Stratégies de l'expédient à l'hôpital

Tours et détours[1]

Marie-Christine POUCHELLE

Anthropologue, directrice de recherches émérites, CNRS

Parler d'expédient c'est évoquer un moyen inusité de pallier une difficulté, le plus souvent pour cause d'urgence. Dans la culture hospitalière l'urgence est un maître-mot[2]. Et l'expédient le suit de près. A l'horizon : la trouvaille miraculeuse qui fait de son inventeur/e un/e magicien/ne.

Peut-être est-ce pour cela et autant dire qu'ethnographier l'hôpital – territoire d'application de la bio-médecine – c'est avoir affaire à un rapport parfois dramatique au temps. Soit à l'une des deux grandes catégories de l'existence classiquement traitées par la réflexion anthropologique (on laissera ici de côté l'autre dimension, celle de l'espace, dont les divers modes d'appropriation sur le territoire hospitalier sont un vrai régal pour le/la chercheur/e).

Dans cette perspective, cela n'a guère de sens de se demander si la biomédecine (étrange appellation qui vise sans doute à différencier la médecine scientifique "occidentale" des autres systèmes thérapeutiques, qui eux, n'auraient rien à voir avec la vie) est susceptible de faire ou non l'objet d'une observation ethnographique. Certes les médecines traditionnelles ont le privilège de l'exotisme, si cher à l'ethnologie traditionnelle. Mais c'est un exotisme mal compris.

Il y a surtout que la biomédecine a conquis chez nous, et particulièrement en France, un statut d'intouchable. Malgré son athéïsme dominant, et tout en confessant à l'occasion ses erreurs (surtout si elles appartiennent au passé), elle fonctionne au présent comme

[1] Ce texte a été publié une première fois sous la référence suivante : Actes du Colloque « La méthode de l'Expédient », Paris, mars 2005, Collège International de Philosophie. Repris dans MC Pouchelle, *L'hôpital ou le Théâtre des Opérations*, Paris, Seli Arslan, 2008, p. 174-192

[2] M.C. Pouchelle, 1998, "Ici on ne fait pas de cadeau", *Ethnologie Française,* 28 (4), 540-550.

une vérité d'évangile. A ce titre elle n'est pas susceptible d'être mise à distance et analysée comme un fait culturel.

Heureusement que les *Social Science Studies* se sont attachées depuis longtemps à examiner les conditions concrètes et idéologiques dans lesquelles la science – et donc aussi la "biomédecine" – se fabrique (voir par exemple Latour, 2007). Enfin les travaux pionniers de Claudine Herlizch et de Marc Augé (1984), puis d'autres sociologues, comme les travaux historiques et d'anthropologie historique menés au sein de l'Ecole des Annales, n'ont pas manqué de replacer à sa juste place un mode de connaissance qui a d'indéniables efficacités, mais qui a aussi ses rites et ses œillères théoriques.

J'ai cheminé pour ma part depuis 1972 sur des terrains en apparence très éloignés les uns des autres : la médecine et la chirurgie médiévales, les médiums contemporains, les blocs opératoires et les réanimations de haute technicité (1992-2006), la fermeture puis la fusion de trois hôpitaux parisiens pavillonnaires de l'AP-HP, et finalement les facteurs humains qui conditionnent de nos jours l'invention de nouveaux dispositifs chirurgicaux informatisés et robotisés.

Expédient, expédier, expéditif, Saint-Expédit…Il est question de se débarrasser au plus vite de quelque chose qui pèse, de résoudre l'inextricable, de faire pièce à l'impossible par des moyens de fortune, et de hausser finalement les épaules. À moins qu'on ne convie la mort elle-même à jouer le rôle d'expédient.

L'hôpital dans ses hauts lieux résonne tout entier de discours stratégiques, mais entre vie et mort l'expédient agit au ras du quotidien, maître subreptice tirant les petites et les grosses ficelles, vilipendé par les uns, séduisant les autres, insupportable et nécessaire. L'ethnologue n'a pas manqué de remarquer sa présence affairée, tandis que pour sa part elle flotte consciencieusement depuis 1992 dans divers établissements de soins de la région parisienne, en particulier dans les blocs opératoires et les services de réanimation[3]. Mais elle n'aurait peut-être pas pensé à le mettre au centre de sa réflexion. C'est chose faite et peut-être pour longtemps grâce à Corinne Enaudeau et à Patrice Loraux (2006)[4]. Car, à débroussailler mes matériaux dans cette perspective, j'ai vite été débordée par la quantité d'aspects qu'il m'aurait fallu traiter pour rendre compte de la *« stratégie de l'expédient à l'hôpital »,* sans compter les secteurs que je n'ai pas assez explorés, par exemple les administrations et les directions hospitalières (au moins pour celles qui auraient supporté le regard nécessairement distancié de l'anthropologue).

