité en psychiatrie implique l'acquisition de *techniques du corps* (Mauss, 1950). L'infirmier(e) en psychiatrie doit être capable d'effectuer un certain nombre de tâches liées à des soins dits somatiques, nécessitant une certaine technicité (effectuer une prise de sang, un dextro, surveiller la tension ou la température, soigner des contusions, etc.) ou ayant pour objet le corps des patients en effectuant une série de gestes précis, que ces gestes soient propres au travail psychiatrique (contention, isolement, administration de traitements contre le gré du patient), ou qu'ils appartiennent plus largement au *faisceau de tâches* (Hugues, 1996) des infirmiers (toilettes, habillage, déplacements de corps, etc.). Les techniques les plus spécifiques au travail psychiatrique nécessitent un savoir-faire qui s'acquiert sur le terrain au cours de la socialisation professionnelle. Certains doivent s'effectuer dans l'urgence et être parfaitement intégrés pour ne pas limiter la relation thérapeutique à un ensemble de gestes techniques et aliéner leur dimension symbolique.

« Quand je suis arrivée, j'ai eu l'impression que les hôpitaux dataient de cent ans. J'avais pas mal d'images asilaires. Il y a les premières contentions, les patients sont violents. Tu as besoin de compréhension de ce que tu fais. J'ai eu la chance d'apprendre avec les anciens. Quand tu es stagiaire, c'est un choc. Après, c'est ton quotidien : attacher un patient quatre fois par semaine, aller en chambre d'isolement ça devient naturel... » (IDE, femme, 23 ans).

Ce n'est qu'une fois intégré le geste technique que la dimension symbolique du geste professionnel peut se déployer. La « contention physique » se mue alors en « contention psychique¹² ».

Cette dimension symbolique de l'activité infirmière en psychiatrie ne s'observe pas uniquement dans l'accomplissement de gestes techniques. Les infirmiers insistent en effet sur la centralité de cette dimension dans un « métier relationnel » (Demailly, 2008). Celui-ci constitue une mise en jeu du corps faisant aussi l'objet d'un apprentissage. Le corps de l'infirmier(e) est alors clinicien : il réactive ou invente des réponses mais doit aussi avoir ses automatismes. Automatismes d'alertes d'abord pour prévenir la crise : garder ses distances avec un patient en train de « grimper », « recadrer » ceux qui entrent dans une phase de « toute-puissance », se faire « maternant » ou, au contraire, hausser le ton selon ce qui est évalué de la situation. Automatismes de réponses ensuite lorsque la crise éclate : il faut alors contenir le patient, souvent faire usage de la force tout en tentant de préserver « l'alliance thérapeutique » qui sera nécessaire dans la suite du travail. Les manières de se pencher au chevet d'un patient, de saisir son corps pour le reconduire dans sa chambre, de le contenir, les diverses modulations de la voix, la proxémique ou la gestuelle sont autant de techniques du corps forgées et mobilisées dans le travail psychiatrique. Ce dernier procède d'un apprentissage par corps (Bourdieu, 1979). Ces techniques, acquises au fil des expériences infirmières en binôme, font l'objet d'une transmission mimétique. Les nouveaux infirmiers, le plus souvent intégrés à une équipe composée d'infirmier(e)s plus anciens, observent les mouvements du corps de ceux qui les ont précédés, bénéficient de leurs conseils pour adapter leur proxémique, leur gestuelle ou la tonalité de leur voix aux différents patients de l'unité et apprennent ainsi les automatismes que le corps infirmier doit mettre en œuvre en fonction de ses différents interlocuteurs et des signes cliniques qu'ils présentent dans le temps de l'interaction.

¹² Les contentions physiques (ou mécaniques) sont une opération médicale visant à entraver certains mouvements du corps des patients agités. Ils constituent plus généralement les liens en tissu ou en cuir servant à retenir les bras et pieds des patients afin de les « contenir » alités. Ils font l'objet d'une prescription médicale et s'inscrivent dans la thérapeutique psychiatrique notamment par la référence à des corpus théoriques traitant de la « fonction contenante » issus des travaux Winnicott, Anzieu ou Balint.

