

Patrimoine culturel immatériel de la France

Fiche d'inventaire

Désignation(s) de la manifestation :

Le patrimoine culturel immatériel des communautés hospitalo-universitaires ;
Sauvegarder l'humanité des soins en territoire hospitalier public

Identification sommaire :

Les hôpitaux sont irréductibles à leurs fonctions rationnelles, palpables, mesurables et chiffrables. Ils s'organisent également autour de puissants registres symboliques et imaginaires qui les façonnent en tant que territoires de communautés toutes entières tournées vers le *soin des Autres*.

Cet enjeu oriente le regard vers ce que sont les hôpitaux publics et les collectivités qu'ils abritent. C'est sous cet angle que l'opération d'inventaire du patrimoine culturel immatériel réinterroge les significations profondes des métiers exercés au sein des établissements hospitalo-universitaires.

Les récits collectés au cours de l'enquête d'inventaire, les savoir-être et savoir-faire dépeints par les praticiens, montrent alors combien les territoires hospitaliers sont des *seuils*, tout à la fois bornes et passages, où se révèlent sans cesse éprouvées *les limites de l'existence Humaine*.

Communauté(s) participante(s) :

Centre hospitalier universitaire d'Angers (CHU d'Angers)
Centre hospitalier universitaire de Rouen (CHU-Hôpitaux de Rouen)

Données techniques de la fiche d'inventaire :

Enquêteur-chercheur : Yann LEBORGNE

Organisme(s) : Partenariat entre le CHU de Rouen et l'Office du Patrimoine Culturel Immatériel (OPCI) en 2013 ; puis Centre Régional de Culture Ethnologique et Technique (CRÉCET) de Basse-Normandie ; puis EPCC La Fabrique de patrimoines en Normandie.

Coordination de l'investigation au sein des communautés : Denis LUCAS et Caroline QUESSANDIER (délégation culturelle du CHU de Rouen) ; DELPHINE BELET (délégation culturelle du CHU d'Angers)

Lieux d'enquête : CHU de Rouen, CHU d'Angers

Dates(s) de l'enquête : février-mars et mai-juin 2013 (Rouen) / juin-juillet 2014 (Angers)

Date(s) de rédaction de la fiche : septembre-octobre-novembre 2014, par Yann LEBORGNE

Séquençage des extraits audio : Martin LECONTE (EPCC La Fabrique de patrimoines en Normandie)

Matériau récolté/produit durant l'enquête : Entretiens oraux (non filmés)

Volume : Deux sessions d'enquête en 2013 (Rouen), et une session en 2014 (Angers)
27h45'13'' d'entretiens au CHU d'Angers ; 82h56'10'' d'entretiens au CHU de Rouen

Format : MP3 (conservation des entretiens par les CHU et le CRÉCET)

Formulaires de consentement : Conservés par les CHU

Indications géographiques et territoriales :

Centre hospitalier universitaire d'Angers (CHU d'Angers, site central de l'administration)

Adresse postale : 4, rue Larrey, 49100 Angers

Adresse Internet : <http://www.chu-angers.fr>

Coordonnées géographiques (du centre administratif)

Latitude : 47° 28' 51.6" Nord

Longitude : 0° 33' 20.9" Ouest



CHU d'Angers – site central
Image IGN – Géoportail.gouv.fr

Ci-dessous : Le logo du CHU d'Angers (en 2014)

Cette représentation affirme l'inscription du projet CHU dans un territoire en réseau



Centre hospitalier universitaire de Rouen (CHU de Rouen, site central de l'administration)

Adresse postale : 1, rue de Germont, 76000 Rouen

Adresse Internet : <http://www3.chu-rouen.fr>

Coordonnées géographiques (du centre administratif)

Latitude : 49° 26' 27.3" Nord

Longitude : 1° 06' 27.5" Est



CHU de Rouen – site Charles Nicolle
Image IGN – Géoportail.gouv.fr

Ci-dessous : le logo du CHU de Rouen (en 2014)

On remarque sur ce logo l'entrelacement de l'hôpital (H) et de la ville (le R de Rouen), traduisant ainsi l'identité duale du lieu. Le pont formé par le H au-dessus d'un méandre stylisé semble signifier (outre le rappel de Rouen sur la Seine) la puissante dimension relationnelle du territoire hospitalier.



Présentation des sites

Fonctions et organisation des centres Hospitalo-universitaires

[Partie à compléter ultérieurement]

Approche symbolique de l'espace hospitalo-universitaire

Une analyse de la façon dont les CHU sont inscrits dans une géographie symbolique semble en mesure de livrer quelques clefs permettant de saisir l'identité de ces communautés hospitalières. La relation entre un hôpital et le *territoire* (au sens générique) est en effet extrêmement étroite, voire *intime*. Cette intimité peut être attribuable au fait qu'un territoire est une *extension du corps individuel*, et que celui d'une communauté est une forme de représentation corporelle d'une société qui s'unifie, affirme son existence et se différencie vis-à-vis de son extériorité.

À ce propos une figure bien connue est celle des souverains Européens d'autrefois dont les royaumes étaient assimilés à des extensions symboliques de leur propre corps. Cette conception s'associait¹ à une croyance en des pouvoirs thaumaturgiques qui s'avéraient notamment ritualisés à l'occasion des sacres. Derrière pareille mise en scène d'un don de *guérison*, il s'agissait de signifier à travers un acte d'intercession une capacité du roi à modifier le cours des choses, à émanciper ses sujets des seules évolutions naturelles. Les guérir, c'était donc se montrer en relation avec le Divin capable de guérir son territoire, d'assurer sa régénérescence et sa pérennité par-delà les aléas qui l'affectent. Il faut d'ailleurs noter que cette idée demeure de nos jours où les problèmes concernant des villes, des régions et des pays sont souvent évoqués par analogie avec des pathologies dégradant le corps de sociétés « malades ». Le pouvoir du responsable politique se mesure aussi à l'aune de sa capacité à libérer un territoire des maux qui le perturbent et qui menacent son existence.

Il est important de souligner que la fonction symbolique du thaumaturge surgit de la position singulière qu'il occupe entre ; d'une part, la *puissance globale* d'ordre universel (le divin), et d'autre part le *territoire*, extension de lui-même et circonscrit dans ses limites. C'est-à-dire que le pouvoir de guérison apparaît indissociable d'une localisation de *seuil entre intériorité et extériorité*.

On retrouve cette idée à travers les pathologies qu'avaient compétences à guérir les souverains : il s'agissait en effet de maladies affectant la *peau*, telles les *écrouelles*², que devaient conduire à effacer un *toucher* du roi sur les plaies assorti d'un signe de croix et d'une formule « *Le roi te touche, que Dieu te guérisse* ». Or, précisément, la peau est bien l'organe faisant seuil entre l'extériorité et l'intériorité du territoire corporel. De même il est intéressant de rappeler que ce rituel se voyait tout particulièrement mis en scène lors des sacres ; c'est-à-dire au cours de l'évènement qui célébrait le *seuil* d'un règne, le début de l'autorité sacrée d'un prince sur son royaume.

On mesure d'après ces remarques combien le pouvoir thaumaturgique (étym., *faire des miracles*), où Dieu opère par l'intermédiaire du souverain, se place au point de contact du céleste (*divin, lumière du ciel*) avec le corps-territoire. Or, l'association du *divin* et de la *territorialité* se révèle aussi dans l'agencement spatial historique des hôpitaux et des anciens hospices.

À Rouen et à Angers (mais cela vaut autant pour de nombreux autres établissements) des chapelles et églises furent autrefois édifiées aux emplacements correspondant au point de symétrie de leurs plans architecturaux. À Angers, il s'agit de la chapelle Sainte-Marie. Concernant Rouen, l'hôpital Charles Nicolle est coiffé par l'ancienne chapelle de l'Hospice, tout comme l'église Sainte-Madeleine s'associe à l'ancien Hôtel-Dieu dont l'aile sud abritait les chirurgiens. Soulignons que ce pavillon des *chirurgiens* dans un *Hôtel-Dieu* devenu Préfecture réaffirme aussi une étroite articulation du divin, de la territorialité et du caractère *opérateur* liée au toucher du souverain thaumaturge. Son incarnation spatiale contemporaine pourrait être alors le centre hospitalo-universitaire.

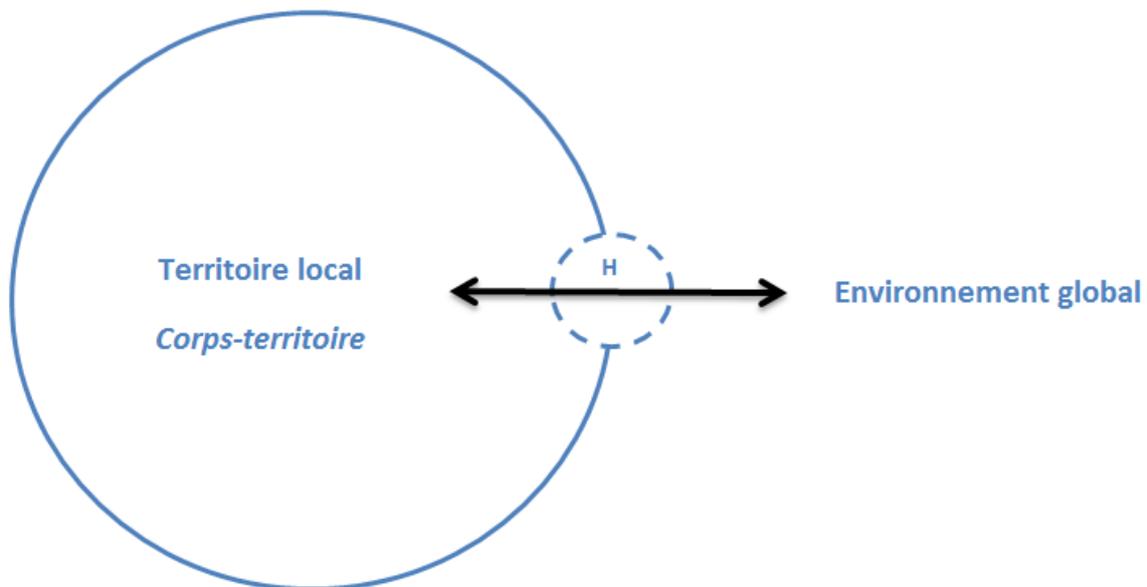
Comme on l'a vu, Le pouvoir thaumaturgique du souverain dans son acception traditionnelle apparaît découler d'une métaphore qui lie le corps au territoire. En tant qu'intercession, Il implique symboliquement le *transfert* d'une demande depuis un corps-territoire vers le divin, via le roi faisant

¹ Essentiellement en France et en Angleterre.

² MARIN Solange, « *Toucher des écrouelles* », in Encyclopaedia universalis [en ligne]

office de *seuil avec l'extériorité*. Puis, un mouvement de retour s'opère depuis le divin vers le corps-territoire, via le toucher du thaumaturge qui entre en contact avec l'Homme malade. Ainsi, on devine que l'Homme qui guérit est en mesure d'assurer cette fonction de guérisseur du fait de sa position d'intermédiaire : celle-ci ne saurait être alors dans le corps de l'Homme malade, mais pas non plus tout à fait en dehors. Elle se situe à une place mettant en *relation* le dedans avec le dehors.

Figure 1



© Yann LEBORGNE, CRÉCET de Basse-Normandie, inventaire du patrimoine culturel immatériel de la France, 2014

À ce sujet, il est intéressant de remarquer combien la localisation dans l'espace urbain des centres hospitaliers étudiés vérifie ce positionnement que nous venons de décrire.

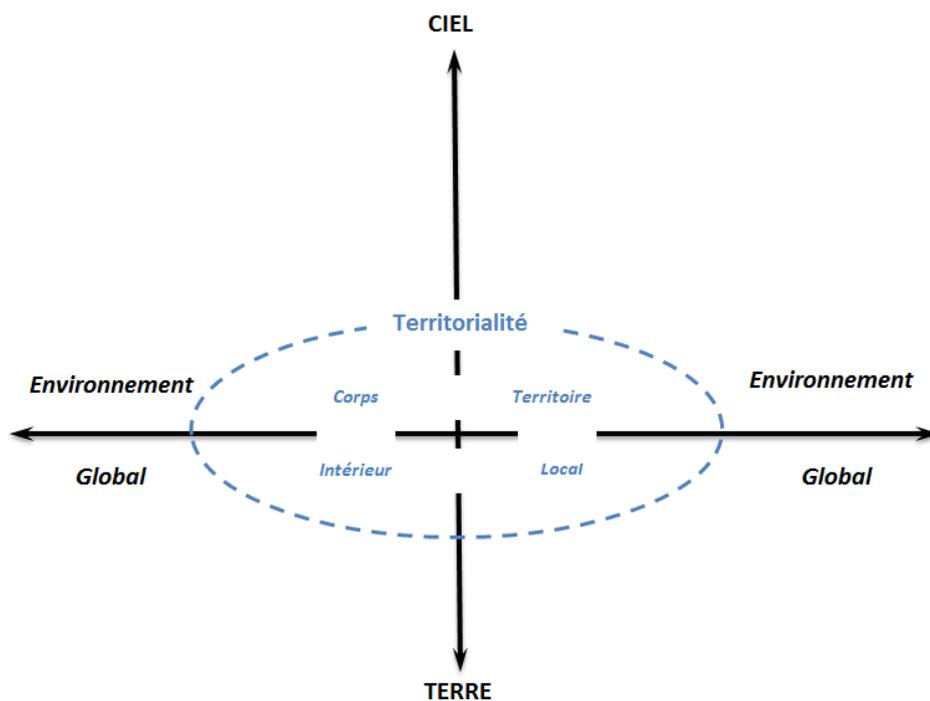
Pour ce qui concerne Angers, son CHU se localise en effet face à la Maine, sur la rive opposée au centre-ville, à l'interface entre l'hypercentre et le reste de l'agglomération. Par ailleurs, l'hôpital est directement relié au centre-ville via un pont le mettant en relation directe avec le quartier de l'ancienne gare St-Serge (elle-même en position de seuil), laquelle contribuait autrefois (avant 1970) à relier l'aire métropolitaine angevine avec son extériorité territoriale.

À Rouen, le site central du CHU ne se localise pas en bord de fleuve. Néanmoins situé à proximité immédiate de la voie qui ceinture la première couronne urbaine, il jouxte l'hyper-centre de Rouen et marque sa limite Est en prolongement du champ de Mars et du quartier qu'occupe le siège de la Région Haute-Normandie. À l'échelle plus fine, on retrouve d'ailleurs une même discontinuité entre l'intérieur et l'extérieur du territoire. En effet, tandis que les locaux administratifs et de soins sont localisés près du centre-ville à l'Ouest ; de l'autre côté du boulevard Gambetta sont installés le SAMU76 ainsi que la faculté de médecine et l'IFSI, c'est-à-dire des services et des formations qui marquent à l'Est une transition entre l'intérieur et l'extérieur du domaine hospitalier.

D'après ces premières observations, il semble que la spatialité des hôpitaux étudiés puisse être abordée à partir de deux grands axes symboliques fondamentaux. Un axe vertical reliant la terre au ciel traduit d'abord la territorialité (liée au pouvoir des Hommes à guérir) en vue d'une libération (des corps). On retrouve ici la notion d'intercession, mais également l'idée d'une tension entre le pouvoir terrestre (celui des Hommes) et la dimension divine (qui leur échappe mais qu'ils cherchent à capter). Quant au second axe, horizontal, il renvoie à un gradient allant depuis le cœur, c'est-à-dire

l'intériorité, vers la périphérie et les extériorités corporelles et territoriales. Ainsi, les hôpitaux universitaires s'assimileraient à des portes qui, dans une finalité libératrice et régénératrice de vie, relierait les Hommes et leurs communautés à des univers radicalement différents.