J'ai donc fait des choix, forcé certains traits, passé sous silence des éléments importants. C'est un premier tour d'horizon. *« Tours et détours ».* Je ne suis donc pas près de me débarrasser de l'expédient. Mais aussi bien il ne me pèse pas. Il est probablement une clef majeure pour comprendre le fonctionnement de nos hôpitaux, sur divers registres que je vais présenter, non sans avoir d'abord planté Saint Expédit à l'entrée du chemin.

[3]Marie-Christine Pouchelle, *L'Hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière,* Paris, Seli Arslan, 2003.

[4]Enaudeau, C., Loraux, P.(éds.) (2006), *La méthode de l'expédient.* Paris : Editions Kimé.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

1 Saint Expédit, patron des hôpitaux ?

Je ne sais pas pourquoi Saint Expédit m'est immédiatement venu à l'esprit lorsque j'ai commencé à réfléchir au thème du colloque, *La Méthode de l'Expédient.* D'où, sans le savoir, le connaissais-je ? Quoi qu'il en soit je me suis plu à y voir le patron clandestin de notre rencontre. Je n'avais pas tout de suite perçu qu'il pourrait surtout être celui des hôpitaux.

Présent dans l'hagiographie chrétienne dès le XIV[e] siècle, Saint Expédit a été longtemps fêté le 19 avril, jusqu'à ce qu'en 1905, l'Eglise récuse son authenticité et le raye de son calendrier. Le voilà depuis lors illégitime. Cela ne l'empêche pas d'être ardemment invoqué et de figurer en bonne place sur les sites électroniques les plus modernes (voir les nombreuses références sur Google).

Saint Expédit aurait été le jeune chef d'une légion romaine (la Fulminante, ou la Fulgurante, selon les sources), martyrisé sous le Bas-Empire. Son culte est attesté en France depuis la fin du XIX[e] siècle. Comme Sainte Rita, il est le patron des causes désespérées dans les dévotions dites populaires. Il est ici surtout prié comme facilitateur des procès, prompt dénoueur d'affaires. Objet d'un artisanat monastique (médailles miraculeuses) et de publications diverses[5] (régulièrement vendues d'après un libraire parisien), il est aussi connu par-delà les mers. Au Brésil il est très intégré au panthéon *candomblé*. À La Réunion il jouit d'une ferveur qui connaît depuis une cinquantaine d'années un développement surprenant[6] : 94 oratoires en 1970, 303 en 1997, oratoires extérieurs aux églises, en plein air, en bordure de route par exemple. Le christianisme et l'hindouisme y font bon ménage. Ses statues le montrent en soldat romain. Elles sont drapées par les fidèles d'une cape de tissu dont la couleur rouge est explicitement associée au sang et à la déesse Khali (localement Karli).

Le légendaire insiste sur la brièveté de la vie de ce redoutable et exemplaire guerrier du Christ, dont la devise se résumerait à *« aujourd'hui »*. Protecteur de la jeunesse il est d'ailleurs réputé pour la rapidité avec laquelle il exauce les vœux et pour son efficacité. Mais ce grand protecteur a son envers : il se venge impitoyablement quand les promesses qu'on lui a faites ne sont pas tenues.

Sur Internet j'ai aussi trouvé que Saint Expédit secourt les malades. Cette association du saint à la guérison contraste avec les exemples choisis par le *Grand Robert* chez Molière pour illustrer les articles « *expédier* » et « *expéditif* ». « *Expédier* » c'est pour le médecin se débarrasser au plus vite d'un malade importun (*M. de Pourceaugnac*), voire l'envoyer dans l'autre monde (*Le Malade Imaginaire*). Un médecin « *expéditif* » fait promptement trépasser ses patients (*M. de Pourceaugnac*). De tels médecins sont

[5] Entre autres, Adams, A., *Par le pouvoir de St Expédit* (recueil de prières), Paris, 2003. Tolitte, J.M., *St Expédit, ses pouvoirs*, 1985 (épuisé), Frère Marie Expédit, *Saint Expédit*, Téqui, 1984. Dufour, Hortense, *St Expédit, Le Jeune homme de ma vie* (épuisé).