L'activité infirmière en psychiatrie est marquée par l'implication du corps du soignant dans sa relation avec le patient. L'infirmier doit adapter sa proxémique, le rythme de son propre corps à celui des patients : « *L'autre jour, un patient, il ne fallait pas le toucher, je le savais...un DE¹³ (ne l'aurait pas décelé) (...) Souvent les gens qui arrivent n'écoutent plus ce qu'on leur dit. On a un savoir critiquable mais on a un savoir !* » (ISP, homme, 52 ans). Ces savoirs concernent le regard de l'infirmier(e) sur le patient et fondent la manière dont le professionnel entre en interaction avec lui.

Mise en danger et troubles de l'intersubjectivité

L'activité infirmière est en troisième lieu un apprentissage par le professionnel de la régulation des troubles liés à la relation à la souffrance des patients. L'intersubjectivité (définissant l'interaction comme relation de face à face entre deux Sujets¹⁴) comporte, selon les professionnels de cette filière de soin, des risques dans le contexte psychiatrique. Néanmoins ces risques induisent une « mise en danger » du professionnel bénéfique pour la relation thérapeutique.

Plusieurs anciens ISP¹⁵ définissent l'activité psychiatrique comme « *un travail relationnel dans lequel l'infirmier(e) met son psychisme (ou sa psyché) à disposition du patient* ». Dans ce contexte, le travail infirmier est un *travail* au sens psychanalytique. Dans la relation liant infirmier(e) et patient, chacun est *en* travail, fait l'expérience de l'intersubjectivité et du trouble qui peut lui être associé. Ce n'est pas alors uniquement un corps infirmier mobilisant des répertoires d'actions acquis au fil de sa socialisation

¹³ Infirmier Diplômé d'Etat (IDE ou DE)

¹⁴ Pour des éléments sur la notion de Sujet en sociologie et en psychanalyse, voir notamment: Alain Touraine et Farhad Khosrokhavar, *La recherche de soi. Dialogue sur le sujet*, Paris, Fayard, 2000 ; Blaise Olivier, *L'acteur et le sujet*, Paris, Desclée de Brouwer, 1995 ; Vincent de Gaulejac, *Qui est « je » ?*, Paris, Seuil, 2009 ou, en anthropologie : François Laplantine, *Le sujet. Essai d'anthropologie politique*, Paris, Téraèdre, 2007

¹⁵ Infirmier de Secteur Psychiatrique (ISP. Il est ici fait référence à la césure entre ISP et IDE provoquée par la suppression du diplôme d'ISP en 1992

professionnelle, c'est aussi un sujet faisant l'expérience d'une relation (sociale, corporelle, etc.) avec un Autre.

En outre, l'instauration d'une relation entre Sujets procède avant tout d'une posture réflexive des infirmier(e)s se manifestant au sein d'échanges collectifs entre soignants. Ce « travail émotionnel¹⁶ » des soignants vise à conférer un sens clinique aux actions quotidiennes par le recours notamment à des théories analytiques. Cette habileté d'un retour sur ses propres pratiques et leurs enjeux symboliques fait lui aussi l'objet d'un apprentissage : « *Quand on est jeune infirmier, on a envie de prendre sa place. S'il n'y a pas à côté des ISP qui disent : 'attention, c'est valorisant d'être le bon objet, on en a envie, mais il faut quand même être à l'affût de ce que ça induit'. C'est le plus difficile à faire passer.* » (IDE, femme, 43 ans). L'apprentissage d'une posture réflexive passe par l'intégration de savoirs théoriques comme ici ceux issus de la théorie de Mélanie Klein¹⁷ sur le *bon objet* et le *mauvais objet*. Ces savoirs théoriques et cette habileté pratique sont le fruit d'une transmission renvoyant plus au compagnonnage qu'à l'étude et le groupe est le support privilégié de cet apprentissage. Cette formation à la relation d'intersubjectivité est nécessaire pour que les actions des infirmier(e)s en direction des patient(e)s aient une valeur thérapeutique. Il vise à instaurer une relation qui n'aliène ni le patient (en l'enfermant dans un statut d'objet par exemple) ni le soignant (qui pourrait perdre sa liberté s'il devenait pur objet du patient).