Figure 2



© Yann LEBORGNE, CRÉCET de Basse-Normandie, inventaire du patrimoine culturel immatériel de la France, 2014



Ci-dessus : CHU d'Angers, vue sur la chapelle Sainte-Marie

Y. LEBORGNE, CRÉCET de Basse-Normandie, inventaire du Patrimoine Culturel Immatériel de la France, 2014

Ci-dessous : Chapelle Sainte-Marie, peintures murales (réalisation 1857-1868)



© Y. LEBORGNE, CRÉCET de Basse-Normandie, inventaire du Patrimoine Culturel Immatériel de la France, 2014

Ci-dessous : CHU d'Angers, l'accueil des patients aménagé dans la chapelle



L'articulation du pouvoir terrestre avec le pouvoir céleste pose bien sûr question concernant nos hôpitaux contemporains ; quand bien même les chapelles et les églises y demeurent existantes ; et compte tenu de l'effacement des présences et pratiques religieuses traditionnelles. À ce sujet, sans être en contradiction avec l'idée selon laquelle le signifié spirituel associé aux édifices religieux révélerait d'une importance majeure sur le plan symbolique pour des territoires hospitaliers très liés aux dimensions organiques de l'être humain, on peut penser que ces références sont en partie l'héritage d'un très lointain passé où les guérisons étaient surtout attribuées à une manifestation de Dieu ; et où elles relevaient de *miracles*. Les médecins étaient alors des *guérisseurs*.

Or, dans le contexte actuel, les croyances en une force surnaturelle qui opèrerait sur les malades, et plus globalement les relations explicites au divin, sont écartées des centres Hospitalo-universitaires car leurs protocoles obéissent aux avancées de la Recherche. C'est à ce titre que la référence à Dieu, qui rappelle en outre la présence de communautés infirmières religieuses à des

époques plus récentes³, est rejetée par les hospitaliers. Leurs pratiques auraient aujourd'hui rompu avec l'intercession et l'intervention d'une puissance d'ordre céleste ; évocatrices d'un temps où les Hommes étaient moins capables de faire face aux pathologies qui les affectent.

Pour autant, on peut aussi se demander dans quelle mesure la recherche scientifique, placée au cœur des missions de toute communauté hospitalo-universitaire, n'aurait pas succédé à cette relation traditionnelle qui unissait jusqu'ici l'Homme-qui-guérit aux forces de l'univers. Cette idée semble intéressante si on admet que les sciences médicales se veulent accéder à une compréhension des lois régissant le monde du vivant afin de mieux pouvoir soigner et guérir les Hommes. Ces Hommes dont les corps eux-mêmes obéissent à des règles biologiques, en grande partie méconnues, qui poussent inévitablement à se questionner sur le profond mystère de leur existence.

Même si ce phénomène s'exprime bien-sûr d'une façon fort différente d'autrefois, on devine à travers ces remarques combien l'hôpital universitaire d'aujourd'hui apparaît continuer de relier les pouvoirs de la terre et du ciel. Les actes chirurgicaux, médicaux et paramédicaux concrets semblent difficilement dissociables d'une quête des forces qui régissent l'univers, dont la progressive maîtrise par les hospitaliers doit permettre aux Êtres humains de se mieux se soigner et d'accroître peu à peu leur pouvoir de guérison. En outre, les CHU sont aussi des lieux où ce pouvoir de soigner et de guérir rencontre un pouvoir administratif, émanation d'une *souveraineté terrestre*.

Ce registre symbolique participe de comprendre pourquoi les hôpitaux universitaires français sont rattachés à des capitales régionales ou infrarégionales : Angers pour l'Anjou, Rouen pour la Haute-Normandie, etc...de même qu'ils sont reliés à une territorialité nationale et développent des relations internationales. Les pratiques hospitalières ne sauraient demeurer circonscrites dans des frontières : elles tirent vers l'extérieur, l'Autre, vers une universalité des soins. Visant à libérer les Hommes des souffrances de leur corps-territoire, elles sont vouées à se *déterritorialiser*.

Le parallèle entre la ville-capitale et l'hôpital universitaire doit être ainsi affirmé. En effet, si la ville et l'hôpital traduisent tous deux une matérialité territoriale et corporelle, les dimensions « capitale » et « universitaire » ouvrent vers le global et l'universel. Dans ce schéma, inclus dans une perspective territoriale totale, les CHU ambitionnent d'assurer le soin de chacun faisant partie de la communauté des Hommes. Il s'agit alors d'un « *soin pour tous* » ; lequel contient non seulement la notion d'*accueil* mais aussi celle d'*assemblée* du peuple : c'est-à-dire *l'ecclési*a (l'église).

À ce sujet, il paraît intéressant de souligner combien le site où sont installés les principaux services du CHU d'Angers vérifie cette configuration. Développé autour de l'ancien hospice Sainte-Marie (lui-même issu de l'union de trois institutions hospitalières angevines au début du XIX^e siècle), cet ensemble s'est développé à partir d'un « *acropole* » formé par la chapelle Sainte-Marie, laquelle domine ostensiblement la vallée de la Maine en contrebas. Si l'on ajoute que sur l'autre berge s'élève le *château d'Angers* à quelques centaines de mètres au sud, alors il est possible d'observer que les deux formes symboliques du pouvoir céleste et terrestre se correspondent parfaitement de part et d'autre du cours d'eau qu'enjambe la capitale Angevine.

Bien que le schéma soit différent à Rouen, il présente quelques similitudes intéressantes. Le complexe hospitalier central du CHU s'est en effet développé à partir de l'hôpital Charles Nicolle, de part et d'autre du boulevard Gambetta qui coïncide avec l'ancien tracé des fortifications de la ville. À l'Est, la partie extérieure comprend des services qui, on l'a vu, assurent une transition avec l'extériorité du territoire. Ils soulignent donc une position de *seuil*. Mais surtout, il s'agit de remarquer que cette situation répond à la localisation, plus au sud, le long du même axe, de l'hôtel

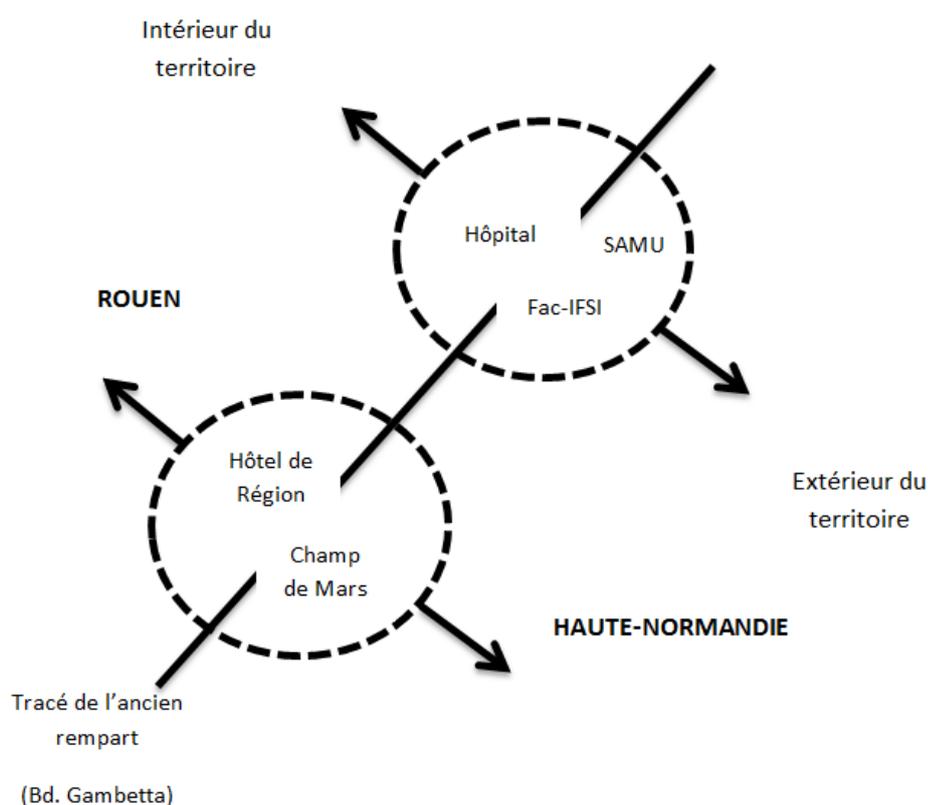
³ Il s'agit à Rouen de la congrégation Notre-Dame de Charité, créée au début du XVIII^e siècle, dont il ne reste que trois Sœurs qui officient dans le département de gériatrie de l'hôpital Boucicaut, à Mont-Saint-Aignan. Désormais retraitées et âgées, ces religieuses ont pris la résolution de la disparition prochaine de leur congrégation qui interviendra lors du décès de sa dernière représentante.

de Région qui fait face au *champ de Mars*. Ces éléments évoquent une double symbolique d'*enceinte et d'ouverture* d'un site qui *accueille* ; mais ils signifient aussi la guerre et le combat. Or justement, l'hôpital est un siège des luttes que livrent les Hommes contre les maladies et les pathologies qui les dégradent et menacent leur existence : il est à la fois un bastion et un champ de bataille.

Les croquis exposés ci-après proposent une représentation cartographique des phénomènes qui viennent d'être évoqués, respectivement pour Rouen puis Angers.

Dans les deux cas, on perçoit combien les sites centraux de ces CHU sont inscrits dans une symbolique urbaine indissociable de l'autorité exercée sur des territoires : l'image de l'enceinte qui abrite et unifie l'assemblée des Hommes se conjugue avec celle du combat, de la brèche et d'une ouverture libératrices qui mettent au contact leur monde intérieur avec l'extérieur.

Figure 3



© Yann LEBORGNE, CRÉCET de Basse-Normandie, inventaire du patrimoine culturel immatériel de la France, 2014

Ci-dessus Rouen, et ci-après Angers :

À Rouen, la configuration traduit un déploiement symbolique du pouvoir hospitalier en parallèle de l'autorité exercée par cette capitale à l'échelle de la Haute-Normandie.

Il est à noter que l'ancien rempart que matérialise aujourd'hui le boulevard Gambetta se prolonge au sud vers la Seine ; fleuve au-dessus duquel Rouen elle-même fait « pont », met en contact et unifie sous son autorité l'ensemble régional Haut-Normand.

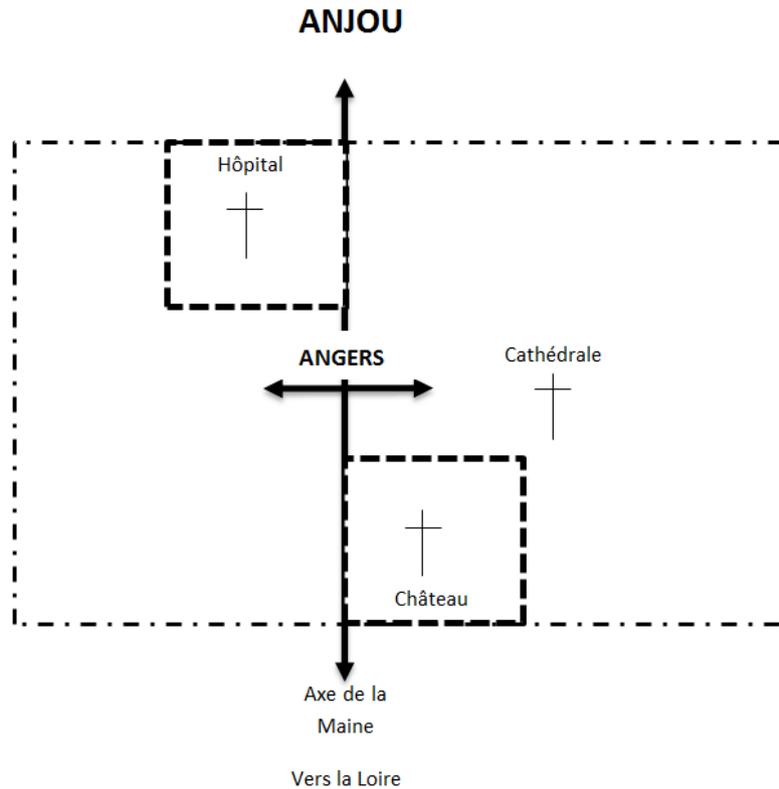
La traduction d'un pouvoir unificateur est tout aussi présente à Angers où le site central du CHU apparaît impliqué dans l'expression

symbolique de l'autorité de la capitale de l'Anjou. Et comme à Rouen, les pouvoirs médicaux et territoriaux se dévoilent parallèles ; ou, plus exactement, ils se révèlent symétriques.

À Angers, l'enceinte hospitalière au cœur de laquelle domine et pointe vers le ciel la chapelle Sainte-Marie (le culte marial est un culte unificateur) répond très clairement à l'imposante enceinte du château d'Angers qui abrite la chapelle Saint-Laud.

On reconnaît ici l'articulation de l'enceinte et de l'ouverture, mais aussi l'association du terrestre et du céleste, où le pouvoir se lie à une capacité à libérer les Hommes de leurs souffrances.

Figure 4



Présentation du patrimoine culturel immatériel

Dans la partie précédente qui présentait de grands traits de leurs sites centraux, on a vu que les CHU de Rouen et Angers se révèlent inscrits dans des territorialités urbaines, régionales et nationale (en terme d'expression de la souveraineté de l'État). Bien sûr, cette inscription répond à des enjeux fonctionnels et organisationnels ; cependant, elle secrète aussi une dimension signifiante dans la mesure où la localisation de ces établissements dans l'espace apparaît en phase un champ symbolique profond, culturel et immatériel, associé aux activités hospitalières. Succinctement approchée dans cette fiche d'inventaire, cette géographicit⁴ hospitalo-universitaire tend alors à nous mettre sur la voie de pratiques et représentations qui seraient structurées et territorialisées autour de l'idée de la délivrance, d'une libération, et finalement aussi d'une dépossession.

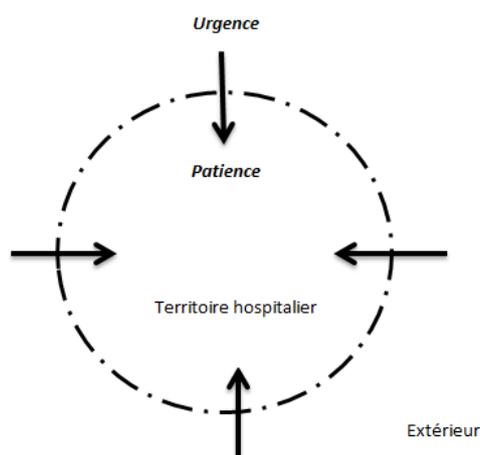
Il va être désormais intéressant de mesurer combien les entretiens réalisés dans différents services des CHU de Rouen et Angers vérifient les schémas qui viennent d'être esquissés.

Des portes du territoire hospitalo-universitaire : les Urgences et le SMUR

Si l'hôpital universitaire est un territoire, alors les Urgences en sont l'une des portes principales. Il faut dire qu'elles accueillent, font parfois accéder aux unités spécialisées, et jusqu'aux blocs opératoires, des sujets que leurs souffrances ont *poussé* à venir consulter. On retrouve-là le sens étymologique : « *urgere* » (latin) signifie « *presser* » ; un mot lui-même dérivé de l'indo-européen où *Orco* est une divinité infernale liée à la mort, tout en renvoyant au fait d'être *dévoré*⁵. Au CHU, c'est parce qu'ils sont *poussés* par des symptômes qui les oppressent et les terrorisent que les sujets (souvent avec leurs proches) affluent vers les Urgences. Entrant dans l'enceinte hospitalière, ils aspirent à être ainsi rapidement libérés de la pathologie qui les menace.

Cette pression exercée sur le service des Urgences, et donc sur l'Hôpital universitaire, est très forte. Elle s'accompagne régulièrement dans ce service de tensions qui traduisent non seulement l'angoisse et l'inquiétude des nombreux sujets en proie à leur souffrance, mais aussi une résistance propre du territoire hospitalier dont le fonctionnement oblige à un temps d'attente. Ainsi induite par cette pénétration des malades dans l'enceinte hospitalière, la transformation de l'urgence en une patience génère une *violence* plus ou moins manifeste dirigée vers le corps soignant.

Figure 5



© Yann LEBORGNE, CRÉCET de Basse-Normandie, inventaire du patrimoine culturel immatériel de la France, 2014

⁴ Au sens que lui accordent les géographes Éric Dardel (1952) et Claude Raffestin (1989).

⁵ Ce qui a également donné le mot « ogre » ; ou plus récemment les « orques » dans l'œuvre de Tolkien.