[6] Merci à Laurence Pourchez, ethnologue travaillant sur La Réunion, qui m'a aimablement fourni de précieuses informations. Elle est l'auteur de l'exposition *Dieu est religions. Promès et remerciements à la Réunion*, co-produite par le CNRS et la Ville de Nancy dans le cadre du 8[ème] Festival de film de chercheur, Nancy, 27 mai-6 juin 2003. Diffusion vidéothèque-photothèque du CNRS. Voir aussi son « Vierge Noire et déesse Kharli : Chronique d'un désir d'enfant à la Réunion », *L'Autre. Clinique, cultures et sociétés*, 2002, vol3, n° 2, pp257-276, et « Philtres d'amour à la Réunion : alliance et transgression », *Ethnologie Française,* XXXIV, 2004, 3, p. 443-451 (où l'on voit que saint Expédit est aussi sommé d'assurer la fidélité d'un mari).

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

tout ce qu'il y a de pressés, comme saint Expédit, mais tandis que le saint secourt rapidement pour faire vivre, les disciples d'Hippocrate abandonneraient au plus vite leurs malades, quand ils n'accélèreraient pas leur mort.

Force est de remarquer que, à quelques siècles de distance, les accusations de Molière touchent à des points sensibles de notre histoire et de notre actualité hospitalière.

Ainsi y a-t-il aujourd'hui des catégories de patients dont certaines équipes préfèrent se débarrasser, par exemple en les transférant dans une autre structure faute de les expédier *ad patres* : les *« vieux »*, les patients en état de coma, tous ceux qui « *traînent »,* les *« chroniques »*, sans compter les agonisants de tout âge, futurs morts qui viendront alourdir les statistiques du service.

Parmi les difficultés liées à la prise en charge de la mort, en particulier en *« long séjour »* et surtout en gériatrie, il y a le temps que *« prennent »* les hospitalisés pour mourir[7]. Ils *« embolisent »* des lits qu'on préférerait remplir avec des malades susceptibles d'être sauvés, lesquels permettraient aux équipes de rejouer une fois de plus leur partie sans fin avec le destin. Et même certains services palliatifs intégrés aux établissements hospitaliers n'échappent pas toujours à cette hantise de la stagnation des *« objets de soin ».*

Bref, en accord avec la logistique industrielle qui pousse à supprimer les stocks parce que financièrement non productifs, les établissements tendent à fonctionner pour les malades, comme pour le matériel, en *« flux tendu »*. Plus généralement le raccourcissement de la durée moyenne de séjour est d'actualité, qu'il s'agisse des secteurs public ou privé. Réduire les hôpitaux à leur *« plateau technique »* (salles d'opération, d'examen etc.), et envoyer – expédier – les patients se faire soigner ailleurs permettrait de faire de substantielles économies en personnel. Donc de gagner en rentabilité. Ce recul devant le soin va de pair avec la séparation du médical et du social, avec l'abandon progressif par les hôpitaux de leur fonction historique d'assistance[8] et même de leur dimension hôtelière (repas, linge, ménage) volontiers confiée désormais à des entreprises extérieures elles-mêmes très spécialisées. Est significative de cette évolution l'idéologie qui a présidé aux destinées de tel nouvel hôpital d'Ile-de-France, qui au nom de la modernité et de l'excellence s'était d'abord voulu consacré principalement aux cas *« aigus »* : entendez *« rapidement réglés ».*

Être *expéditif* devient donc aujourd'hui une vertu de plus en plus… hospitalière. Tant pis si la connotation du terme, telle que la restitue le dictionnaire, est plutôt sombre. Et tant pis si les rythmes physiologiques et psychiques de la guérison – ou de la mort – nécessiteraient parfois *in situ* attente, arrêt, lenteur, expectative… « *Expectante »* était justement notre ancienne médecine hippocratique, qui laissait faire la nature en se contentant de favoriser la crise libératrice[9]. Depuis la révolution pastorienne de

[7] Chantal Deschamps, « Paroles à l'envers…du temps » (Souffrances autour du temps pris à mourir), *Revue de Gériatrie*, tome 23, N° 2, février 1998, p. 109-112.