Pour les soignants, un des principaux ressorts de cette relation est la « mise à disposition de l'appareil psychique » de l'infirmier dans ses interactions avec le patient. Cette mise à disposition comporte des risques puisque le professionnel fait l'expérience d'une confrontation à la souffrance du patient. « *En psychiatrie, ça n'est pas la même fatigue qu'en soins généraux. Quand tu es huit heures avec vingt-sept patients psychotiques... Ils vous pompent votre énergie psychique : l'adhésivité des patients, les demandes depuis le matin, ils viennent...il y a des violences verbales. Les réflexions de comment leur*

¹⁶ Le « travail émotionnel » des soignants fait l'objet de plusieurs contributions dans l'ouvrage dirigé par Fabrice Fernandez, Samuel Lézé et Hélène Marche, *Le langage social des émotions. Etudes sur le rapport au corps et à la santé*, Paris, Economica, 2008

¹⁷ Voir notamment : Klein M., *La psychanalyse des enfants*, Paris, PUF, 2009

répondre, quoi leur répondre. Ils viennent déverser leur délire, leur souffrance. On ne peut pas en faire quelque chose tout de suite. Notre outil de travail, c'est nous, en tant que personne, être humain avec notre caractère. » (IDE, femme, 25 ans). L'apprentissage d'une clinique infirmière en psychiatrie consiste notamment en l'intégration de techniques permettant de réguler les troubles que peuvent percevoir les soignants dans leurs expériences d'une confrontation à la souffrance des patients. Parmi ces techniques, le groupe des pairs s'institue comme instance de régulation des risques liés à l'activité infirmière en psychiatrie. Le « collectif soignant » est, pour les infirmier(e)s un espace à protéger afin qu'il puisse fonctionner comme instance de régulation : *« La force des relations entre infirmiers est plus importante qu'en somatique. En psychiatrie, ça ne peut pas marcher si on ne parle pas avec les collègues (...) C'est ce qui nous permet de rester en selle. »* (IDE, femme, 25 ans).

Ces éléments dressant les contours d'une clinique infirmière à laquelle sont attachés les infirmiers. S'ils expriment des craintes quant aux transformations de « leur » filière de soin ou de « leur » groupe professionnel, cette dimension clinique reste une part importante de leurs pratiques quotidiennes. L'observation de la manière dont ces infirmiers se saisissent des instruments de gestion peut permettre d'éclairer les liens entre engagement dans le travail et mesure de l'activité.

Gestion, mesure de l'activité et braconnages infirmiers

Dans les unités de soin psychiatrique, le conflit de rationalité entre logique managériale et logique professionnelle se rejoue au quotidien. Les instruments de mesure et de gestion entrent dans le jeu (stratégique) des acteurs. Il n'y a pas de lien mécanique entre d'une part l'introduction de ces « nouveaux outils » et, d'autre part, d'éventuels changements dans l'organisation du travail ou dans les routines du métier. C'est la manière dont ces outils sont mobilisés (ou non) par les acteurs ainsi que leur négociation (Strauss, 1992) qui permettent de comprendre comment mesure et activité se travaillent mutuellement.

Le rôle des cadres de santé dans la négociation des instruments

A l'échelle de l'unité de soin, ces instruments (Lascoumes, Le Galès, 2005) sont introduits par la catégorie intermédiaire des cadres de santé (Divay, Gadéa, 2008). Ces derniers seraient « le bras séculier » de « la logique managériale [...] contraints à adhérer » à celle-ci au prix d'un clivage interne lié à leur travail de subjectivation du conflit de rationalités entre « logique professionnelle » et « logique managériale » (Idem, 2008, p. 679). Les cadres de santé ne sont néanmoins pas dénués de ressources. Bien qu'« en première ligne » pour gérer les conflits entre mondes médicaux, paramédicaux et administratifs, ils ne peuvent être observés comme les seuls moyens au service des fins d'une logique managériale diffuse. En observant ces acteurs engagés dans des interactions avec les infirmiers, médecins et cadres supérieurs de santé, on prend la mesure de la manière dont ceux-ci agissent et réagissent face aux dites injonctions issues d'un « tournant gestionnaire ».

Les cadres de santé sont au cœur de cet ordre négocié (Strauss, 1992) autour de la mesure et leur travail n'est possible qu'avec le soutien des équipes médicales et infirmières. Ce soutien n'est acquis que lorsque le cadre de santé est crédité de compétences issues d'une professionnalité de soignant. La légitimité trouve ainsi ses sources dans l'attachement du professionnel (le plus souvent issu de la profession infirmière et de la psychiatrie) à la clinique psychiatrique et à ses modalités de mise en œuvre.

Les outils sont le produit des interactions entre les différents acteurs de l'organisation et le rôle du cadre de santé ne peut être envisagé par une lecture fonctionnaliste le réduisant à un organe de maîtrise d'ouvrage du New Public Management.