Il est clair que la conception de l'urgence est tout à fait relative à la position occupée. Chez le malade, elle apparaît inévitablement égocentrée. L'urgence se manifeste par une primauté du *Moi* où le sujet va chercher à *imposer* sa présence au corps médical. Or, pour le corps médical, l'urgence nécessite au contraire un tri des arrivants réalisé selon des critères de gravité. C'est ainsi que les prises en charge supposent un *renversement de pouvoir symbolique* où chaque arrivant de l'extérieur n'est plus en mesure de s'imposer dans le territoire hospitalier. Toutes les situations individuelles y sont en effet relativisées, réinscrites dans une œuvre collective globale, *plus grande*.

L'esprit qui anime cette œuvre est tout particulièrement perceptible lorsque des urgentistes du SMUR sont amenés à intervenir à l'extérieur de l'hôpital en cas d'événements critiques. L'exemple livré par le Professeur Joly (chef de service des Urgences, CHU de Rouen) en témoigne :

Extrait de témoignage n°1 :

« Si la centrale nucléaire d'à côté saute, (...) les urgentistes ont appris la contamination, la décontamination, qu'est-ce qu'on peut faire et qu'est-ce qu'on ne peut pas faire, où est-ce qu'il faut se mettre, comment monter un poste médical avancé, comment organiser les chefs de secours, comment faire le tri entre ceux qui sont foutus et ceux qui ont une chance(...) ».

Professeur Luc-Marie Joly, chef de service des Urgences adultes du CHU de Rouen

Ce tri entre « *ceux qui ont une chance* » et ceux dont la mort est jugée inéluctable à court terme rappelle le principe selon lequel l'effort médical est prioritairement orienté vers un combat pour la sauvegarde de la vie humaine. À ce titre la métaphore guerrière employée, proche de celle usitée pour les champs de bataille, est intéressante : elle insinue en effet que les sujets que les urgentistes s'emploient à secourir ne le sont pas seulement parce que leur existence individuelle est très directement menacée. Ils sont pris en charge car la lutte qu'ils mènent individuellement pour rester en vie n'apparaît pas dissociable d'une bataille organisée plus vaste, plus globale, que livre la communauté des Hommes contre sa propre mort. Ainsi, les souffrants pris en charge sont appréhendés comme de véritables *soldats de la vie*, que tentent de sauver ces autres combattants que sont les urgentistes engagés sur ce *théâtre d'opération*⁶. Entre ces *guerriers* la différence relève toutefois bien sûr d'un savoir médical et d'une inégale capacité et compétence à soigner.

Comme on le perçoit à travers ces remarques, le terrain des urgentistes se situe aux confins du territoire hospitalier. En tant que force projetable et « *parachutable* » selon les termes du Pr. Joly, Il tire aussi vers l'au-delà, vers l'extériorité, partout où un combat vital peut être en jeu. Dans ce schéma, les urgentistes du SMUR s'assimilent à des hommes et des femmes qui vont chercher ceux dont l'existence est en danger, là où ils sont, pour les emmener derrière *l'enceinte hospitalière* où ils seront soignés. Ainsi la communauté des Hommes s'empresse-t-elle de ramener en son sein, à travers des médecins qui assurent ce transit, ses *semblables en proies à l'Orcus*. Ces *urgentistes* interviennent alors au contact d'un monde où le risque mortel peut survenir n'importe où.

Extrait de témoignage n°2 :

« L'urgentiste, sa spécificité... c'est typiquement le médecin que vous mettez au fond de la brousse, et qui va vous opérer une appendicite avec un couteau et une paille. Pour moi, c'est ma vision de l'urgentiste. (...) Quand j'étais plus jeune je rêvais de ça : d'un arrêt cardiaque dans un avion, d'un arrêt cardiaque quand j'étais en vacances au Sénégal... [De] situations extrêmes. »

Docteur Cyril Gricourt, médecin urgentiste, CHU de Rouen

⁶ Pour reprendre ici l'expression de l'ethnologue Marie-Christine Pouchelle.

Cependant la pénétration qui s'en suit derrière l'enceinte hospitalière peut s'avérer parfois problématique. Si, en arrivant de l'extérieur, les souffrants se voient soumis à l'attente ainsi qu'au renversement symbolique de leur pouvoir où leur « Moi » pressant doit s'effacer devant la relativité médicale ; les soignants qui prennent en charge ces urgences doivent aussi souvent livrer dans le même temps d'autres combats pour les faire admettre *au cœur* de l'hôpital universitaire.

Extrait de témoignage n°3 :

« Vous êtes aux urgences à dire : « ce patient-là (...) c'est de la cardiologie...c'est un syndrome coronarien aigu, donc il va en cardiologie ». Je dis [alors] à l'interne [en cardiologie] « tu le prends », et l'interne est en possibilité de me dire : « non, je ne le prends pas ». (...) »

[Il faut dire que l'Urgence] n'est toujours pas une spécialité au sens strict. (...)

Je suis la première génération d'urgentistes. Quand je suis arrivé, j'étais un petit médecin généraliste, interne en médecine générale. On allait au SAMU, on disait « vas-y monte dans le camion », et on roulait ! Quelque part, c'est une médecine que ma génération a inventé.

C'est une des choses qui m'a motivé pour [revenir] à l'hôpital : c'est [parce que l'urgence est] un combat. (...) Ce combat [devait montrer] que les urgentistes ne sont pas n'importe quoi, qu'on allait s'imposer. Et je savais que c'était un combat de 30 ans.

Ce combat est [d'ailleurs] encore en route. Car actuellement, si vous interrogez les spécialistes de l'hôpital sur ce que sont les urgentistes, ils vous diront : « c'est de la merde ». (...)

Docteur Cyril Gricourt, médecin urgentiste, CHU de Rouen

Face à un praticien de plein exercice et expérimenté, un refus de prise de charge émis par un interne de spécialité (donc, par un étudiant) peut apparaître surprenant. Cependant, la fréquence de cette attitude semble trouver une explication dans une *distinction qui serait traditionnellement faite entre l'intériorité et l'extériorité du territoire hospitalier universitaire* ; une distinction qui traduirait une *hiérarchie de valeur* très négativement vécue au quotidien par les médecins urgentistes.

L'extrait d'entretien transcrit ci-dessous en témoigne :

Extrait de témoignage n°4 :

« Plus vous êtes polyvalent, plus vous le payez en terme de défaut de spécialité. Car Il y a un truc terrible pour les urgentistes : c'est qu'un urgentiste en cardio, il est moins bon que le cardiologue. En pneumo, il est moins bon que le pneumologue...En orthopédie, il est moins bon que l'orthopédiste. Et on se fait prendre des leçons par l'interne (...) régulièrement, à tort ou à raison...Dès fois il a vraiment raison et j'ai vraiment tort. Et puis dès fois c'est moins clair, car il manque un peu d'expérience. Mais ils ont une suffisance parfois très pénible.

Quand on appelle un de nos collègues [interne] pour un avis sur un dossier : « écoute, il est poly-fracturé, comment tu vois les choses ? » - « Ah, il ne fallait pas le mettre comme ça ! C'est marqué dans les livres, comment tu ne le sais pas ! C'est évident ! Comment tu n'as pas appris ça ?! »...Ceux qui n'ont pas beaucoup de relationnel et de savoir-faire peuvent vite partir dans le donneur de leçon qui vous explique des trucs... Mais oui, c'est peut-être évident et peut-être que je me suis trompé, mais j'ai 50 autres patients et 200 000 trucs que je dois connaître.

Alors comme je suis PU⁷, j'appelle son chef de service et je lui dis : « écoute, [ton interne] tu le calmes un peu car s'il me fait ça une 2^{ème} fois...je vais lui voler dans les plumes ». Forcément, le fait d'être Professeur me permet d'accéder directement à mes collègues sans être en état « d'infériorité », entre guillemets. (...) [Car à l'hôpital] c'est Professeur versus le reste... Et quand ça se conjugue avec un égo un peu fort, ça peut donner des gens un peu difficiles relationnellement. Mais il y en a d'autres (j'allais dire « comme moi ») qui se prennent un peu moins pour des génies. »

Professeur Luc-Marie Joly, chef de service des Urgences adultes du CHU de Rouen

Cette hiérarchie paraît d'abord procéder d'une déconsidération des compétences médicales des urgentistes, compte tenu d'une polyvalence qui les apparenterait davantage à des médecins de ville qu'à des hospitaliers spécialisés. Une telle distinction entre des *généralistes* et les praticiens de l'hôpital appuie une démarcation claire entre l'extérieur et l'intérieur de l'enceinte hospitalière ; mais aussi respectivement entre le global (le monde) et le local (l'individu). D'ailleurs, cette différenciation entre *ex* et *in* est renforcée du fait que la majeure partie des personnes qui sont orientées vers les Services par les urgentistes ne seraient que des patients de passage, qu'on ne voit qu'une fois et sortent rapidement ; en fait, non intégrés sur la durée dans le quotidien des soignants.

Ainsi, un double aspect semble concourir à une marginalisation des urgentistes et, partant, des malades qu'ils prennent en charge : d'une part, ces médecins ne sont pas tout à fait reconnus comme membres de la communauté hospitalière ; d'autre part, ils ne sont pas considérés comme des universitaires. Or, fort justement, c'est à ces dimensions que s'attaque le *chef* des Urgences : en vue de traverser la barrière que s'emploie à dresser devant lui l'interne en médecine, il rappelle son statut et autorité de « P.U. » en s'adressant directement à son collègue et patron.

À travers ces remarques, il est intéressant de mesurer combien le lieu des urgences est celui où se conjuguent des limites (aussi *frontières*, si l'on admet qu'il s'agit de lignes potentiellement conflictuelles) et des passages qui assurent une relation entre des mondes différents.

C'est en tant que *combattants pour la vie*, mais en proie à l'*Orcus*, que les souffrants sont pris en charge par les *urgentistes* ; qui sont eux-mêmes des *combattants*, mais capables d'engager des soins « tous terrains » et ayant compétence pour accompagner ces malades dans le territoire (hospitalier) des soins. À ce titre, il n'est pas anodin que le chef des urgentistes du CHU de Rouen soit universitaire : cette position lui permet en effet de maintenir, coûte-que-coûte, un pont direct entre l'intériorité du territoire hospitalo-universitaire et l'extériorité en prise avec l'urgence.

Ainsi, les médecins urgentistes ménagent une transition de l'extérieur vers l'intérieur. Cette transition s'accompagne de résistances du territoire hospitalier car elle traduit l'existence d'un *filtrage*. Ce filtre est une réponse à des conditions objectives : le fait de faire face à un afflux massif de souffrants, la nécessité d'un tri priorisant les prises en charge selon la gravité des pathologies, et s'assurer des possibilités d'accueil de patients dans des Services de spécialités. Cependant, bien qu'objectivement fondé, ce filtre devant l'urgence semble tout aussi indissociable d'une dimension plus symbolique : elle semble effectivement rappeler une défense face à l'*Orcus* menaçant, vis-à-vis duquel la communauté hospitalière se protégerait de la dévoration.

La menace première liée à cet *Orcus* que le service des Urgences met absolument à distance est celle de *la mort*. En effet, le sujet pris en charge par les médecins ne saurait être un Homme au décès inévitable : il s'agit d'un vivant luttant, pour lequel les urgentistes vont œuvrer ardemment afin de lui garantir toutes ses chances de pouvoir « s'en sortir » ; mais sans certitude car, comme le souligne le Pr. Joly : les médecins ne sont pas des « *génies* ». Dans ce cas, les décès qui n'ont pu être évités s'assimilent aux pertes de combats individuellement perdus. Mais il s'agit aussi de victimes de pathologies contre lesquelles la guerre reste vive et collectivement d'actualité.

⁷ Professeur des Universités

La seconde menace associable à une *dévoration par l'Orcus* est celle d'être débordé sous la pression des patients qui, se conjuguant la diversité des pathologies auxquelles doivent faire face les urgentistes, pousse ces derniers à la polyvalence ainsi qu'à une médecine rapide et « *instinctive* ». Pareille compression amoindrit effectivement les possibilités de prendre du recul pour se dégager un espace réflexif et du temps consacré à des Recherches ; ce qui caractérise au contraire la médecine spécialisée. Or, c'est vers une assimilation de ces aspects que vise justement le mouvement actuel « *d'universitarisation des Urgences* ». Afin de contribuer à remédier aux problèmes d'engorgement et de marginalisation de ce service vis-à-vis du territoire hospitalier, les Urgences devraient continuer à l'avenir à pénétrer progressivement vers l'intérieur et, sans la détruire, intégrer peu à peu un savoir intellectuel qui signe l'exercice d'une véritable médecine hospitalo-universitaire.

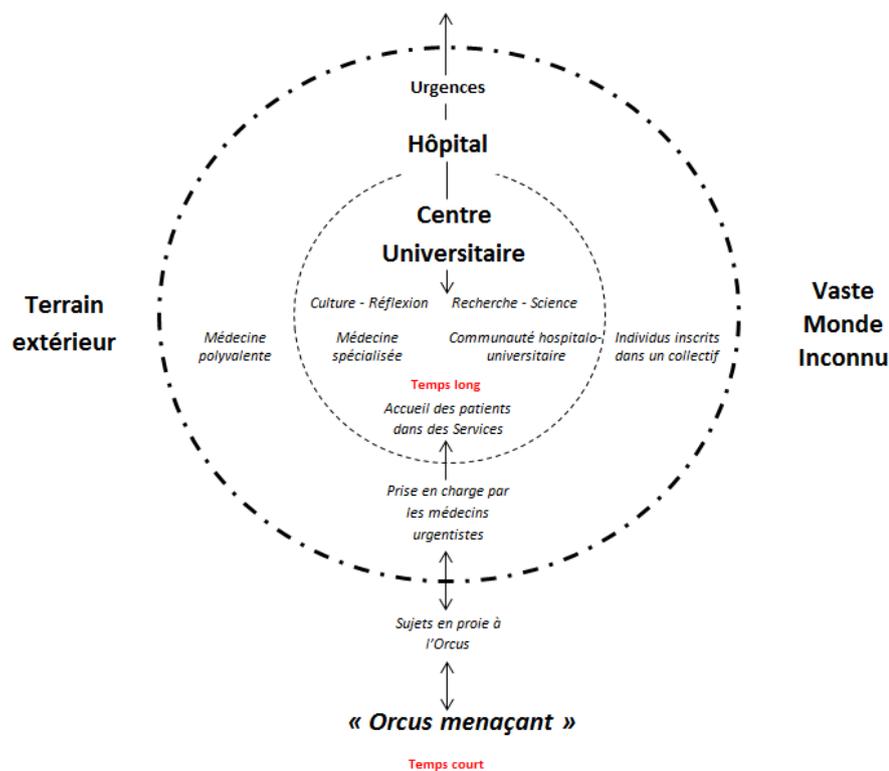
Extrait de témoignage n°5 :

« Pour faire remonter la pente aux urgences, [affectées par un fort engorgement] on a fait des dizaines de choses (...). Mais une des 1ères choses que j'ai dites, c'est : « il faut universitariser les services d'Urgences des CHU ! » (...) Mettons-y des gens qui pourront les recoller à la communauté hospitalière. (...) Donnez-leur des effectifs : il ne faut pas que 100% des praticiens aux Urgences soient en train de s'occuper des malades. Il faut qu'ils aient 20% de leur temps, comme tous les autres, pour être dans leur bureau à lire et se former. »

Professeur Luc-Marie Joly, chef de service des Urgences adultes du CHU de Rouen

Afin de mieux saisir l'analyse exposée dans cette fiche d'inventaire, voici une représentation de la position symbolique du Service des Urgences étudié :

Figure 6



© Yann LEBORGNE, CRÉCET de Basse-Normandie, inventaire du patrimoine culturel immatériel de la France, 2014

Ce schéma reprend dans les grandes lignes la structure en deux axes qui avait été présentée dans la partie précédente concernant la géographicit  hospitalière.

Ici, l'axe vertical correspond à l'idée selon laquelle les sujets en proie à l'Orcus (représentation infernale, renvoyant ici à une angoissante dévoration « de l'intérieur » par une pathologie) cherchent à s'en libérer en accédant à l'hôpital, via les Urgences. L'axe vertical du bas vers le haut signifie alors une aspiration pressante à la libération d'une oppression corporelle, de l'ordre d'une domination interne, infernale, « sous-terrestre ». À travers sa prise en charge par le corps soignant, la pénétration du souffrant dans l'hôpital est ainsi susceptible de conduire vers une guérison-délivrance.