[8] Chantal Deschamps, « L'hôpital est-il hospitalier aux plus pauvres ? », Colloque *« Ethique clinique et précarité*, Paris V-Cochin, Centre d'Ethique Clinique, 16 juin 2005 (sous presse). Jean-Pierre Peter, « L'Hôpital comme utopie en soi », in *Demain sera meilleur. Hôpital et Utopie*, Paris, Musée de l'AP-HP, 2002, 53-68.

[9] À noter que dans *Le Robert, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (1980) les deux opposés, « *expectant* » *et* « *expéditif* », voisinent à un terme près (« *expectorer* »).

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

la fin du XIX^{e} siècle cet attentisme n'est plus de mise. Les médecins, surtout s'ils sont hospitaliers, se sont triomphalement engagés dans une logique toute militaire de l'action thérapeutique[10] qui les a rapprochés au contraire de Saint Expédit, efficace guerrier de l'immédiat. C'était bien avant que le raccourcissement de la durée moyenne de séjour ne devienne une obsession généralisée dans les hôpitaux.

On a vu que la mort qu'infligeraient les médecins est d'autre part associée chez Molière, repris par *Le Robert*, à *« expédier »* et *« expéditif »*. En dehors de toute législation sur l'euthanasie, il est en effet arrivé que notre médecine contemporaine expédie pour de bon et délibérément les patients dans l'autre monde. Ainsi la mort fut-elle parfois un expédient tragique pour patients et équipes thérapeutiques lorsque la douleur n'était pas soulagée (ce qui a été jusqu'à très récemment le cas dans les hôpitaux français[11], et pose encore problème aujourd'hui). Du côté des patients il est maintenant établi que les demandes explicites d'euthanasie diminuent nettement lorsque la douleur est neutralisée. Du côté des infirmières il y a des mémoires taraudantes :

> « Moi, je me souviens, je sais que je n'aime pas quand je parle de cette époque-là [années 80], mais ce qu'on appelait les fameux « cocktails lythiques », c'est-à-dire quand un patient est au bout du rouleau… On m'a demandé d'aller poser des perfusions. Le médecin ne faisait pas la prescription parce que ça ne devait pas se savoir. C'était un produit qui passait et au bout d'un quart d'heure la personne était décédée. Mais ça, pour une infirmière, c'est très dur […].[Les] malades […] hurlaient à la mort parce qu'ils souffraient, et à l'époque on n'utilisait pas la morphine […]. C'est souvent venu des infirmières qui sont allées rencontrer les médecins en disant que c'était plus supportable et qu'il fallait faire quelque chose. Alors « faire quelque chose », ça pouvait être interprété comme faire de l'euthanasie : ce n'est pas ce que les infirmières demandaient, elles demandaient que l'on soulage la souffrance et à l'époque soulager la souffrance, comme on ne savait pas bien faire souvent, c'était abréger la vie ».

Il est rare de disposer d'un tel témoignage[12]. Nous disposons évidemment de très peu d'informations explicites concernant les euthanasies illégales pratiquées par les soignants dans ces conditions, avec la participation occulte des médecins. Fut révélateur dernièrement le scandale suscité par Christine Malèvre, « l'infirmière-tueuse » de Mantes, accusée sans doute pas tout à fait innocente, mais commodément traitée en brebis galeuse. C'est en véritable bouc-émissaire qu'elle expie pour l'ensemble des hospitaliers, des pratiques moins anciennes et moins rares qu'on n'aimerait à le penser[13].

[10] Marie-Christine Pouchelle, « Postures guerrières de la médecine », *Actes de la 2^{e} Rencontre de l'Association Guerre et Médecine* (7 février 2004), http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/guerre.

[11] Jean-Pierre Peter, « Silences et cris. La médecine devant la douleur, ou l'histoire d'une élision », Paris, Seuil, 1988 (*Le Genre Humain*, n° 18).

[12] Il a été recueilli par Katia Kukawka, ethnologue travaillant actuellement en milieu hospitalier en Ile-de-France, et que je remercie chaleureusement.