Les infirmiers « garde-fous » de la qualité

Les cadres de santé ne sont pas les seuls à prendre part dans la négociation des outils de gestion. L'ensemble des segments professionnels interagissent pour contribuer à leur façonnement. Pour autant, chaque segment n'est pas doté des mêmes ressources. Certains ont très peu de ressources propres pour agir dans la définition de ces outils en amont de leur introduction. C'est notamment le cas des infirmiers. En effet, sans alliance (Crozier, Friedberg, 1977), ceux-ci ne peuvent aisément prendre part à la négociation. En revanche, lorsque ces instruments sont introduits dans « leur » unité, les infirmiers mettent en œuvre des *tactiques* pour *braconner* (Certeau, 1990) ce qu'ils considèrent comme déconnecté de leur travail concret. Sans nécessairement prendre part aux échanges formels à propos de l'introduction de ces « nouveaux outils », ils « habitent » très vite les instruments, les traversent et les transforment sans mot dire. Ces tactiques constituent, dans la théorie certalienne, « l'action calculée que détermine l'espace d'un propre. [...] Il lui faut utiliser, vigilante, les failles que les conjonctures particulières ouvrent dans la surveillance du pouvoir propriétaire. Elle y braconne. Elle y crée des surprises. Il lui est possible d'être là où on ne l'attend pas. Elle est ruse. » (Certeau, 1990 : 60-62). « Garde-fous » des lieux, ils assurent la continuité de leurs « manières de faire » en chargeant l'outil de leurs buts. A la manière de ce que Montjardet a observé dans la police

(Montjardet, 1996), les infirmiers procèdent à une « involution des buts » de la mesure afin de répondre aux exigences du métier tout en répondant aux prescriptions de l'encadrement administratif.

Les infirmiers en psychiatrie maîtrisent l' « art » du braconnage. Pour l'illustrer, on peut observer la manière par laquelle ils effectuent des procédures de traduction (Callon, 1986) tactique afin d'obtenir un soutien de la part des autres sujets du réseau :

A la suite d'une interaction avec un patient les ayant débordé, deux infirmières se consultent pour la rédaction de l'observation infirmière dans le dossier de patient. Elles ironisent sur l'idée de faire apparaître « emmerdeur ». Cette catégorie ne répond pas aux standards des transmissions infirmières et, surtout, ne leur permettrait pas de bénéficier d'un soutien pratique de la part de l' « équipe médicale » dont elles sont dépendantes (pour les prescriptions de traitements, la consignation en chambre d'isolement, etc.). Elles écrivent alors : « Très véhément. A la limite de l'agressivité. Refus de soin ».

Ces propositions constituent une traduction de l'état de santé du patient et de son comportement dans l'institution. Cette traduction est en outre tactique car vient s'y greffer, de façon discrète, des catégorisations qui traduisent aussi l'état d'esprit de l'équipe face à une telle prise en charge et la volonté des infirmiers d'une action régulatrice de la part des médecins prescripteurs. Cet art du détournement se joue aussi dans les interstices des dispositifs de suivi, de gestion ou de contrôle.

Dans les transformations héritières du Label qualité à l'hôpital, les locaux des personnels infirmiers, aides-soignants ou ASH des hôpitaux psychiatriques ont été réaménagés afin de rendre plus visible leur présence. Des hublots ont été découpés sur les portes auparavant opaques et fermées. Les croix apposées par les services techniques ont d'abord été effacées pour freiner le travail des ouvriers. Une fois les hublots installés, ceux-ci furent quotidiennement recouverts de sets de table en papier.

Si ces hublots ont fait l'objet d'un tel détournement, c'est que le choix de construire des orifices reliant ce lieu clos (l'Office) aux espaces partagés avec les patients (en

l'occurrence le couloir) entrainent en contradiction avec les logiques du métier des infirmiers et aides-soignants. L'espace de l'office constitue, pour les soignants, un espace protégé dans lequel le groupe peut réguler collectivement le trouble lié à l'expérience psychiatrique et échanger collectivement de manière informelle sur les cas des patients. Ces échanges (relevant de la clinique) ne peuvent, selon eux, se faire à la face des patients. Ces « rideaux », bricolés par les infirmiers, sont une illustration de la manière dont ces professionnels développent un art du « faire avec ». Ce faisant, ils parviennent à détourner et à braconner les prescriptions et les transformations de l'organisation hospitalière pour continuer à mener, comme ils l'entendent, leur activité clinique.