Néanmoins, en contrecoup, à l'échelle de l'hôpital, la pression intense exercée par les urgences et leur pénétration dans le territoire des soins n'est pas non plus sans élever des barrières manifestant une posture de sauvegarde face à cet afflux oppressant. Il ne s'agit pas seulement de réinscrire des individus souffrants dans une œuvre collective de soins. La prise en charge de l'urgence de l'extérieur vers l'intérieur du territoire hospitalier pousse aussi le corps médical vers la nécessité d'une pratique hyper-polyvalente, parfois « instinctive », dont l'exercice rapide est délicat à conjuguer avec la préservation d'une approche plus réflexive, hyperspécialisée, universitaire.

On perçoit ici combien le Service des Urgences n'est pas qu'un simple passage fonctionnel entre l'intérieur et l'extérieur du domaine hospitalo-universitaire. Il aménage une porte subtile entre des dimensions radicalement différentes ; telles qu'entre l'instinctif et le réflexif, l'ignorance et le savoir, le moi individuel et le nous collectif. L'un des grands enjeux sur le plan signifiant est de savoir maintenir cette ouverture afin de ne jamais sombrer devant la menace incessante d'une dévoration symbolique.

Et cette menace vient des deux côtés : autant de l'extérieur, c'est-à-dire du vaste monde indifférencié qui territorialise le corps soignant en le sollicitant massivement ; que de l'intérieur où, si la communauté hospitalière était happée par une défense de ses logiques organisationnelles, elle s'emprisonnerait dans son corps-territoire.

Un autre seuil de l'hôpital ; la chambre mortuaire

Dans un univers hospitalier tourné tout entier vers la sauvegarde de la vie, le service délivré par les agents de la Chambre Mortuaire occupe une place très singulière. Ce lieu est en effet celui par lequel transitent les patients qui n'ont pu être sauvés ; ceux pour qui, malgré leur lutte et la qualité de la médecine prodiguée, le combat s'est finalement achevé par le décès.

Après que la mort soit survenue dans le Service où le patient était hospitalisé, après qu'une dernière toilette ait été dispensée par les soignants, le corps sans vie est ainsi transféré dans cette *autre chambre* pour y être préparé en vue d'une présentation à la famille. Avant l'inhumation, c'est ce passage ritualisé qui va marquer la sortie du défunt en dehors du territoire hospitalier.

Il est clair que la chambre « *mortuaire* » se voit communément associée à une perspective *funeste*, en contradiction avec les attentes que nourrit une prise en charge par l'hôpital. Pourtant elle ne saurait se réduire à cette dimension, ni confondue avec le lieu de la mort. À l'instar de ce qui se joue dans les autres parties du territoire hospitalier, l'analyse des pratiques à l'œuvre révèle en effet qu'elles sont au contraire surtout dirigées vers une *sauvegarde de la vie Humaine*.

Soulignant cet apparent paradoxe, ce fut l'un des enjeux qui ont présidé au CHU de Rouen au placement de ce service sous l'égide de la Direction des soins. Le témoignage du cadre responsable du service (lire ci-dessous) est d'ailleurs évocateur : à travers la notion de « *patient décédé* », il s'agit effectivement d'affirmer la continuité d'appartenance de la chambre mortuaire au territoire de l'hôpital. Le défunt demeure malgré tout un patient auquel on va promulguer des *soins*.

Extrait de Témoignage N°6 :

« Moi je parle de « patient décédé ». Notre philosophie, c'est qu'on est dans un dernier soin au patient qu'on a pris en charge et que, malheureusement, on n'a pas pu guérir.

Je suis quand même soignante, je suis infirmière. (...) je suis dans le soin, je suis cadre de santé. Je suis infirmière et puéricultrice, donc je suis dans le soin. La philosophie que nous avons ici,

c'est donc un soin qu'on offre au patient et à sa famille, pour lui laisser faire son deuil de façon sereine. Dans les services (...), ils ont vu le patient souffrir, avec le visage crispé par la douleur, la peur, la souffrance. Ici, ils doivent avoir une image de leur membre de famille apaisée.

Pour moi, c'est le dernier soin que l'hôpital offre : le patient apaisé.

Cadre de santé, responsable de la chambre mortuaire, CHU de Rouen

D'après les témoignages recueillis, le soin primordial dont il est question viserait à « *apaiser* » le patient décédé dont le corps (on n'emploie pas le mot « *cadavre* »⁸) peut être parfois durement marqué par la souffrance : il s'agit de crispations figées liées aux douleurs ultimes ou de stigmates d'une longue lutte contre la maladie. Et c'est pourquoi les agents de la chambre mortuaire vont immédiatement se préoccuper de refermer la bouche et les yeux, si cela n'était pas déjà fait : Non seulement le visage du *sommeil* doit supplanter la fixité de la mort ; l'apaisement doit également signifier la fin des tourments auxquels ce patient était en proie à la fin de son existence.

Cette dimension d'*apaisement* exprimée par les agents de cette chambre mortuaire est intéressante car elle induit l'idée selon laquelle leurs actes libèreraient d'abord une instance, d'ordre immatérielle, assimilable à l'*âme du patient* décédé : ils offrent effectivement *un soin d'apaisement au défunt*. Cependant, il leur importe aussi d'adoucir envers la famille le choc émotionnel provoqué par la disparition de leur proche. Cette fois, l'acte exercé sur l'interface corporelle du décédé est dirigé vers l'intériorité affective de la famille à laquelle ce corps sans vie sera présenté.

Ces quelques remarques tendent à indiquer que les préparateurs de la chambre mortuaire ne travaillent pas sur de la matière morte. Ils exercent sur ce qui continue de vivre, même s'il s'agit d'une forme d'existence différente : concernant le défunt, cette existence est désormais *idéelle* et se précise au travers des *souvenirs* présents dans la mémoire de ses proches. En ce sens, les actes réalisés par les agents hospitaliers vont viser à assurer le meilleur transit possible *d'une vie incarnée vers une vie désincarnée*. Le souci extrême qu'ils accordent à l'aménagement d'une superficialité corporelle relève alors d'un rituel de passage manifestant un processus spirituel. Il s'agit pour eux de médiatiser une traversée s'opérant de l'intériorité vers l'extériorité d'un corps-territoire.

De façon surprenante, cette traversée s'accompagne d'une véritable restauration du patient décédé qui est la manifestation la plus visible des soins apportés au sein de la chambre mortuaire. En effaçant progressivement les marquages de la maladie et de la mort sur le corps, en lui donnant l'apaisement du sommeil puis en le maquillant avec une adresse certaine, les agents s'emploient en effet à procurer au défunt une « *bonne mine* »⁹ comme s'il s'agissait d'une guérison.

Cette transformation signifie d'abord la disparition de la douleur et la libération ultime : envers le patient, c'est la fin de ses souffrances corporelles, d'ordre terrestre ; une existence *au-delà du corps sans vie*. Et pour la famille, c'est le début du *deuil*, le commencement d'une résolution de la douleur liée à la perte. C'est une étape vers la dissipation de la souffrance qu'elle éprouve.

Pour autant, cette transformation du corps secrète d'autres intentions. Il n'est en effet pas seulement question de signifier le passage vers un autre mode d'existence ; il s'agit aussi de veiller à la *sauvegarde* d'une *identité*. C'est pourquoi, à travers leurs actes, les agents de la chambre mortuaire vont s'employer à rester au plus près de ce que fut le patient de son vivant. Et que, dans la mesure où ils ne le connaissaient pas, ils peuvent solliciter la famille en lui demandant des photos de festivités où ils étaient ensemble et heureux. Ainsi, ce patient est non seulement réinscrit dans une existence sereine ; il est restauré dans sa filiation et sa vie sociale. Sa mort organique qui avait fait irruption dans la chambre mortuaire, à l'arrivée du corps, est mise à distance respectable.

⁸ Précision soulignée par l'un des agents de la chambre mortuaire du CHU de Rouen.

⁹ Cf. témoignage n°8.

Extrait de témoignage 7 :

« Le maquillage on peut le faire à la demande de la famille. Parce que nous, on ne connaît pas les gens. On est plus coutumier du fait qu'une femme se maquille, plutôt qu'une petite grand-mère. Mais dès fois, il y a des grand-mères qui se maquillent jusqu'à l'âge de 90 ans avec un petit peu de rouge à lèvres...Donc, la famille nous le demande. (...) On communique. On leur demande de nous ramener une photo, et s'ils peuvent [apporter] le maquillage avec lequel elle se maquillait. Pour qu'on soit au maximum fidèle aux couleurs et à l'harmonie de la personne. (...)

[Pour ça] j'ai une expression : un maquillage « bonne mine », avec un peu de far à joue pour faire croire qu'elle a un peu picolé ! [Rire] Enfin voilà, il faut harmoniser. Il ne faut pas travailler (...) en prenant un pot de peinture. Il faut travailler avec du bon sens. Vous n'allez pas maquiller un homme à chaque fois. (...). Il vaut mieux ne pas mettre assez de maquillage et en rajouter, plutôt qu'en mettre trop. (...) [Il vaut mieux dire] : « ramenez moi la photo de la dernière cérémonie (...). » [Parce que] la dernière fois qu'il était en cérémonie, ils se sont amusés et l'ont vu sourire.

Arnaud Lejeune, agent de la chambre mortuaire, CHU de Rouen

Cependant, le fait que le corps soit désormais sans vie ne saurait être nié. De toute façon, l'inéluctable *dégradation organique* se rappelle à tout moment à la précaution des préparateurs de la chambre mortuaire. C'est d'ailleurs pourquoi ils se montrent par exemple particulièrement soucieux des risques d'écoulements par le nez ou des plaies héritées d'anciennes perfusions. Il importe alors d'y installer des mèches. De même, l'attention se porte en été sur les températures élevées qui accélèrent le phénomène de putréfaction et peuvent favoriser des odeurs inopportunes.

À travers ces actes, il s'agit d'éviter que l'intériorité corporelle du patient décédé, entamant sa décomposition, déborde vers le domaine dont s'occupent les agents et ne soit présentée à la famille du défunt. D'un point de vue symbolique, il importe surtout de parer au danger d'une transgression : celle que serait l'irruption du territoire de la mort dans celui de la vie, de même que l'interpénétration de ces deux mondes (on reconnaît là une analogie possible avec le mythe du mort-vivant). La scène monstrueuse qui en découlerait constituerait un échec pour les préparateurs dont la lutte consiste aussi à sauvegarder l'identité humaine du défunt décédé.

Extrait de témoignage n°8 :

« [Quand le corps arrive] il est enveloppé dans des draps. On enlève le drap du dessus. Par rapport au service d'où il vient, on a déjà une petite idée [de ce qu'il faudra faire]. [On regarde alors] s'il a eu des perfusions et des pansements, et on les rend étanches. Parce que, derrière ça, on l'habille. Et, une fois que la personne est habillée avec ses vêtements définitifs, il ne faut pas que ça coule.

Il y a déjà une préparation qui est faite dans le service ; mais entre le service et nous il y a un transfert qui se fait en véhicule. Et les corps sont secoués. Si c'est mal méché, ça coule. [Alors nous] on refait tout ça car il est hors de question de présenter un corps à la famille dans des draps souillés. (...) Il ne faut pas qu'il y ait d'odeur (...), un risque d'écoulement du nez ou de la bouche... »

Arnaud Lejeune, agent de la chambre mortuaire, CHU de Rouen

Cette sauvegarde de l'identité humaine apparaît comme un impératif absolu, pourrait-on dire « sacré », des agents œuvrant dans la Chambre Mortuaire. C'est en ce sens qu'un corps figé recroquevillé sur lui-même, replié « sur le flanc » dans son lit de mort, ne sera jamais présenté tel quel dans son cercueil : on veillera à le *redresser* en rusant avec la position des draps, en utilisant diverses techniques dont disposent ces professionnels. Toutefois, ces opérations s'effectueront sans porter atteinte à l'unité du corps car, insiste-t-on : « on ne casse jamais un membre ».

Extrait de témoignage n°9 :

« Il y a des pathologies où une personne âgée est recroquevillée...et si elle est – pardonnez-moi l'expression – « sur le flanc », je ne vais pas la présenter sur le flanc ! Je vais mettre des draps en dessous pour la rehausser, la remettre droite, pour que les gens l'aient de face. Mais après, ça se discute avec la famille : si la famille a toujours connu cette petite grand-mère là dans le lit, impotente et sur le flanc, je vais d'abord leur poser la question. (...) ».

Arnaud Lejeune, agent de la Chambre Mortuaire, CHU de Rouen

Ce redressement physique auquel s'emploient les préparateurs n'a pas la visée esthétique d'un paraître. Il constitue un *redressement symbolique* de l'Être décédé. Cet acte s'effectue en effet en opposition à une dégradation, au sens d'un état marquant l'emprise de la maladie, de la douleur puis de la mort, lesquelles tendraient à faire du défunt un *Être définitivement dé-gradé*.

C'est sans doute aussi cette lutte, où l'on s'efforce de maintenir *l'appartenance des patients décédés à la communauté des Hommes*, qui pourrait expliquer l'attention égale que déploient envers les indigents les agents de la Chambre Mortuaire. Car *la famille* ne saurait en effet se restreindre ici à la parentalité proche à laquelle chaque corps est le plus souvent présenté. Sur le plan signifiant, elle désigne également la grande famille Humaine, la famille globale, qui ne saurait non plus se laisser hantée par un *abandon* de ses défunts. Car cette famille, elle aussi, se dégraderait alors.

Extrait de témoignage n°10 :

« [Un défunt] c'est comme le nôtre. C'est comme si c'était l'un des miens. Que ce soit un enfant ou une personne âgée. Je ne sais pas d'où ils viennent, je ne sais pas leur histoire, mais je les ai en charge. Et ma mission, c'est de les préparer.

Je n'ai pas à savoir ce qu'il a fait ; s'il a été criminel, pédophile ; s'il était alcoolique, SDF...(...) On reste toujours dans un esprit de neutralité. Le jour où je ne suis plus neutre ici, ça ne sert à rien que je continue mon boulot. Le jour où [arrivera un] détenu de la maison d'arrêt de Rouen, pédophile, et que je me dirai « bah tant pis... » ; il faudra que je change de métier.

Un indigent ici, il ne repartira jamais nu. Il est enveloppé dans des draps, il a une casaque de l'hôpital, mais il ne me viendrait jamais à l'esprit de le laisser partir nu. »

Arnaud Lejeune, agent de la Chambre Mortuaire, CHU de Rouen

À travers ces propos délivrés par un agent de la Chambre Mortuaire (ci-dessus), on perçoit clairement la dimension d'*accueil de tous*, et on reconnaît l'ancienne figure de *l'ecclésià qui abrite l'assemblée des Hommes*. Il s'agit là de valeurs hospitalières qui s'expriment avec force.

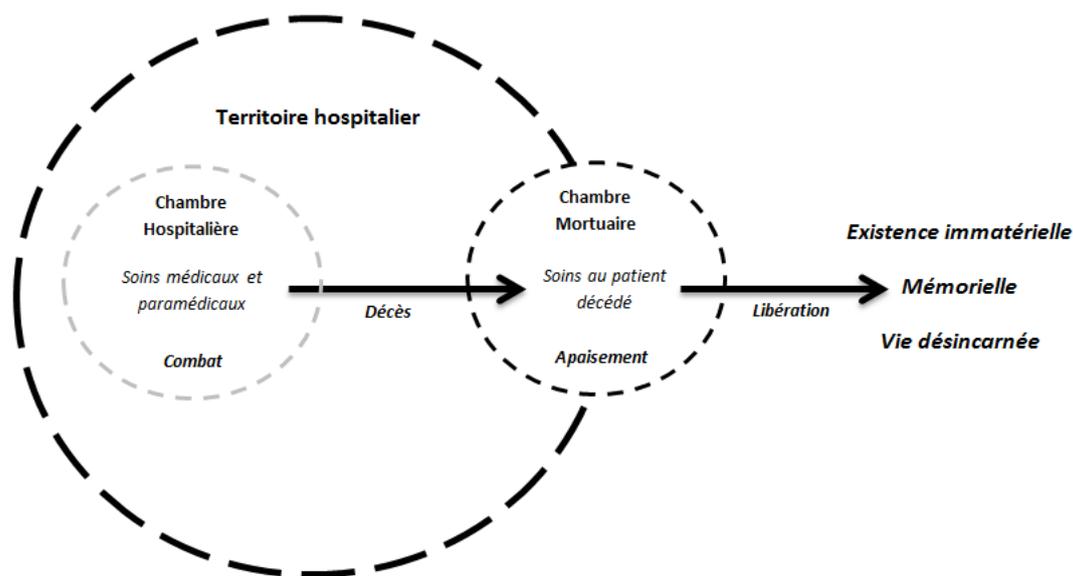
Ainsi, tandis que le cœur du territoire hospitalier est tourné vers la sauvegarde de la vie, on voit que les pratiques à l'œuvre dans la Chambre Mortuaire ne peuvent se distinguer de ce combat. Les paroles des agents nous rappellent en effet que, même dans la mort, le défunt demeure un patient inscrit dans une filiation humaine à la fois propre et globale. C'est à ce titre qu'il est soigné, et ce soin manifeste le devoir de garder l'Être décédé au sein de la communauté des Hommes.