[13] Christine Malèvre, *Mes Aveux*, Paris, Fixot, 1998.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

Christine Malèvre utilisait des produits médicamenteux pour accélérer la mort des personnes qui lui étaient confiées. Mais infirmières et aides-soignantes savent bien qu'il y a des moyens plus subtils et ne laissant cette fois aucune trace pour expédier un patient dans l'au-delà : la toilette…Les manipulations qu'elle impose peuvent s'avérer mortelles pour des malades extrêmement fragiles. L'ethnologue Anne Véga lorsqu'elle était adolescente (17 ans) fut employée comme agent hospitalier dans un hôpital parisien, triant le linge sale, aidant les « césariennes » à faire leurs premiers pas :

> « Mais j'ai également « remué énergiquement » une malade atteinte d'un cancer à un stade terminal lors de sa toilette. J'appris le lendemain qu'il s'était agi « de l'aider à mourir »[14].

Vient d'être évoqué le pire des expédients – la mort – au regard d'institutions *hospitalières* ayant la guérison comme vocation affichée[15]. Mais il y en a bien d'autres à l'œuvre dans nos hôpitaux, même si officiellement l'heure est au contraire à la réglementation, au contrôle, à la maîtrise, à la stratégie.

2 La fabrique de l'expédient

Fleurissent les projets d'établissement à cinq ans, les plans tels qu'*Hôpital 2007*. Pour éliminer le gaspillage, réduire l'indéterminé, optimiser l'usage des ressources humaines et matérielles, rationaliser la carte sanitaire, l'hôpital est contraint à la prévision. Mais il s'y laisse difficilement enfermer de manière exhaustive. Une source inépuisable d'aléas réside dans sa complexité, qui n'a rien à envier aux phénomènes atmosphériques qui rendent la météorologie si hasardeuse. C'est que le matériau humain est sa raison d'être et le but de son activité en même temps que, aujourd'hui encore malgré tout, son moyen principal. Il n'y a pas que les services d'urgences pour alimenter l'hôpital en imprévu. Il faut compter entre autres avec les incidents de parcours divers qui peuvent tenir à l'embouteillage de certains services d'examens ou au manque de personnel (arrêts maladies non remplacés, congés dus aux 35 heures etc.). Un infirmier de bloc opératoire faisant allusion à l'organisation de l'hôpital, déclare, avec une certaine satisfaction du reste, que *« l'hôpital est un bordel qui n'a rien à voir avec les théories de bureau ».*

À cette imprévisibilité s'ajoute un principe d'incertitude qui tient à la médecine elle-même. Le déroulement des cures n'est pas toujours standardisable, les patients ne réagissent pas forcément de la même façon à un même traitement. Ni la médecine ni même la chirurgie ne sont des sciences exactes en dépit de la fascination qu'exerce aujourd'hui l'*« evidence based medicine »*, et malgré la tendance à transformer les projets thérapeutiques personnalisés en protocoles généraux. *« On n'est pas à la SNCF »,* murmure un chirurgien. C'est ce qui fait le sel du métier. Me revient à l'esprit le ton

[14] Anne Véga, *Une Ethnologue à l'hôpital. L'Ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, 2000, p. 8.

[15] L'hospitalité est toujours ambiguë, et l'hôte est aussi un ennemi potentiel (Anne Gotman, *L'Hospitalité*, Paris, Seuil, 1997 et *Le Sens de l'hospitalité*, Paris, PUF, 2001). D'où les craintes que suscitent chez les hospitaliers les récentes lois relatives aux droits des usagers (2002), craintes disproportionnées par rapport à la quantité de procès effectivement engagés, mais allègrement encouragées, ces craintes, par les compagnies d'assurances qui en profitent pour augmenter les primes payées par les professionnels de santé.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

à demi dépité avec lequel le même praticien m'a répété à plusieurs reprises que ses semaines étaient toutes semblables. Aucun plaisir dans la routine.

Qui dit imprévu ouvre alors la porte à l'expédient, surtout dans un milieu où l'urgence vitale est un maître-mot (on verra plus loin qu'il y a d'ailleurs une mythologie de la vitesse chez les chirurgiens). Mais l'expédient est aussi fils de Pénurie, grande organisatrice des hôpitaux au temps où ceux-ci étaient véritablement des institutions d'assistance. Ils ont toujours coûté trop cher. Les établissements modernes subissent cet héritage, culturel autant que concret. Ainsi la pénurie chronique a fini par devenir une cause entendue pour ce qui concerne les hôpitaux publics, mieux fournis en équipements lourds qu'en matériels considérés comme « mineurs ».