L'importance des vigies

Cet art du détournement s'accompagne d'une vigilance et d'alliances permettant aux braconnages - quoique pour partie toujours éphémères - de trouver une stabilité dans le temps. Il s'agit de s'entourer de vigies, d'avoir des alliés « faisant le guet » pour prévenir d'une éventuelle venue indésirable.

La tenue de la pharmacie en offre une illustration :

Afin de rationaliser les stocks de pharmacie des différentes unités et organiser une gestion centralisée des commandes, l'administration de l'hôpital a formalisé un protocole standardisé d'organisation de la pharmacie au sein de chaque unité. Cette décision était également motivée par la nécessité de limiter les risques liés à des défauts de sécurisation de l'accès aux produits psychoactifs. Alors, les infirmiers constituent, au fil des commandes et des traitements en sus, un stock permettant de gérer les incertitudes liées à la survenue d'une crise aiguë chez un patient. Cette gestion informelle des stocks est, selon les infirmiers, bien connue de « la pharmacie » avec qui il convient d'« avoir de bonnes relations ».

La visite de contrôle de la pharmacie par le cadre supérieur de pôle, le service qualité et la direction des soins n'a pas été annoncée par les contrôleurs. Pourtant,

un infirmier d'un autre service a obtenu l'information à temps et s'est empressé de prévenir ses collègues. L'infirmière réceptionnant le coup de téléphone s'est alors précipitée vers la pharmacie de l'unité. Elle referme en quelques secondes l'ensemble des boîtes contenant les traitements, ferme les portes-coulissantes des placards laissés ouverts et court prévenir « sa cadre » de la venue du service qualité pour la pharmacie et qu'elle s'est occupée de son rangement.

Les règles prescrites par l'administration entrent pour partie en conflit avec les routines des infirmiers et les nécessités de leur métier (avoir un stock pour gérer dans l'urgence le traitement d'un patient en crise, accéder au plus vite au matériel d'injection et traitements psychoactifs). Pour que le braconnage et le système concret puissent perdurer, il s'agit non seulement d'assurer une façade formaliste mais surtout activer les vigies du contrôle menaçant la « régulation autonome » (Reynaud, 1988). Les espaces et les temps de rencontre avec les infirmiers d'unités voisines (lors des « appels à l'aide » ou des déplacements dans les autres services de l'hôpital) ou les collègues avec qui les infirmiers ont travaillé auparavant constituent ainsi une forme de capital social mobilisable pour poster d'éventuelles vigies.

Grignotages silencieux

Au-delà des détournements ordinaires des protocoles mis en place par la « démarche qualité », les infirmiers se voient mobilisés dans les procédures de codage de l'activité nécessaires à l'évaluation des établissements de santé. Les promoteurs de ces procédures ambitionnent de rendre compte de l'activité dans les établissements de santé mentale, de permettre une meilleure gestion des ressources des établissements ainsi qu'une plus grande « transparence » entre soignants, administration et usagers. Le but est aussi d'affiner une gestion par objectifs et de stimuler la performance (Ogien, 2010) en mettant en concurrence les équipes et les établissements, notamment par le biais de la « valorisation de l'activité ».

Présentés au sein des unités par la Direction des Systèmes Informatiques (DSI), ces dispositifs font peu réagir les infirmiers en amont de leur introduction. Ceux-ci écoutent, distraits et pressés de quitter la salle pour retrouver leur « vrai boulot » (Bidet, 2011), les personnels des DSI envoyés présenter de façon participative l'architecture des nouveaux logiciels en test. Au sortir de ces réunions, des médecins ironisent sur la « quantophrénie » ou la « ratiocratie » (Jany-Catrice, 2010). L'assistante sociale souffle que « c'est un moyen de faire baisser le nombre de lits ». Une « ancienne ISP » et une IDE syndiquée à la CGT s'insurgent du fait que « les équipes ne sont non seulement pas en charge de la formation mais doivent en plus former des formateurs ». La majorité des autres infirmiers considèrent quant à eux que « ce qui s'est dit est trop abstrait » et retournent sans autre commentaire à ce qu'ils considèrent comme faisant partie du cœur de leur faisceau de tâches (Hugues, 1951, 1996).