Remarquons que ces éléments ne sont pas sans rappeler certaines références villageoises d'autrefois, lorsque les tombes étaient érigées auprès des églises à l'extérieur du lieu de culte qui accueillait les vivants, mais tout de même à l'intérieur de *l'enceinte religieuse* de la communauté. « Religieux » étant entendu ici au sens large du latin « *religare* », à savoir « *ce qui relie* ».

Dans le même ordre d'idée, en œuvrant aux limites du territoire hospitalier, les agents de la Chambre Mortuaire mettent en acte une transition vers l'inhumation qui ne saurait se réduire à des techniques de conservation à seule fin d'une présentabilité. La préparation du patient décédé se

révèle être une ritualisation de son passage vers une forme d'existence libérée de ses souffrances. Il s'agit aussi d'un départ vers une vie désincarnée, idéale et mémorielle que l'on veut apaisée au regard de la communauté des Hommes, mais à distance respectable des vivants. C'est en demeurant humain que son corps sans vie quittera ensuite l'éclésià hospitalière pour être enterré.

Figure 7



© Yann LEBORGNE, CRÉCET de Basse-Normandie, inventaire du patrimoine culturel immatériel de la France, 2014

Le toucher d'une aide-soignante en réanimation

Parmi la grande diversité des membres de la communauté hospitalo-universitaire, les aides-soignantes¹⁰ s'identifient généralement comme étant celles qui exercent au plus près des patients. Il s'agit en effet d'un métier du *contact*, du *toucher*, où sont délivrés des soins dont une des particularités est qu'ils ne sont pas pénétrants vis-à-vis du corps des souffrants. Ils sont un soutien pour l'exécution de gestes du quotidien qui ne peuvent plus ou difficilement être assurés seul : faire sa toilette, prendre sa douche, manger, marcher,...Au fond, à travers cette prise en charge de tâches très personnelles, parfois intimes, les aides-soignantes *redéplient dans l'espace des patients* que des pathologies contraignent à se replier plus ou moins dans leurs stricts limites corporelles.

Il est clair que le métier se traduit différemment suivant les Services, dans la mesure où les pratiques s'adaptent nécessairement aux pathologies qui frappent les patients. Cependant, les aspects qui viennent d'être évoqués nous apparaissent transversaux à cette profession et se révèlent avec d'autant plus d'acuité dans un service tel que la réanimation anesthésie-SAMU.

Il s'agit d'abord de souligner combien ce service est reconnu pour son caractère éprouvant. Les patients y arrivent souvent gravement traumatisés. Leur vie se trouve sur le fil d'une très grande fragilité tandis que le personnel hospitalier s'emploie à soutenir leur lutte et prendre en charge des souffrances d'une intensité parfois extrême. Tout ceci se joue dans les conditions d'un espace clos,

¹⁰ Désignation ici féminisée, par commodité de lecture, en raison de la très grande proportion de femmes au sein de cette profession. Ceci ne contredit pas l'existence d'aides-soignants.

car hyper-protégé, où les patients dont l'éveil est incertain sont attachés à un appareillage médical complexe, sophistiqué, qui appuie leur organisme dans ce combat très intériorisé.

Dans ce contexte où le repli en soi peut dangereusement s'associer à l'effort de vie, il est intéressant de souligner combien l'acte de l'aide-soignante participe d'une réouverture :

Extrait de témoignage n°11 :

« Nous, c'est le toucher.

Par la toilette, déjà, on les masse...(…). En réa-chir on peut prendre le temps de les masser sur les jambes. Je peux vous dire qu'ils vous disent merci... quand ils peuvent (...)

Je vais vous dire quelque chose : J'ai eu un transplanté cardiaque il y a plus de 10 ans, et je l'ai revu il n'y a pas longtemps. Il m'a scotché. Je me rappelle très bien de lui parce qu'on l'a eu 8 mois, en tout. Avant la transplantation et après la transplantation, ça a été vraiment [difficile].

Cela dit, je me suis occupée de lui, mais pas plus qu'un autre !

Il m'a dit : « Carole, je me rappelle bien de vous. Vous avez deux enfants ; vous habitez à tel endroit »...Je lui ai dit « oui ». Et pourtant, ça fait plus de 10 ans qu'il a été transplanté. Mais il m'a dit : « je vais vous dire quelque chose. Je tenais un livre de bord. » (ça, on ne l'avait jamais su). Et il me dit : « vous savez comment je vous appelais ? Mon rayon de soleil... »

J'étais limite à en pleurer (...). Il me dit : « vous savez, on se rappelle aussi des gens qui ne sont pas très gentils. Parce qu'il y a toujours des gens qui n'ont pas de tact. Mais vous, (...) vous rentriez dans ma chambre, et vous étiez mon rayon de soleil. » »

Carole Houate (pseudonyme), aide-soignante en réanimation anesthésie-SAMU, CHU de Rouen

Le témoignage exposé ici est éloquent. Il signifie que les gestes de l'aide-soignante dépassent leurs aspects fonctionnels. Car si la toilette est un soin d'hygiène ; le massage qui l'accompagne n'est pas seulement justifié par des bénéfices physiologiques ou de « bien-être ». Ce mouvement des mains à la surface du corps est aussi destiné à apaiser le souffrant au regard de la *guerre interne* à laquelle il se livre. Tandis qu'un combat se joue en lui, le début d'une libération (l'état apaisé) surgit d'une mise en contact avec *l'extériorité* ; avec un *Autre* qui est aussi un semblable.

À travers ces propos, on perçoit combien l'aide-soignante est celle qui, dans ce lieu fermé qu'est le Service de réanimation, restaure un lien qui sinon serait rompu. Elle restaure physiquement ce lien par son toucher ; mais également à travers des échanges verbaux : outre la connaissance du prénom qui signale l'installation d'une proximité relationnelle, le patient peut être ainsi amené à connaître qu'elle est mère de deux enfants, la localité où elle réside, etc...Ces éléments ne sont pas ici livrés pour développer une relation de familiarité. Ils apparaissent semble-t-il surtout comme un moyen particulièrement subtil de transporter l'esprit du patient en dehors de son corps souffrant ; et par la même en dehors de l'hôpital où il subit des soins qui engagent sa vie.

Ainsi, tandis que l'aide-soignante s'approche du patient et entre avec lui en contact, sa survenue dans son espace génère une percée qui le *met en relation avec le Monde*, et finalement avec *la vie*. Telle est probablement la signification du « *rayon de soleil* » auquel cet homme assimilait cette aide-soignante lorsqu'elle pénétrait dans sa chambre de *réanimation*. Son attitude contrastait avec celle d'autres qui, en manquant de « *tact* », le renvoyaient à son corps de douleurs.

En réalité, le « *tact* » dont il est question ici tend à s'apparenter à un art du *toucher* qui, déployé sur le patient, ne serait ni intrusif ni transgressif; et ce, alors même que l'aide-soignante est censée pouvoir relayer son corps placé en incapacité. Ces aspects sont d'autant plus sensibles dans

un service de réanimation où l'état de conscience du patient alité peut être difficile à apprécier. Son inertie soumet ceux qui interviennent auprès de lui au danger de le considérer une fois pour toute comme un *objet* médicalisé, et non plus comme un *être* humain de passage à l'hôpital.

Or, comme Carole Houate le souligne à travers son témoignage : non seulement le patient peut sortir vivant de l'hôpital ; mais il aurait aussi une *mémoire* de cette expérience. Autrement dit, son inertie ne l'empêcherait pas de percevoir, entendre, ressentir et de s'en souvenir.

On le voit, cette rencontre avec un ancien transplanté cardiaque signifie une *proximité* des soignants vis-à-vis des patients, en tant qu'êtres humains inclus dans la même cité des Hommes. Elle signale aussi combien la *mémoire* des sujets hospitalisés opère chez cette aide-soignante comme une borne destinée à lui interdire (et la protéger elle-même d') une possible transgression.

Extrait de témoignage n°12 :

« Il faut faire très attention, parce qu'ils se rappellent d'énormément de choses.

C'est [d'ailleurs] ce que je dis toujours à mes étudiants : « ce n'est pas parce qu'ils sont avec un tube dans la bouche, endormis ; il faut faire très attention à ce qu'on dit ! » Parce qu'à mon avis, ils se rappellent de choses. J'en suis quasiment sûre ! Pas [de] tout, mais de certaines choses. »

Carole Houate (pseudonyme), aide-soignante en réanimation anesthésie-SAMU, CHU de Rouen

Une transgression dont il est question ici est celle qui consisterait à appréhender *les patients comme des objets qu'on manipule* ; des corps-territoires sur lesquels s'exercerait la toute-puissance souveraine du corps hospitalier. Cette froide violence n'affecterait pas en effet seulement les patients dans leur Humanité. Elle peut se retourner contre les soignants que ces attitudes finissent par faire souffrir. Certains témoignages indiquent que leurs conditions d'exercice en deviennent alors infernales et qu'elles peuvent parfois se dégrader jusqu'à les conduire à des arrêts de travail.

Cependant, une autre transgression serait aussi d'appréhender *le patient comme un proche*. Là encore, le risque apparaît d'autant plus présent dans ce milieu très fermé qu'est un Service de réanimation. Car, non seulement l'aide-soignante occupe une position de très grande proximité par son contact régulier, étroit et répété avec le sujet hospitalisé ; des phénomènes de transfert peuvent alors s'opérer entre eux. Mais surtout, du fait de sa position privilégiée de mise en relation du patient avec l'extériorité, elle peut se trouver investie d'une partie de l'identité familiale du patient ; comme s'il s'agissait de rétablir un lien fort mis à mal au cours du séjour en Réanimation.

Certains parents saisissent cela quand ils confient aux soignants des récits de famille, des anecdotes, ou quand ils leur montrent des photos de la jeunesse de leur proche. Projetant sur l'aide-soignante une part de leur filiation, ils s'emploient à travers elle à renouer contact avec lui.

Néanmoins, cette charge affective qui pénètre l'aide-soignante peut se révéler dangereuse. Outre un risque réel à mobiliser son attention préférentiellement sur quelques patients ; des surinvestissements affectifs successifs peuvent aussi la conduire à ne plus trouver l'énergie pour continuer d'exercer son métier. Afin de se sauvegarder, elle doit ainsi *savoir poser des bornes*, des limites. C'est ce dont témoigne l'extrait d'entretien où, pour éviter le contact avec des grands-parents dont le petit-fils venait de décéder, Carole Houate dû se résoudre à un demi-tour :

Extrait de témoignage n°13 :

On essaie de ne pas rentrer trop dans leur vie.

En réa-chir j'ai eu le cas d'un petit jeune qui avait eu un accident. Voilà, c'est comme ça. Et quand il est arrivé dans la salle déchoquage, on s'en est occupés. Les premières personnes qu'on a vu c'était sa maman, son beau-papa et ses grands-parents. Et c'était le seul fils et le seul petit fils.

Quand c'est ça, on s'occupe de la famille. On les installe dans une pièce à part. On leur met un peu de café, et souvent ils nous parlent. Mais je vous dis : les premières personnes qu'elles voient, tout de suite elles s'accrochent à vous. C'est une référence parce que c'est le premier jour.

[Cet enfant] n'est pas décédé tout de suite ; ça a pris un certain temps. Mais à chaque fois qu'il me voyait ce papy-là, je m'asseyais avec eux, je discutais avec eux. Ils m'ont même ramené des photos du petit quand ils l'ont élevé...parce qu'ils l'ont élevé. Et bon...

Je ne sais pas si c'est bien. Mais le jour où ce petit est décédé. Quand j'ai vu le papy et la mamy au bout du couloir, j'ai fait demi-tour. J'ai dit, je ne peux pas. Parce qu'il y avait eu trop de liens. Je pense qu'il faut se mettre une barrière pour se protéger. Sinon, on se casse la figure !

Quand j'étais jeune, je ne me protégeais pas comme ça. Et je me suis dit « j'arrête » parce que (...) ça me rend trop malade.

Carole Houate (pseudonyme), aide-soignante en réanimation anesthésie-SAMU, CHU de Rouen

On le perçoit bien à travers ce témoignage, les pratiques de cette aide-soignante soulèvent très clairement la question de la *bonne distance* entre ; d'une part, sa condition d'être Humain inclus dans la communauté des Hommes ; et d'autre part, l'instauration des bornes indispensables pour pouvoir continuer à prendre en charge des sujets souffrants au sein du territoire hospitalier.

Mais il ne s'agit pas là des seules remarques qui peuvent être ici soulevées. En effet, il est également intéressant de souligner que, dans sa pratique quotidienne, l'action de l'aide-soignante est tournée vers le patient dont elle prend en charge des incapacités corporelles. Elle le redéploie ainsi dans l'espace et, finalement, elle contribue à le *rouvrir au monde*. Sur le plan symbolique, il s'agit alors d'une *réanimation* qui la conduit aussi à s'intéresser à ce qui, en dehors de l'hôpital, est fondamentalement constitutif de l'identité de ce patient : sa famille, ses proches, etc.... Ainsi, cette aide-soignante apparaît regarder à la fois vers l'intérieur du territoire hospitalier, c'est-à-dire vers l'environnement immédiat du patient hospitalisé pour relayer son corps en souffrance, mais aussi vers l'extérieur avec lequel elle fait seuil et vis-à-vis duquel elle doit poser des bornes.

Notons que cette position de borne, *ayant deux faces tournées dans les directions opposées*, n'est pas sans rappeler la figure symbolique du dieu *Janus* ; le dieu romain des limites, dont le temple en période de guerre restait toujours ouvert afin qu'il puisse se porter au secours des combattants¹¹. Cette représentation rejoint globalement une part de l'identité hospitalière ; comme l'est d'ailleurs aussi la *figure du passage* que l'aide-soignante préserve en œuvrant auprès des patients.

À ce propos, il est intéressant de mesurer combien ces dimensions s'expriment puissamment lorsque Carole Houate se remémore l'approche du décès d'une personne âgée :

Extrait de témoignage n°14 :

« Je ne peux pas laisser partir quelqu'un tout seul.

En pneumo, il y a deux ans, il y avait une petite mamie toute mignonne, mais qui était au bout du rouleau – 82 ans – à qui on ne pouvait plus rien faire. Sa fille est venue, et on lui a dit qu'elle allait partir. Elle répond : « mais papa va être tout seul à la maison, il est en chaise roulante, comment je vais faire ! Si je pars et qu'il se passe quelque chose pendant que je ne suis pas là... » ?

C'étaient des gens très croyants. Et puis cette femme était de la même ville que moi ; Lisieux. Alors vous voyez...(…) Elle me racontait sa vie, ses petits-enfants et tout ça.

¹¹ Pierre GRIMAL, *Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine*, Presses universitaires de France, p. 241.

Et je lui dis : Mais vous voulez aller chercher votre papa ? Elle me dit : Oui, mais je n'en ai pas pour longtemps ; j'en ai pour ½ heure ! Je dis : Bon, je reste avec votre maman. Je vous promets que je reste quoi qu'il arrive. Je vous promets que je reste jusqu'à temps que vous arriviez ! Alors elle était super contente. Elle a eu le temps d'arriver avec son papa. Et la mamie elle s'est éteinte, juste quand son mari est rentré dans la chambre. Et elle est partie. (...)