Au premier rang des victimes figurent les infirmières et les aides-soignantes chargées de « faire » quand même et malgré tout, d'appliquer en toutes circonstances les décisions des autorités administratives et médicales. Tant pis s'il manque taies d'oreiller, coton, gants à usage unique, seringues, casaques pour se protéger des malades contagieux, poches à uriner etc. En présence d'abord d'une surveillante, trois infirmières d'un service de neurologie, dans un grand hôpital parisien, font le point un lundi tout ordinaire (années 1990). Anne Véga en est témoin (c'est son terrain de thèse) :

> « Il manque des gants stériles depuis vendredi. La surveillante a soudain les yeux dans le vide. Fait-elle semblant de ne pas avoir entendu ? D'ailleurs l'atmosphère se détend après son départ. Louise prévoit qu'il faudra cacher le matériel, « sinon demain il faudra encore faire des bons d'urgence » (plutôt que d'attendre l'arrivée des commandes). Surtout que ce matin, les infirmières ont cherché partout les paires de ciseaux qui avaient toutes étrangement disparu. Encore du matériel « volé » par les filles des autres salles (finalement Irène a utilisé un temps un cutter et Véronique s'est dévouée pour aller en emprunter un dans le service du dessus). Évidemment « c'est interdit, mais c'est la faute de la surveillante, elle n'en commande jamais assez »[16].

Lorsqu'elle ne devient pas carrément usante, et même accablante, l'obligation de faire avec « rien » peut cependant devenir un défi qu'on est fier de relever. En témoigne indirectement, en salle d'opération, la réflexion ironique d'un chirurgien ne disposant que d'une seule *« plaque »* de titane et pas de la forme adéquate pour réparer une pommette brisée (la pénurie avait été indirectement renforcée par la jalousie d'un confrère). Pas question de faire tomber par terre la coûteuse et légère attelle, ce qui, en la déstérilisant, aurait annulé l'opération commencée. Et puis *« c'est la règle [dans les hôpitaux publics] : j'opère avec ma bite et mon couteau »*. Outils de fortune, expédients imaginaires, puissants opérateurs symboliques. Dans cette perspective la séduction qu'exerce la médecine humanitaire sur certains praticiens pourrait bien tenir aux conditions acrobatiques du soin dans les pays dits sous-développés où *"ils n'ont rien",* et sur les sites de conflits armés où, à la rareté, s'ajoutent le risque et l'urgence : ce sont les contrées instables de l'expédient, qui mettent les professionnels en position de faire

[16] Anne Véga, opus cité, p. 44 – 48.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

pour de bon « merveille », c'est-à-dire miracle. Une partie du personnel hospitalier, à tous les niveaux, se caractérise par une capacité d'invention digne d'admiration, où l'expédient permet de résoudre des situations parfois inextricables (il faudrait ici parler, entre bien d'autres, des conditions d'exercice des assistantes sociales dans les hôpitaux, mais cela nous entraînerait trop loin).

Outre l'imprévu et la pénurie il y a encore d'autres sources d'expédients dans les hôpitaux : elles sont paradoxalement à chercher dans les grandes stratégies de notre système sanitaire. Les dimensions croissantes des établissements, en raison des fusions opérées dans les hôpitaux comme dans d'autres secteurs de nos sociétés désormais marchandes, sont supposées permettre des *« économies d'échelle ».* Mais il n'est pas sûr qu'elles n'accentuent pas, du moins en France, une lourdeur et une rigidité de type administratif déjà repérées dans les grands hôpitaux publics, et peu propices à la souplesse requise par la diversité changeante des situations. La distance qui sépare bien souvent les concepteurs et les décideurs des réalités de la vie quotidienne des services peut aboutir à des stratégies déconnectées du concret et donc à des incohérences dans la distribution et la conception des espaces comme dans la gestion du temps, ou dans l'approvisionnement des services en matériels comme dans la répartition des personnels. Dans ce contexte, depuis qu'à l'hôpital le pouvoir médical, auparavant quasi absolu, cède du terrain devant une administration bien décidée à régner, divers types de rationalités s'affrontent au sein des établissements sans que leur coopération aille toujours de soi[17]. Le despotisme des anciens patrons avait au moins l'avantage d'être pourvoyeur de cohésion. Les « familles » n'y étaient pas désagrégées.