On pourrait conclure à l'absence d'opposition des infirmiers en psychiatrie à la logique gestionnaire et à l'absence de conflit de rationalités. Ce serait ne pas voir les « manières de faire » de ce segment de groupe professionnel. Pour reprendre les mots de Michel de Certeau, « bien loin d'être une révolte locale, donc classable, c'est une subversion commune et silencieuse, quasi moutonnaire » (Certeau, 1990 : 293). Si nécessaire, les infirmiers affichent une façade de résignation vis-à-vis des prescriptions et laissent se diluer en discours abstraits ce qui ne résonne pas en eux comme un outil au service de leur « vrai boulot ».

Parmi les instruments introduits depuis 2007 dans les établissements de santé spécialisés en santé mentale (RIM-Psy et DPI), seuls des éléments clefs du DPI sont réellement investis par les infirmiers. Comme le résume un cadre de santé d'une unité de soin psychiatrique dans une communication¹⁸ sur ce sujet : « les soignants investissent le DPI dans ce qu'il leur rend comme service [...]. Ce qui au contraire nous paraît lourd (car l'architecture informatisée reste lourde), n'est pas investi. » (cadre de santé, ancien ISP). Les instruments de mesure de l'activité contenus dans le DPI et, plus largement, dans le

¹⁸ Le choix de ne pas référencer cette contribution est justifié par l'engagement au respect de l'éthique sociologique visant à préserver l'anonymat des enquêtés

RIM-Psy, ne font l'objet d'une mobilisation que s'ils intègrent et servent l'activité infirmière en psychiatrie. Les modalités proposées ne s'inscrivent pas dans la logique de l'activité des équipes et restent ainsi et dans une large mesure, des « indicateurs inertes » au sens de Valérie Boussard (2001). Des pans entiers de l'architecture logicielle sont abandonnés par la plupart des utilisateurs. Seuls quelques éléments « fourre-tout » et reprenant les grandes lignes du dossier matérialisé sont investis. Restent dans l'ombre l'immense majorité des *procédures* minuscules traversant l'ensemble des modalités proposées sans pouvoir s'y installer. Celles-ci se retrouvent dans les items généraux de la grille EDGAR, le plus souvent sous la modalité : « entretien tout-type ». La plupart des indicateurs ne sont donc pas investis car trop éloignés de l'activité infirmière. Ils sont, pour les infirmiers au moins, inertes.

Les outsiders et le chiffre

Il n'empêche que le relevé de ces comptes est mobilisé par quelques acteurs des organisations psychiatriques. Si les cadres de santé des unités ne sont pas dupes des braconnages infirmiers et de la faiblesse des indicateurs à rendre compte des pratiques, d'autres acteurs, intermédiaires de l'organisation (cadre supérieur de pôle, direction des soins), tendent à investir ces dispositifs comme moyen de connaissance et de négociation avec les acteurs ou groupes d'acteurs avec qui ils entretiennent des liens d'interdépendance. Ainsi, un cadre supérieur de pôle, évoquant le travail de l'équipe de nuit, met en avant l'idée que l'équipe « rechigne à prendre en charge du travail qui n'a pu être fait la journée ». Il compte « faire un inventaire des tâches à effectuer sur vingt-quatre heures afin d'organiser l'unité en fonction des besoins ». Il trouve à ce titre « étonnant qu'il y ait deux équipes séparées » et estime que c'est un « chantier » qu'il devrait débiter. Ce cadre supérieure de pôle, ancien ISP, acquis aux « voies de la qualité » (Herreros, Milly, 2011), se sent éloigné du quotidien des unités de soin. Contrairement au cadre de santé rencontré plus haut qui peut affirmer qu'il « ne s'est jamais senti autant soignant que depuis qu'il a posé sa blouse » sur la patère en face de son bureau, ce cadre supérieur de pôle mobilise les outils de suivi et de mesure de

l'activité comme moyen de connaissance dans le quotidien des unités et de la légitimation de son management d'équipes.

Ces usages de la mesure recouvrent pour partie ceux mis en évidence par Robert (2007) et Purenne et Aust (2010) dans la police : « ce sont de nouveaux échelons, en position d'*outsiders*, qui se saisissent de ces outils statistiques de suivi de l'activité des services (Robert, 2007, 2011). Ces dispositifs représentent en effet pour eux une opportunité : la remontée régulière de tableaux de bord leur permet, en palliant le déficit d'informations et leur éloignement du terrain, d'asseoir leur pouvoir sur les échelons subalternes » (Purenne, Aust, 2010).