Je ne conçois pas que quelqu'un parte tout seul. On est là. Même si on ne se connaissait pas plus que ça. (...) À la limite, on tient la main et voilà. »

Carole Houate (pseudonyme), aide-soignante en réanimation anesthésie-SAMU, CHU de Rouen

Plusieurs éléments doivent être ici mis en relief. D'abord, l'attitude de cette aide-soignante procède d'une volonté de ne pas abandonner une patiente seule dans ses derniers instants. En lui *tenant la main*, il s'agit surtout de la *maintenir jusqu'au bout reliée, ouverte* à ses semblables, à la communauté des Hommes, et finalement au Monde comme à la vie. Ce qui est en jeu, c'est donc la sauvegarde du vivant mais également l'humanité de la patiente et de son entourage. Cet acte se révèle crucial à ce moment où cette femme est près d'emprunter l'ultime passage.

D'autre part, il est judicieux d'observer qu'à ce stade Carole Houate tend aussi à relayer les proches de cette patiente qui ne peuvent temporairement être présents à ses côtés. La proximité de cette aide-soignante révèle ainsi toute sa signification : elle tient un rôle d'*intermédiaire* entre la patiente, ses proches parents, le monde hospitalier et celui de l'extérieur. Elle réinscrit effectivement cette personne qui lui était inconnue dans la grande *famille Humaine* ; d'où les mots évoquant avec tendresse cette « *petite mamie* » dont la fille vient de la même ville que Carole Houate (Lisieux). L'aide-soignante ne s'efface alors qu'à l'arrivée des proches de cette femme ; comme une manière de ne pas se montrer intrusive envers l'intimité de la patiente vivant ses derniers instants.

Soulignons que cette position d'intermédiaire et de *passseuse* assurée par l'aide-soignante ne s'achève pas une fois survenu le décès d'un patient. Elle se poursuit bien après.

Elle se poursuit d'abord à travers une toilette mortuaire dont le *caractère rituel* transparait dans les propos de Carole Houate. Par cet acte, l'aide-soignante délivre effectivement son dernier soin au patient décédé. Elle signifie à travers cette toilette, où elle lui parle, que le défunt demeure « *quelqu'un* » au-delà de son existence charnelle. Elle le maintient ainsi relié à l'humanité.

Extrait de témoignage n°15 :

« Quand je fais une toilette mortuaire (parce que ça arrive), je leur parle. Je fais comme si je faisais une toilette. [Je me dis] que ça peut être quelqu'un de ma famille, et je veux qu'il soit au maximum présentable. (...)

Parce que dès fois, je pense qu'on aurait tendance à oublier que...ce n'est pas parce qu'il est décédé que... [Enfin] voilà, [même en étant décédé] c'est encore quelqu'un ! (...) »

Carole Houate (pseudonyme), aide-soignante Réanimation-Anesthésie-SAMU, CHU de Rouen

On le perçoit, la toilette mortuaire relève d'un *acte d'apaisement* réalisé sur le patient tandis qu'une porte s'ouvre vers sa nouvelle forme d'existence désincarnée. Et surtout, bien que son combat terrestre et intérieur soit définitivement perdu, le défunt apparaît *réanimé*.

Il est alors intéressant de voir combien ces aspects s'expriment également très clairement lorsque l'aide-soignante réaménage sa chambre en prévision de l'accueil de la famille :

Extrait de témoignage n°16 :

Ce n'est pas tant dans la manière de faire la toilette, mais [aussi] de présenter la chambre.

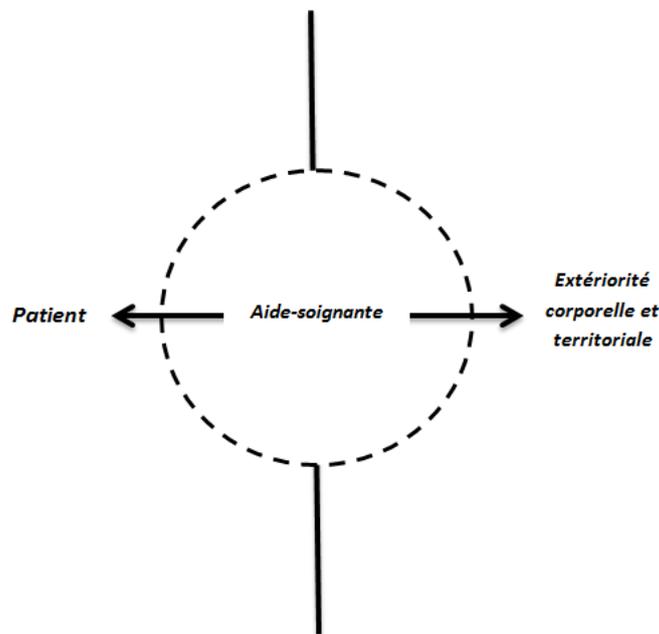
En réa, vous savez qu'il y a énormément de matériel. Moi je suis désolée, mais je présente [toujours] quelqu'un dans une chambre où j'ai tout vidé et tout enlevé. Avec des chaises autour, une lumière un petit peu...pas tamisée mais... Et ne pas laisser tout en bazar ; pour ne pas rappeler à la famille que c'était une chambre de réa et qu'il s'agit d'une chambre presque classique, on va dire. Je trouve que ça fait partie de notre travail. (...)

Carole Houate (pseudonyme), aide-soignante Réanimation-Anesthésie-SAMU, CHU de Rouen

À travers ce témoignage, on observe un étonnant *continuum* entre le patient décédé, que Carole Houate s'est employée à apaiser après son combat perdu, et la chambre de Réanimation que cette aide-soignante réaménage en lui ôtant les traces de la lutte passée. Ainsi, tous les instruments de la guerre hospitalière, terrible et intérieure, ont été écartés pour laisser place à un nouvel environnement dont le décorum évoque avant tout le repos, le sommeil et presque un retour au domicile. C'est alors un lieu désormais dirigé vers l'intimité familiale que l'aide-soignante se préoccupe de dessiner afin que les proches du défunt puissent enfin venir lui rendre hommage.

Jusqu'au bout, elle aura été celle qui redéploie le patient vers son extériorité corporelle. Et jusqu'à la fin, elle aura tenu à sauvegarder ce passage.

Figure 8



© Yann LEBORGNE, CRÉCET de Basse-Normandie, inventaire du patrimoine culturel immatériel de la France, 2014

Les hygiénistes, une sauvegarde de la sacralité du territoire hospitalier

L'hygiène est un enjeu fondamental dans un territoire hospitalier. Les patients et les membres du personnel soignant y sont en effet particulièrement exposés aux agents pathogènes (bactéries, virus..) susceptibles de se développer, de se propager voire se renforcer sous les effets conjugués des vulnérabilités immunitaires, des proximités physiques, des contacts répétés, mais aussi du caractère pénétrant des actes chirurgicaux, médicaux et paramédicaux. Ce contexte soumet chacun au danger de contracter des infections qui découleraient de sa présence à l'hôpital.

Afin de prévenir et de lutter au mieux contre la survenue de ces infections « *nosocomiales* » (c'est-à-dire étymologiquement, des *maladies liées aux soins*), une équipe infirmière *hygiéniste* est chargée au sein de l'hôpital d'assurer une surveillance épidémiologique et environnementale permanente, tout en formant continuellement à des *protocoles* les personnels exerçant dans les services. Pour ces *hygiénistes*, il s'agit d'arriver à instaurer dans le territoire hospitalier un certain nombre de pratiques, très codifiées, dont la bonne exécution doit permettre d'éviter les contaminations susceptibles de mettre en danger la santé des patients et des soignants.

Le déploiement de ces protocoles d'hygiène à l'hôpital est ainsi une réponse à la sourde présence d'agents infectieux dans cet environnement. Liées à des phénomènes biologiques invisibles à l'œil humain, renvoyant vers l'infiniment petit, les pratiques préconisées touchent malgré tout à des aspects courants de l'exercice quotidien des soignants, jusqu'à leurs tenues mêmes. En outre, elles connaissent de régulières modifications car elles suivent l'amélioration de la compréhension des transmissions des germes pathogènes à l'Homme dans les espaces hospitaliers.

Plusieurs éléments doivent être alors ici soulignés. Tout d'abord, les protocoles d'hygiène sont en correspondance avec des phénomènes environnementaux et biologiques mis en lumière par la Recherche. Les pratiques préconisées ont une légitimité scientifique en vue de leur efficacité et adaptation aux différents contextes de soins. Pour autant, ces protocoles sont tout à fait relatifs aux avancées de la science en ce domaine. Leur fonction procède d'une *mise à distance d'un danger* infectieux ; tandis que l'infection elle-même découlerait d'un non-respect des bonnes pratiques ou d'une inadéquation de certains actes au regard des lois de la biologie. Ainsi, face à la *sanction* que constituerait une maladie nosocomiale, les protocoles d'hygiène ne sont pas sans revêtir également une *dimension rituelle* étroitement liée à un besoin de *protection*.

C'est ce que suggèrent notamment les propos recueillis auprès d'Anne-Marie Coulon, infirmière hygiéniste depuis maintenant près de 17 ans au CHU de Rouen :

Extrait de témoignage n°17 :

« Je vais dans des services de soins...ça fait 17 ans que je fais de l'hygiène et que je prône l'hygiène des mains, sans bijoux, sans montres...une tenue de soignant qui correspond à une image de soignant. Au bout de 17 ans je me rends compte que les choses n'ont pas tellement bougé. On rencontre toujours des gens avec des tenues...parfois on se croirait au Club Med ! (...)

J'ai récemment fait un audit sur l'hygiène des mains ; j'ai vu des internes et des externes avec les bijoux, les cheveux longs (les cheveux longs je n'ai rien contre, mais les cheveux non-attachés...) mangeant du chewing-gum, la blouse ouverte. Je me dis : mais c'est quoi cette image du médecin ? Qu'est-ce qu'on renvoie au malade qui est dans son lit, qui est intubé... ? (...)

On se contente de peu...[or], les germes, ils s'en foutent.

Ce matin j'ai fait une formation sur l'hygiène des mains aux nouveaux arrivants, aux externes. Ils sont arrivés avec les gros pulls sous leur blouse, les montres, les vernis...Je leur ai dit mon petit laïus habituel : tout le monde me regarde en souriant... Je passe ensuite dans les services (...) et je vois que leurs responsables (médecins, internes) sont pareils qu'eux ! On ne peut pas former les gens à ne pas mettre de bijoux si soi-même on ressemble à un sapin de Noël ! (...) »

Dans certains services, le chef de service, la cadre, disent : il n'y a pas de bijoux, on se tient bien, les blouses sont fermées...on change la blouse...et là, il n'y a pas de souci, ça court ! Mais après, si vous allez dans un service où tout le monde s'en fou, il n'y a pas de raison que les gens modifient ou respectent le...(...) Il y a des tas de choses qui sont dans l'éducation ! (...)

Anne-Marie Coulon, Infirmière hygiéniste, CHU de Rouen

La formation sur l'hygiène des mains dispensée depuis 17 ans par Anne-Marie Coulon se comprend fort bien quand on sait combien celle-ci est reconnue pour chaque soin prodigué à l'hôpital comme « *une exigence de base* »¹². Néanmoins, il est surtout intéressant d'observer ici combien le récit de cette infirmière hygiéniste, initialement centré sur les mains en tant que vecteur d'agents infectieux, tend à s'étendre pour englober la *totalité corporelle* des soignants. En effet, il ne s'agit pas uniquement pour elle d'insister sur l'importance des extrémités en contact direct avec les patients ; son attention se porte tout autant sur leurs tenues : des montres aux poignets ; des blouses ouvertes derrière lesquelles se dévoilent de « gros pulls » et des bijoux ; des bouches laissant entrevoir une mastication de chewing-gum ; des cheveux tombant au lieu d'être attachés.

Au fond, on perçoit que ce que ces paroles signifient, ce n'est pas uniquement le principe premier d'une propreté des mains afin d'éviter le franchissement des agents pathogènes de l'environnement vers des organismes Humains. Elles désignent le danger que feraient peser des débordements qui ne seraient pas que biologiques, mais qui constitueraient aussi un risque sur le plan symbolique : au regard de cette hygiéniste, les attributs personnels donnés à voir au travers des blouses ouvertes, faisant déborder des signes de la vie privée au sein de l'espace public du soin, apparaissent transgresser quelque peu les limites propres au territoire hospitalier.

Il est intéressant de souligner à travers ces remarques combien l'hygiène des mains apparaît dépasser ici le strict espace anatomique des mains. Elle s'étend en effet vers la globalité ; depuis les mains des soignants vers la totalité de leur corps, jusqu'à *ce qui fait qu'un hôpital est un hôpital*. Ainsi, par-delà ces changements d'échelles, un *continuum* s'établit entre les règles de l'hygiène indissociables de la biologie (et donc des *lois du vivant*) et les règles *du territoire hospitalier* devant se garder des transgressions au risque de voir apparaître des infections liés aux soins.

Cet appel au respect des règles hospitalières se traduit dans le récit d'Anne-Marie Coulon à travers l'évocation de la « *tenue* » ; une *tenue* qui doit permettre qu'une *prise en charge devienne possible* du fait de la mise en scène d'une *radicale altérité* : en d'autres termes, le soignant se doit ressembler à un Être soignant ; totalement différent d'un Être souffrant.

Il est cependant un fait que des résistances se manifestent à ce propos chez bon nombre de praticiens qui s'emploient à prendre quelques libertés vis-à-vis de l'hygiène des mains comme de leur tenue. Apparemment plus fréquemment observées chez les médecins, ces attitudes s'expliqueraient d'après l'ethnologue Marie-Christine Pouchelle par un sentiment de « *pureté* » ressenti par des soignants s'estimant, du fait de leur fonction, « *naturellement propres* »¹³. Néanmoins, on peut aussi se demander dans quelle mesure ces résistances ne seraient pas également une manifestation de l'empathie déployée par les médecins envers leurs patients. En entrouvrant leur blouse et en laissant s'exprimer une part de leur personnalité, ces médecins créent en effet une brèche dans la protection symbolique dressée par le protocole hospitalier. Ils réintroduisent une proximité avec les patients là où le protocole les tient à distance. Cet aspect est fondamental si l'on admet qu'une prise en charge induit un *transfert de charge symbolique* où l'hospitalier doit savoir se présenter en tant qu'Être appartenant à la communauté des Hommes. Ainsi, certains attributs personnels qui renvoient à la vie des soignants en dehors du territoire de l'hôpital agissent comme une ouverture liée au processus par lequel le soin des patients hospitalisés implique leur *accompagnement*. En ce sens, ces patients

¹² Coignard (B.), 2010, Institut de veille sanitaire, Département des maladies infectieuses, Unité Infections Nosocomiales et Résistance aux Antibiotiques. <http://www.sante.gouv.fr/illustration-de-l-importance-de-l-hygiene-des-mains-par-le-signalment-des-infections-nosocomiales-actualisation-au-1er-mars-2010.html>

¹³ Pouchelle (M.C.), 2004, *infections nosocomiales et culture hospitalière*, in *Prévention des infections en chirurgie orthopédique : l'organisation des services*, Tirésias Vol. III, pp. 18-22. Lecture en ligne de cet article à l'adresse : http://www.snphar.com/data/A_la_une/phar33/ethno-33%20.pdf

ne sont pas enfermés dans l'enceinte de la communauté hospitalo-universitaire en tant qu'objets de la médecine : ils demeurent des Êtres Humains, à l'image du personnel soignant lui-même.

Ces aspects transparaissent très clairement dans l'extrait d'entretien suivant :

Extrait de témoignage n°18 :

« Pour un patient en isolement pour une bactérie multi-résistante, au niveau du contact, on disait avant : « chambre seul, on ferme la porte » ; et c'est vrai que la relation humaine là-dedans était vraiment très amputée. Maintenant, on part du principe que si on respecte bien certaines règles d'hygiène, ils peuvent sortir, aller à la cafétéria, en salle de kiné. On allège pas mal les choses.

C'est vrai que pour les soignants le côté contact et relations humaines est toujours important. Mais il faut [aussi] se rappeler qu'on est là pour [exercer] une activité professionnelle, et on est là aussi pour se protéger soi, protéger ses proches.