Conclusion

Ces indicateurs, « inertes » car déconnectés de l'activité concrète des infirmiers en psychiatrie ou subvertis par les soignants car éloignés du cœur clinique du métier, permettent certes de construire des compte-rendu de l'activité des établissements spécialisés en santé mentale mais ne sont en revanche pour les infirmiers qu'un « espace de jeu pour des *manières d'utiliser* l'ordre contraignant qu'ils sont censés représenter » (Certeau, 1990 : 51-52). Ils constituent par ailleurs « une trace *au lieu* des actes, une relique au lieu des performances : elle n'est que leur reste, le signe de leur effacement. Cette projection postule qu'il est possible de prendre l'un [...] pour l'autre (les opérations articulées sur les occasions). C'est un « quiproquo » (l'un à la place de l'autre) » (Certeau, 1990 : 58-59).

La politique du chiffre (Vatin, 2009) peine à coloniser l'espace des savoirs et des pratiques infirmières en psychiatrie. Ces professionnels, dans leurs pratiques ordinaires, ne s'y trompent pas dans ce quiproquo et agissent localement, discrètement et quotidiennement à subvertir les dispositifs. N'ayant pas voix au chapitre, ils ne reprennent ni ne critiquent le discours englobant ou totalisant associé au chiffre. Ils ne cherchent pas à afficher de politique opposée à celle diffusée par les tenants de la mesure. Ils témoignent par contre, par leurs actions, d'économies morales (Fassin, Eideliman, 2012) opposées aux politiques de la mesure censées les représenter.

Bibliographie

- ABBOTT A., *The System of Professions*, Chicago, University of Chicago Press, 1988
- ABBOTT A., *Time Matters. On Theory and Method*, Chicago, University of Chicago Press, 2001
- ACKER F., « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », in. *Revue Française des Affaires Sociales*, 2005/1, N°1, p. 161-181
- AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y.-F., *Les nouvelles approches des organisations*, Paris, Seuil, 1996
- ARBORIO A.M., *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, 2001
- BARBIER J. – M., De l'usage de la notion d'identité en recherche. *Éducation permanente*, N° 128, pp. 11-26, 1996
- BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, Paris, Seuil, 2009
- BELORGEY N., *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010
- BIDET A., *L'engagement dans le travail. Qu'est-ce que le vrai boulot ?*, Paris, PUF, 2011
- BOURDIEU P., *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Editions de Minuit, 1979
- BOUSSARD V., « Quand les règles s'incarnent. L'exemple des indicateurs prégnants », in. *Sociologie du Travail*, 2001, N° 43, p. 533-551
- CALLON M., « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques dans la Baie de Saint-Brieuc », in. *L'année sociologique*, N°36, 1986
- CAMILLERI C. (dir.), *Stratégies identitaires*. Paris, Presses Universitaires de France, 1990
- CASTEL R., *La gestion des risques*, Paris, Editions de Minuit, 1981, 2011
- CASTRA M., *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*, Paris, Presses Universitaires de France, 2003
- De CERTEAU, *L'invention du quotidien (L'arts de faire)*, Paris, Gallimard, 1990

CHANIAL Ph., « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin » in. *Revue du MAUSS*, La Découverte, N° 35, 2010/1, pp. 135-150

CICOUREL A. V., *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil, 2002

CLOT Y., LHUILIER D., *Agir en clinique du travail*, Paris, Erès, 2010

CLOT Y., *Le travail à cœur*, Paris, La Découverte, 2010

CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1992

DAVIS F., « Professional socialization as a subjective experience : the process of doctrinal conversing among student nurses » in. H. BECKER, B. GEER, D. RIESMAN et R. WEISS (eds), *Institutions and the persons : Essays in honor of Everett HUGUES*, Chicago, Free Press, pp. 235-256

DEMAILLY L., *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Villeneuve d'Asq, Presses universitaires du Septentrion, 2008

DEMAZIERE D., GADEA C., *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2010

DUBAR C., *La crise des identités, l'interprétation d'une mutation*. Paris, Presses Universitaires de France, 2000

DUBET F., *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil, 1994

DUBET F., *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002

DUBOYS FRESNEY C., *Le métier d'infirmière en France. Du métier d'infirmière à l'exercice professionnel des soins infirmiers*, Paris, P.U.F., 2009