Ces notions d'hygiène sont là pour la protection des patients et pour la protection des soignants. Au même titre qu'on enseigne toujours aux soignants de préserver toujours une distance professionnelle vis-à-vis du patient. Sinon, c'est très facile de tomber dans... »

Tristan Petel, Infirmier hygiéniste, CHU de Rouen

Dans un tel contexte, l'exemple de l'hygiène des mains illustré par Anne-Marie Coulon est très significatif. En effet, les mains sont l'espace du corps par lesquels s'exercent sur les patients les contacts de soins directs. Elles constituent des interfaces majeures par lequel s'effectue le transfert symbolique associé à la prise en charge. Ainsi, en guise de prolongement de ces mains, et tout en sauvegardant le plus possible la barrière protectrice des protocoles, les représentations d'une blouse ouverte, comme celle de la chambre qui n'est plus totalement close, respectent le transfert lié au soin. Ces ouvertures contribuent à maintenir le patient relié à la globalité : celle des soignants, eux-mêmes inscrits dans un territoire et une communauté hospitalière, jusque vers l'extériorité et le Monde des Hommes vis-à-vis duquel ils ne sauraient être totalement écartés et coupés.

Ce souci de maintenir les patients en relation avec la globalité Humaine, tout en tenant compte de lois universelles du vivant (biologiques) auxquelles se lient les règles d'hygiène, n'est pas sans contenir une dimension religieuse (du lat. *religare* / relier). Elle rejoint à ce titre la signification de l'alliance que portaient autrefois les Sœurs dans les hôpitaux : cet objet manifestait leur position d'intermédiaire entre les Hommes et Dieu ; leur « mariage » avec le céleste et l'ordre du Monde. D'après Anne-Marie Coulon, l'héritage du port de l'alliance serait parfois avancé de nos jours dans les services par certaines infirmières qui invoquent une tolérance envers leurs propres bijoux.

Cependant, l'infirmière hygiéniste assimile de tels ornements de « luxe » à des marques de désordre ; c'est pourquoi elle s'oppose à ces attributs qui font peser sur les Hommes un danger infectieux. Ils constituent une transgression vis-à-vis des lois de l'hygiène. De surcroît, le territoire hospitalier apparaît souillé par des tenues rappelant des plaisirs étrangers à l'hôpital (cf. l'allusion au « Club Med ») et qui, d'ailleurs, évoquent des signes extérieurs de séduction : la blouse ouverte, le vernis à ongle, les bijoux et les cheveux détachés de certains médecins contredisent l'inviolabilité des corps que signifie la rigueur d'une tenue fermée, propre, cheveux attachés et sans bijou.

Extrait de témoignage n°19 :

À chaque fois on me ressort : « l'alliance était tolérée »...

[Alors, je réponds] : « les précédentes infirmières étaient des Sœurs. L'alliance était le seul luxe qu'elles pouvaient se payer parce que c'était par mariage avec leur foi. Nous, nous descendons

de ces bonnes sœurs, c'est pourquoi l'alliance a été tolérée. Mais maintenant, vous n'êtes plus des bonnes sœurs. L'alliance n'a plus lieu d'être dans les services de soins. »

Anne-Marie Coulon, Infirmière hygiéniste, CHU de Rouen

À travers ces remarques, on perçoit combien les protocoles d'hygiène apparaissent mettre en acte des *bornes et des limites* au corps-territoire hospitalier tout en assurant sa mise en relation avec l'extériorité. C'est en ce sens qu'ils permettent d'articuler le dedans et le dehors, en cherchant à écarter les menaces infectieuses et symboliques qui pèsent sur tous les gestes de soins.

La menace symbolique dont on parle ici procède des risques des multiples transgressions et violations des corps-territoires dans la mesure où celles-ci produiraient des désordres tels qu'elles porteraient atteinte aux Hommes et qu'elles détruiraient toute possibilité de prendre en charge les patients. Face à ce grave danger, pour éviter la dégradation de l'ordre hospitalier, l'équipe des hygiénistes apparaît alors comme la gardienne et la transmetteuse de protocoles qui sont également autant de *rituels* que les soignants sont enjointes à respecter le plus scrupuleusement.

Indissociable d'une sauvegarde de la sacralité de l'Humain à travers celle de son corps et de son territoire hospitalier, ce caractère rituel est sans doute ce qui rapproche les hygiénistes des Religieuses qui officiaient autrefois dans les hôpitaux. On retrouve leur rigueur dans les propos d'Anne-Marie Coulon qui en assume l'héritage au nom des infirmières contemporaines. Car si ces soignantes ne sont plus des Sœurs, leur *descendance* ici revendiquée induit la persistance d'une verticalité relationnelle connectée au sacré. C'est-à-dire que, même si les protocoles de l'hygiène sont le fruit de la science, leur dimension rituelle vise aussi à écarter des *profanations*.

Ce dernier aspect transparait de façon très claire dans l'entretien ci-après (21) où Tristan Petel, hygiéniste, nous conte comment il fut conduit autrefois à faire barrière à l'acte d'un médecin. Dans une optique où celui-ci cherchait une solution à un problème thérapeutique particulièrement complexe, il faillit prendre une initiative que l'infirmier estima alors très dangereuse :

Extrait de témoignage n°20 :

il y a des situations où il faut qu'on sache tirer la sonnette d'alarme, y compris vis-à-vis d'autres professionnels. Lorsqu'on assiste par exemple un médecin sur un soin technique, et qu'il n'a pas forcément les mêmes connaissances au niveau de l'hygiène, ce n'est jamais évident de dire à un médecin : stop, là on fait quelque chose qui n'est pas sûr. (...)

Un exemple : je me souviens d'une fois où un médecin voulait à tout prix que je branche une aspiration sur une dérivation ventriculaire externe. On est sur quelque chose qui sert pour aspirer au niveau digestif ; et là, il voulait que j'aspire au niveau du liquide céphalo-rachidien, donc le liquide du cerveau. J'ai [alors] dit : « non, je ne le ferai pas ». (...)

Le médecin était parti sur l'idée qu'on va trouver une bonne solution à une problématique. Mais on était sur du matériel non stérile qu'on allait brancher sur du matériel stérile ; et [aussi] sur du matériel qui aspire d'une façon assez violente (pour des aspirations digestives) qu'on va brancher sur un cerveau...Là c'était inquiétant.

J'ai pu réagir parce que j'avais des connaissances et que je savais qu'il ne fallait pas faire ça. Mais un jeune infirmier qui démarre, je ne sais pas s'il aurait tilté ou s'il aurait su dire stop. (...)

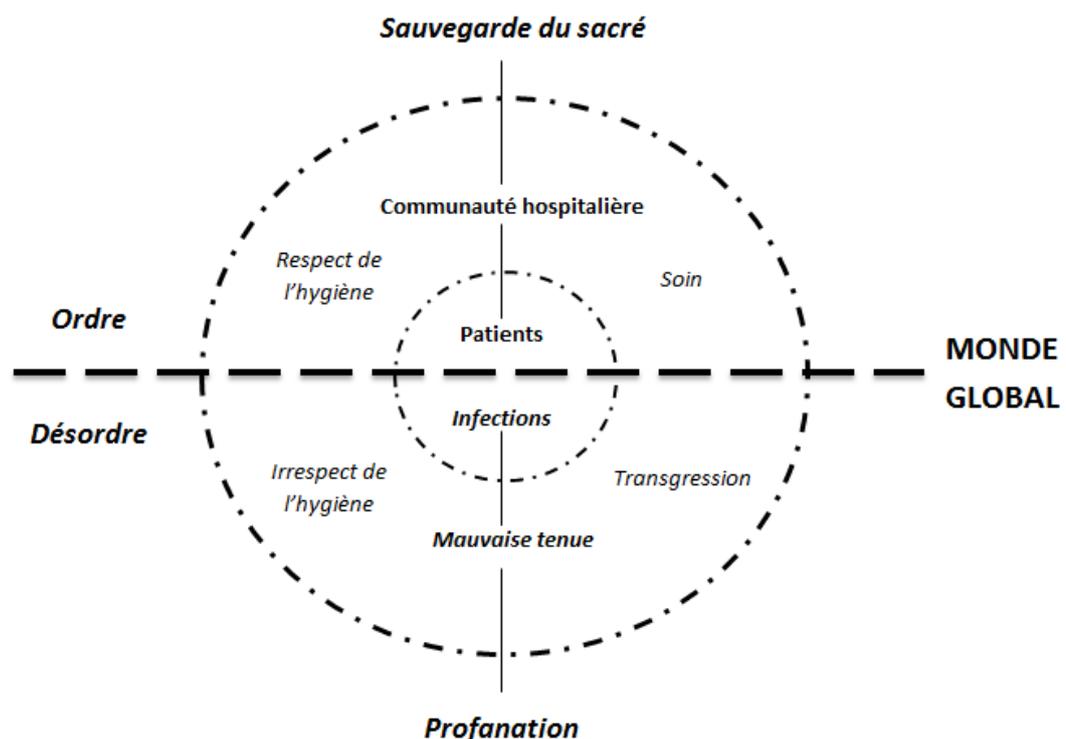
La réaction du médecin n'a pas été particulièrement violente. Il a compris les limites.

Tristan Petel, infirmier hygiéniste, CHU de Rouen

Plusieurs éléments de ce témoignage doivent être soulignés. Tout d'abord, l'infirmier se situe à l'interface entre le patient, dont le corps est *ouvert* pour son opération, et son médecin qui imagine une résolution au problème posé par sa pathologie. Cette position d'interface est capitale car c'est elle qui a effectivement permis que Tristan Petel soit en mesure d'assurer sa fonction de *borne* en empêchant la transgression qui se dessinait : à savoir, l'intervention sur le cerveau d'une technique d'*aspiration* normalement adaptée au tube digestif. Outre le danger pour la santé du patient que constituait au regard de l'infirmier la brutalité de la solution choisie par le médecin, son récit signifie le caractère profanateur d'un acte médical qui, à des fins thérapeutiques, aurait assimilé le cerveau, c'est-à-dire l'organe de la *psyché*, à celui de la digestion. Cet homme s'est alors posé en barrière devant ce qui aurait été une inversion majeure, un désordre organique et symbolique total.

Ce récit de Tristan Petel est d'autant plus intéressant qu'il n'est pas sans faire étonnamment écho au lointain mythe d'*Asclépios*, à la fois héros et dieu de la mythologie Gréco-romaine. D'après le récit mythologique, Asclépios, dieu de la médecine, mais également père d'*Hygie* (divinité dont provient précisément le mot « hygiène ») fut foudroyé et tué par Zeus considérant que, parvenant désormais à ressusciter les morts, celui-ci menacerait *l'ordre du Monde*¹⁴. C'est bien une transgression absolue qui aurait provoqué sur Asclépios une frappe de la colère Divine...

Figure 9



© Yann LEBORGNE, CRÉCET de Basse-Normandie, inventaire du patrimoine culturel immatériel de la France, 2014

Au cœur du territoire hospitalier, trouver le rythme d'une harmonie

¹⁴ Pierre GRIMAL, *Dictionnaire de la Mythologie grecque et romaine*, Presses universitaires de France, p. 54.

Comme il fut souligné dans l'introduction de cette fiche d'inventaire, l'hôpital universitaire s'assimile à un vaste *corps-territoire* doté de limites et d'une organisation interne. Il a une extériorité, une intériorité mais aussi une périphérie structurée autour d'éléments centraux. À ce titre, l'étude du service des Urgences fut très instructive : on a pu percevoir que l'une des voies d'accès au Centre Hospitalo-universitaire constitue également une frontière où une médecine générale et spontanée tend à s'articuler avec une approche hospitalière et universitaire spécialisée et réflexive. L'Hôpital universitaire forme alors médicalement un univers distinguant ce qui lui est intérieur de ce qui lui est extérieur ; au point de leur attribuer des valeurs bien différentes : ce qui est intérieur, « ce qui est au cœur », est doté d'un prestige sensiblement plus grand que ce qui tend vers les marges.

Par cette remarque, on tient peut-être une partie de l'explication de l'image valorisante dont bénéficie traditionnellement au sein de la communauté hospitalière la profession de chirurgien cardiaque. Tout semble effectivement se passer comme si ces praticiens jouissaient d'un haut niveau de reconnaissance parce qu'ils accèdent et se trouvent en contact direct avec cet organe singulier qu'est *le cœur de l'Homme*. Comme si, par capillarité, la position symbolique de ces chirurgiens était nourrie de cette relation qu'ils entretiennent au travers de leurs interventions avec ce lieu des *pulsations de la vie* : « *C'est quelque chose qui bat. Quand on ouvre le thorax pour la première fois, c'est quelque chose !* », Nous dit à ce propos le Pr. De Brux, praticien au CHU d'Angers.

Ce n'est cependant pas une symbolique émotionnelle du cœur, celle qui en fit autrefois « *le siège de l'âme* », qui poussa l'ancien étudiant en médecine vers cette discipline. Au contraire : le Pr. De Brux explique sa décision par une « *révélation* » qui motiva son engagement : ce futur chirurgien conçut les interventions sur le cœur comme étant avant tout des exercices « *carrés* » sur un organe qu'il caractérise lui-même comme ayant un fonctionnement très « *clair* » et « *cadré* ».

Extrait de témoignage n°21 :

« (...) Lors d'un stage (...) d'étudiant en médecine, j'ai fait un stage en cardiologie. La cardiologie m'a beaucoup intéressé car c'est une discipline qui est très carrée : il y a le côté électrique avec la conduction, le côté hémodynamique, le côté...etc... enfin bon...C'est très bien cadré et ça m'a beaucoup plu. Je me suis alors dit que j'allais faire de la cardiologie.

Plus tard, en tant qu'étudiant en médecine, j'ai alors fait un stage en chirurgie cardiaque à l'hôpital Laennec à Paris. Là, ça a été un peu la révélation. »

Professeur Jean-Louis De Brux, chirurgien, chef du service cardiologie du CHU d'Angers

De prime abord, cette caractérisation du cœur assimilé à un *cadre clair* pourrait apparaître très surprenante. Métaphoriquement si central, cet organe est volontiers associé à un registre spirituel profond, insaisissable par aucun cadrage : « *Le cœur a ses raisons que la raison ne connaît point* », assurait à ce propos Blaise Pascal¹⁵. Néanmoins, le récit du Pr. De Brux montre aussi en quoi son choix de s'orienter vers cette chirurgie prend sens dans la mesure où cet homme se reconnaît comme étant doté d'un *esprit* « *carré* » qui « *aime les choses claires* ». Ainsi le chirurgien met-il finalement ici en lumière une correspondance *sensible* entre son exercice professionnel et les dispositions de son « cœur » ; celles de son *étrangeté intérieure*, non-maitrisable, où résiderait son Être profond. C'est en cela que la chirurgie cardiaque lui apparut comme une *révélation*.

À travers ces remarques, on perçoit combien la chirurgie cardiaque fit écho avec des ressorts intimes de la personnalité du jeune médecin qui la découvrit au cours de ses études. Soulignons que ceci n'est pas sans rejoindre l'idée d'une « *vocation* », où l'engagement dans une activité répond à un *appel* de l'intérieur, du « cœur », ou de ce que d'aucun désigneraient également « du divin ». Car on

¹⁵ In « Pensées » (1670)

ne saurait non plus ici occulter l'étroitesse des relations existant dans la tradition chrétienne entre le cœur et l'idée du divin. C'est peut-être d'ailleurs ce rapport inconsciemment formulé qu'on pourrait reconnaître dans l'évocation du cadre « clair » (« *le cœur, c'est clair* ») exprimée dans son récit par le Pr. De Brux, liant cet organe à la lumière (le divin désigne étymologiquement *la lumière* du ciel). Cet aspect explique peut-être aussi en partie l'image prestigieuse dont sont dotés ces chirurgiens dans la communauté hospitalière. Par leur contact privilégié avec le cœur, ils auraient un peu à voir avec des thaumaturges intercédant auprès de Dieu pour sauvegarder la vie des Hommes. Une position symbolique dangereuse lorsque, chez certains praticiens, celle-ci leur « *monte à la tête* ».

Se distinguant toutefois de ceux dont l'*égo-centrisme* se nourrit d'une intimité relationnelle avec Le Cœur¹⁶, le Pr. De Brux se place dans une position d'humilité. Il se présente effectivement comme quelqu'un ayant toujours aimé « *l'activité manuelle* ». Ainsi, le cœur devient-il ici un élément tangible, un support *extérieur* sur lequel le chirurgien peut travailler avec distance.

Il est vrai que le praticien ne préside lui-même pas à la régénération de l'organe : il déploie d'abord une *technicité* qui doit permettre de résoudre des dysfonctionnements. Une dimension très pragmatique que décrit avec beaucoup de simplicité le Pr De Brux au point qu'elle lui rappelle son amour du « *bricolage* ». Autrement dit : le praticien ne saurait ici se confondre avec Dieu. Et si toutes les opérations sont très mûrement réfléchies, « *c'est quand même [son] cerveau qui fait marcher ses mains* » : le chirurgien cardiaque demeure d'abord un Homme parmi ses semblables.

Extrait de témoignage n°22 :

« L'activité même de chirurgien, c'est une activité manuelle. J'ai toujours aimé bricoler... Mais les mains, c'est quand même le cerveau qui les fait marcher ! Moi, j'ai un esprit assez carré, j'aime les choses qui sont claires. Et le cœur, c'est clair !

Il y a trois choses qui font marcher le cœur : l'électricité parce qu'il y a un automatisme cardiaque. C'est l'électricité du cœur. Il y a aussi le sang qui circule. C'est un peu « l'eau ». Et le sang est oxygéné par des gaz. Donc : c'est l'eau, le gaz, l'électricité. Il y a trois compartiments comme cela qui se rencontrent au niveau du cœur et des poumons et qui fonctionnent de manière harmonieuse. Et quand il y a une défaillance quelconque, on essaie de régler le problème. Pas uniquement par la chirurgie, mais c'est la chirurgie qui m'intéresse. Et voilà ce qui m'intéresse dans le cœur ! (...)

Professeur Jean-Louis De Brux, chirurgien, chef du service cardiologie du CHU d'Angers

De ces remarques on peut conclure que le cadre *clair* évoqué par le Pr. De Brux pour décrire le cœur, qui correspond bien selon lui à son *esprit carré*, est aussi pour lui une façon de souligner le caractère technique de sa profession au regard d'un organe assimilé aux dimensions immatérielles, idéelles et spirituelles. Il est d'ailleurs intéressant d'observer que cette même dualité s'observe pour ce qui concerne le positionnement symbolique des chirurgiens cardiaques : ceux-ci sont en effet porteurs de connaissances médicales pointues ; ils entrent en contact privilégié avec le siège des pulsations de la vie, et finalement aussi avec *le merveilleux* de ce phénomène biologique. Mais dans le même temps, ils exercent une profession de réflexions, de gestes et d'actes précis sur un organe concret et organisé. Ils sont ramenés sur Terre, en tant qu'Hommes parmi les Hommes, par des conditions organiques, matérielles et relationnelles dont ils ne peuvent jamais s'abstraire.

Il est particulièrement intéressant de remarquer que tout cela apparaît s'accompagner d'une forme d'*extériorisation* du cœur : depuis les aspirations personnelles de l'étudiant en médecine décidant de s'engager dans la chirurgie cardiaque, jusqu'au chirurgien pour lequel l'organe est

¹⁶ La majuscule est ici voulue.

devenu un objet au fonctionnement intelligible et dont il peut opérer des patients, on observe ici un *élargissement de l'espace* de l'intime et du privé vers le public. D'ailleurs, l'usage par le Pr. De Brux de l'analogie de « *l'eau, du gaz et de l'électricité* » est significative. Le système cardiovasculaire se voit assimilé à un réseau domestique qui rend habitable un logement et permet l'existence d'un *cadre pour vivre*. Cette analogie illustre parfaitement la place du cœur dans *un corps qui est aussi un territoire* irrigué par un réseau vasculaire et sa pompe. Et elle signifie tout autant un changement d'échelle du corps privé vers le territoire d'un collectif ; c'est-à-dire, du local au global.

Extrait de témoignage n°22 :

Ce n'est pas une chirurgie qu'on fait tout seul. Ce n'est pas le chirurgien qui fait tout : c'est une équipe. J'insiste beaucoup là-dessus auprès des équipes. On ne peut pas faire de la chirurgie cardiaque comme ça, dans son coin. Ça ne marche pas.

Il faut des aides, des chirurgiens avec qui on travaille, en qui on puisse avoir confiance. Au bloc opératoire il faut aussi avoir des anesthésistes. Il faut aussi avoir à ses côtés une profession qui n'est pas très bien connue : celle de perfusionniste. Le « pompiste » qui s'occupe de la machine cœur-poumon artificiel. Et ce trio là, au bloc opératoire, il est indissociable.

Il est obligé...enfin, il faut qu'ils travaillent ensemble. Parce qu'il y a des interactions entre les trois : le chirurgien [d'abord] qui opère, mais qui doit connaître bien la circulation extracorporelle, mais aussi l'hémodynamique (la circulation du sang, les pressions etc.), l'hématose (c'est-à-dire l'oxygénation du sang) et avoir des notions de ventilation des poumons, etc... Et au sein de ce trio-là, il y a des interactions en permanence entre eux. Les problèmes – quand il y en a – surviennent quand il y a, soit une mauvaise compréhension, soit des tensions entre les trois professions.

Professeur Jean-Louis De Brux, chirurgien, chef du service cardiologie du CHU d'Angers

Ce changement d'échelle géographique est bien traduit le Pr. De Brux lorsque celui-ci tient à souligner que la chirurgie cardiaque « *n'est pas une chirurgie qu'on fait seul* ». Il s'agit avant tout d'un travail *en équipe* où l'acte opératoire du chirurgien se révèle indissociable de ses collaborateurs, et notamment en premier lieu de ce *trio* qu'il forme avec l'anesthésiste et le perfusionniste. En effet, pendant que le chirurgien opère l'organe, l'anesthésiste s'occupe des volumes de liquides et de gaz qui circulent, tandis que le perfusionniste veille à une machine où passe en s'oxygénant le sang du patient. Au final, le Pr. De Brux en vient à estimer que le succès d'une opération dépend en bonne partie de la qualité des interactions entre ces collaborateurs centraux, tandis qu'une mésentente ou une mauvaise compréhension entre eux pourraient en hypothéquer le succès. Ainsi, son récit nous conduit à conclure que, bien que le chirurgien effectue lui-même l'acte chirurgical au travers de ses mains et instruments, ses actes en contact direct avec le cœur ne sauraient être les manifestations de ses seules et uniques volontés : ils relèveraient également d'un système de relations complexes entre collaborateurs qui, bien que n'étant pas tous en contact direct avec l'organe, doivent trouver ensemble une *harmonie* pour que le chirurgien opère au bénéfice du patient pris en charge.

À la lumière de ces propos, on voit que se dessine une claire correspondance entre, d'une part le cœur organique avec les « *trois éléments* » qui s'y rencontrent et interagissent ; et d'autre part « *le trio* » qui doit fonctionner sans discordance durant l'acte opératoire. À travers le récit du Pr. De Brux, le système cardiovasculaire s'extériorisant du corps individuel tend ainsi à se transformer en un ensemble de relations sociales, où chaque Être habite une fonction affiliée à l'un des éléments du cœur en interaction. Tandis que le chirurgien intervient alors sur le cadre organique, ses proches collaborateurs au sein du bloc sont identifiés aux flux qui y circulent ; fussent-ils sanguins, gazeux, électriques ou flux de chaleur qui régulent la température du système. De ce fait, ils reproduisent

une circulation extracorporelle qui ne saurait être réduite à son appareillage. Celle-ci se révèle être aussi une structure de relations interpersonnelles ; une vascularité sociale, immatérielle.

Extrait de témoignage n°23 :

[Le cœur], c'est un trio. Le trio du bloc opératoire est un peu la même chose, mais c'est un peu décalé. Parce que l'anesthésiste s'occupe des gaz, de la volémie (c'est-à-dire de la quantité de liquide que l'on met ; parce qu'on met des perfusions, du sang, etc...). De l'autre côté du champ opératoire, l'anesthésiste est à la tête du patient. Du côté droit du malade, il y a les opérateurs. Et juste immédiatement en arrière, il y a le « pompiste », [c'est-à-dire] le perfusionniste qui s'occupe de la machine cœur-poumons. Lui aussi est en rapport avec « l'eau », c'est-à-dire le sang qui tourne avec les tubes dans sa machine ; mais aussi avec les gaz puisque c'est lui qui oxygène le sang ; et il y a une autre arrivée d'eau (c'est de l'eau cette fois-ci) qui arrive pour refroidir ou réchauffer le sang.

Alors franchement, c'est un tout ! »

Professeur Jean-Louis De Brux, chirurgien, chef du service cardiologie du CHU d'Angers

Ces remarques font percevoir l'existence d'un continuum du cœur vers le bloc opératoire. Ce dernier transparait en effet comme étant la réplique extracorporelle du système cardiovasculaire. Ce « bloc-cœur » s'assimile alors à un *cadre territorial*, alimenté en énergie et structuré de flux relationnels, qu'incarne un chirurgien soucieux que ne s'y produisent des discordances menaçant son fonctionnement. Il en irait de la qualité de l'opération menée sur le cœur du patient...

Ceci nous conduit à avancer que *l'harmonie* évoquée dans son récit par le Pr. De Brux ne désigne pas simplement un relationnel pacifié. Elle signifie également une *rythmique* qui serait celle du « bloc-cœur » à travers toutes les interactions sociales qui s'y jouent au cours de l'opération qu'orchestre le chirurgien. Elle renvoie à un rythme de battements et de pulsations qui, bien que rappelant par analogie le cœur dans son fonctionnement organique, impulsent et entretiennent une circulation vitale vers toutes les dimensions et échelles spatiales du territoire humain.

Soulignons à ce propos qu'un tel déploiement du cœur vers l'extérieur ne se borne pas au bloc opératoire. Il s'étend en effet jusqu'au Service de soins. C'est d'ailleurs à ce titre que le Pr. De Brux insiste sur l'importance majeure du *travail en équipe* à l'échelle de son Service ; et ce, bien qu'il reconnaisse celui-ci beaucoup plus difficile à pratiquer que la chirurgie elle-même : il est vrai que ce travail d'équipe renvoie « au cœur » selon une acception non-mécaniste. Il s'agit de favoriser une « *bonne ambiance* » de travail ; une atmosphère où « *les gens sont contents de travailler avec vous* ». En somme, le chef doit faire en sorte que son territoire demeure un cadre de *sérénité* dans un environnement hospitalier « *anxiogène* ». Pour lui, il s'agit de sauvegarder avant tout une *harmonie intérieure* par-delà les perturbations que provoque un monde hospitalier « *stressant* ».

Extrait de témoignage n°24 :

« Je voudrais [surtout] revenir sur l'organisation d'un service. Car je crois que le plus difficile, ça ne concerne pas le métier de chirurgien : c'est le travail en équipe.

L'hôpital c'est anxigène, c'est stressant. (...). C'est [donc] très important qu'il y ait une atmosphère de travail où les gens sont contents de travailler avec vous. Ça commence avec l'aide-soignante, en passant par l'infirmière, le cadre infirmier (...)...Qu'il y ait une bonne ambiance, ça bénéficie au malade. Lorsqu'il y a une ambiance délétère où les gens se tirent dans les pattes, c'est le malade qui en pâtit. (...).

Professeur Jean-Louis De Brux, chirurgien, chef du service cardiologie du CHU d'Angers

Là encore, il en va de la qualité des soins accordés aux patients ; et la tâche est délicate tant *l'harmonie* de cet ensemble dépend d'une capacité à pouvoir faire cohabiter au sein d'un même territoire des individualités et des professions forts différentes. Comme le souligne le Pr. De Brux, le moindre changement peut déstabiliser l'équipe : le départ d'un collaborateur, l'arrivée d'un autre, le changement (même saisonnier) du volume et de l'organisation travail, des événements privés. En outre, des collaborations peuvent-être rendues difficiles dans le contexte d'une chirurgie où les égos sont enclins à s'affirmer. Or, tout conflit (au sens d'une *rupture de l'harmonie*) au sein du Service est susceptible de se répercuter de proche en proche sur toutes ses autres activités : un problème chez les infirmières peut aussi en devenir un chez les chirurgiens, jusqu'à se propager vers l'organisation du bloc où l'opération se retrouve impactée. C'est pourquoi, afin de désamorcer ce qui risquerait de *troubler* le fonctionnement *de l'ensemble*, et surtout sauvegarder la capacité du Service à soigner le cœur des patients qu'il accueille, *le chirurgien à sa tête* se montre soucieux de préserver la stabilité de son territoire en y prévenant les conflits ; autrement dit : il s'agit d'y éviter la *discorde*.

Extrait de témoignage n°24 :

Il y aura toujours des petits problèmes, des accrochages ou des choses comme ça, mais il faut éviter de cristalliser les défauts des gens. Il faut travailler avec leurs qualités et faire avec leurs défauts. Car moi aussi j'ai plein de défauts (...) Et je n'aime pas trop les conflits.

Travailler dans le conflit, ce n'est franchement pas positif. (...)

On ne peut pas travailler dans le conflit. Si on travaille dans le conflit, quelle que soit la cause du conflit ou l'endroit où le conflit a lieu, ça ne va pas trop. Par imbibition, ça gagne dans les autres secteurs : un problème entre les infirmières du service, ça va gagner les chirurgiens et ça va aussi gagner le bloc...enfin, l'organisation du bloc. Donc, il faut essayer d'être vigilant... (...)

(...) C'est très connu : il peut y avoir un malaise au travail dans l'hôpital. Donc, un des rôles très importants du chef de service est de faire en sorte que les gens qui travaillent avec lui prennent leur place ; qu'ils comprennent qu'il y a du travail pour tout le monde...

« Parfois un nouvel arrivant change un équilibre qui s'était créé au cours du temps ; et ça déstabilise complètement l'équipe. Mon rôle c'est d'arriver à retrouver un équilibre (...)

Professeur Jean-Louis De Brux, chirurgien, chef du service cardiologie du CHU d'Angers

On le voit, toutes ces observations traduisent l'existence d'une fascinante correspondance entre la rythmique du cœur, celle du bloc et celle du Service de soins en tant que territoire d'un chirurgien situé à sa tête. À chacune de ces échelles géographiques, les éléments qui les constituent se rencontrent et doivent s'associer de façon harmonieuse afin que l'organisme ainsi formé puisse continuer de fonctionner en irriguant des ensembles relationnels à la fois organiques, humains et sociaux plus globaux. Ainsi, *depuis le cœur vers le Service, de l'intérieur vers l'extérieur*, se trouve révélé un étonnant système de relations partant de l'organe et sa réalité biologique vers ce qui fait que chaque Être est Humain car aussi lié à d'autres Êtres humains. On distingue alors ici une *dimension religieuse* ; et ce, au sens premier du terme latin *religare* qui signifie « relier ».

À travers le schéma ainsi esquissé, on reconnaît assez bien l'association entre le cœur et une *instance tirant vers le global, l'universel et le lumineux*. Métaphoriquement, il s'agirait du « divin » : « *le cœur, c'est clair* » nous a d'ailleurs rappelé le Pr De Brux. Mais au-delà, son récit signifie *l'ouverture* qui caractérise sa pratique professionnelle. Une ouverture qui ne saurait se restreindre à l'incision chirurgicale qu'il exerce pour atteindre le cœur des patients. Elle est aussi une ouverture vers le bloc et le Service vis-à-vis desquels ce chef de service entre en résonance avec les harmonies

humaines et relationnelles qui s’y jouent. Celui-ci doit alors avoir une *écoute qui opère*. Car c’est de cette *écoute* que doit surgir l’entente et la sérénité propices à la bonne qualité des soins.

Le Pr. De Brux ne ferme ainsi son bureau qu’en cas d’absence ; comme s’il devait absolument pendant son service demeurer attentif au cœur de ses collaborateurs.

Extrait de témoignage n°26 :

« Parfois j’ai l’impression d’être le bureau des pleurs. Mais il faut écouter les gens : ma porte est toujours ouverte (...). Quand ma porte est fermée, ça veut dire que je ne suis pas là. J’ai souvenir à plusieurs reprises qu’une aide-soignante ou une infirmière vienne m’exposer leurs soucis. Ça peut être des soucis de service comme des soucis personnels... Parce que je pense que j’ai une bonne écoute... »

Professeur Jean-Louis De Brux, chirurgien, chef du service cardiologie du CHU d’Angers

Figure 10