DIVAY S., GADEA C., « Les cadres de santé face à la logique managériale » in. *Revue Française des Affaires Publiques*, ENA, N°128, 2008/4

FERNANDEZ F., LEZE S., MARCHE H., *Le langage social des émotions. Etudes sur le rapport au corps et à la santé*, Paris, Economica, 2008

FOUCAULT M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1965

De GAULEJAC, *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Seuil, 2005, 2009

De GAULEJAC V., *Qui est « je » ?*, Paris, Seuil, 2009

GRARD J., « Sur les savoirs des infirmiers travaillant en psychiatrie, entre connaissance « savante » et « profane ». Catégorisations, identités professionnelles et enjeux sociaux », in. LEZE S. (Dir.), *Le sens du mal être*, Paris, Edition des Archives Contemporaines, à paraître

EHRENBERG A., *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy, 1991

EHRENBERG A., *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 2008

FASSIN D., EIDELIMAN J.S. (dir.), *Economies morales contemporaines*, Paris, La Découverte, 2012

GOFFMAN E., *Les cadres de l'expérience*, Paris, Editions de Minuit, 1991

GOFFMAN E., *Stigmates. Les usages sociaux du handicap*, Paris, Editions de Minuit, 1975

GOFFMAN E., *Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Editions de Minuit, 1968

HERREROS G., *Pour une sociologie d'intervention*, Toulouse, Erès, 2009

HERREROS G., MILLY B., *La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique*, Paris, L'Harmattan, 2011

HOCHMANN J., *Histoire de la psychiatrie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004

HUGUES E.C., *Le regard sociologique. Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996

JANY-CATRICE F., « La longue marche vers de nouveaux indicateurs sur les territoires », in. *Revue Savoir/Agir*, Editions Du Croquant, n°10, pp. 93-101.

JEANSON F., *Quelle formation pour quelle psychiatrie ?*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2004

KLEIN M., *La psychanalyse des enfants*, Paris, PUF, 2009

KLEINMAN A., *What really matters? Living a moral life amidst uncertainty and danger*, Oxford University Press, 2006

KNIBIEHLER Y., *Cornettes et blouses blanches. Les infirmiers dans la société française, 1880-1980*, Hachette, Paris, 1984

LASCOUMES P., LE GALES P. (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004

- LAHIRE B., *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, 1998, 2001
- LAPLANTINE F., *Le sujet. Essai d'anthropologie politique*, Paris, Téraèdre, 2007
- LAUTIER N., *Psychosociologie de l'éducation*. Paris, Armand Colin, 2001
- LAZARSFELD P., « Des concepts aux indices empiriques » in. Traduction française de R. Boudon, Paul Lazarsfeld, *Le vocabulaire des sciences sociales*, Mouton, La Haye, 1965 : 28-36
- MAUSS M., *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1950
- MONTJARDET D., *Ce que fait la police. Sociologie de la force publique*, Paris, La Découverte, 1996
- OGIEN A., « La valeur sociale du chiffre. La quantification de l'action publique entre performance et démocratie », *Revue française de socio-économie*, 5, 2010, p. 19-40.
- OLIVIER B., *L'acteur et le sujet*, Paris, Desclée de Brouwer, 1995
- PENEFF J., *L'hôpital en urgence. Etude par observation participante*, Paris, Métailié, 1992
- PURENNE A., AUST J., « Piloter la police par les indicateurs ? ... et limites des instruments de mesure des performances », *Déviance et Société*, n°1, 2010
- REYNAUD J.D., "La régulation dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome", *Revue française de Sociologie*, n°1, pages 5-18, 1988
- ROBERT P. (dir.), *Mesurer la délinquance*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011
- RHODES L.A., *Emptying beds. The work of an emergency psychiatric unit*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1991
- RICOEUR P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990
- SAINSAULIEU I., *L'hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité*, Paris, Belin, 2007
- SAINSAULIEU I., *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, Paris, L'Harmattan, 2003
- SAINSAULIEU R., *L'identité au travail*, Paris, FNSP, 1985
- STRAUSS A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, L'Harmattan, 1992
- TOURAINÉ A., KHOSROKHAVAR F., *La recherche de soi. Dialogue sur le sujet*, Paris, Fayard, 2000
- VATIN F., (dir), *Évaluer et mesurer*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 2009

VEGA A., *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Archives contemporaines, 2009

WINNICOTT D., *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975