Tout cela fait « le lit » de l'expédient à l'hôpital. Les personnels inventent les moyens de remplir correctement leurs missions, quitte à user de biais occultes sinon illicites – comme ils le font aussi dans le secteur industriel et commercial – lorsqu'il leur faut concilier l'exigence administrative du flux tendu et la nécessité sur le terrain de disposer à tout moment du matériel nécessaire, le rythme de l'activité concernée étant en partie imprévisible. Il y a des ruses régulières (stratégies ?), il y a des expédients.

Les « petits » s'arrangent entre eux, quitte à emprunter ce qui manque à leurs collègues d'un service voisin (d'où la constitution de réseaux informels de fortes solidarités), voire à le voler (d'où parallèlement un climat de méfiance généralisé). C'est un des bénéfices de l'ancienneté que de savoir à qui l'on peut demander quoi pour se tirer d'affaire. Les « grands » ont les moyens de se livrer au coup de force, d'adopter sans risques la tactique du fait accompli, de l'action menée envers et contre tout : autant d'expédients ou de stratégies pour obtenir ce qu'ils veulent de l'administration. Ainsi à la fin des années 80, tel professeur ayant décidé d'obtenir pour lui-même la création d'un service d'hématologie, a commencé par envahir les lits d'un autre service (avec semble-t-il l'accord du chef de service concerné). Témoignage d'une infirmière :

> Il « était toujours dans sa dynamique « il faut prouver qu'on fait pour avoir », donc on est parti à moyens constants, donc sans personnel en plus, sans argent en plus. […] Ça a fait grimacer pas mal de monde parce

[17] Françoise Gonnet, « Les relations de travail : complexité et insécurité », in *L'Hôpital à vif*, Paris, Autrement, 1992.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

> que c'est vrai qu'on dépensait beaucoup. Et en termes de personnel c'était vraiment très difficile parce qu'en huit heures de travail on n'arrivait pas à faire tout ce que l'on voulait. Il y avait une sacrée solidarité et en moyenne les gens faisaient dix heures de travail sans chercher forcément à récupérer. C'était pour arriver à prendre en charge tous les patients qu'on avait. Et c'est vraiment toute une équipe, des médecins à la femme de ménage, tout le monde s'est mobilisé pour que ça puisse exister au sein de ce service ».[18]

Inutile d'ajouter que ce genre de manœuvre nécessite non seulement la liberté que procure en médecine le statut de professeur, mais un certain charisme personnel. Cet expédient à grande échelle, à la limite de la légalité, faisait probablement partie d'une stratégie qui comptait aussi sur la débrouillardise – qualité majeure à l'hôpital – des subordonnés, sur leur capacité à trouver eux-mêmes des solutions au jour le jour. C'est l'un des signes du pouvoir que d'être en position d'obliger les subordonnés à *faire* quand même, quelles que soient les circonstances. La réalisation du but proposé éclipse alors le souci du comment.

De là le ressentiment de telle infirmière de bloc opératoire à Paris, spécialiste de la circulation et de l'oxygénation extra-corporelle du sang, révoltée contre des procédés qui la réduisent, elle et ses collègues, à l'état d'expédient bon marché dans un système devenu incohérent :

> « Nous on remplace les aides-soignantes parce qu'en plus il faut nettoyer nos pompes.[…] En plus il faut qu'on remplace les médecins ! Le malade est en salle, [le médecin] est encore à Lille. [Le chirurgien] a dit qu'on le met quand même …(…). Il s'en fout du moment qu'on fait le programme… Les médecins ils ont toujours quelque chose : l'un marie sa fille, l'autre fête la thèse de son fils…Ils pratiquent la stratégie du fait accompli et donc du dernier moment […]. On nous demande l'impossible sans nous donner les moyens en personnel. On peut pas suivre parce qu'on n'est pas suffisamment. Si on laisse un médecin tout seul l'après-midi on pourra pas travailler le lendemain matin : faudra ranger le bazar laissé par le médecin. ».

Les cadres infirmiers (on disait naguère les surveillantes, ils sont en majorité féminins[19]) passent une grande partie de leur temps à essayer, généralement dans l'urgence, de trouver des expédients permettant de faire coïncider les décisions stratégiques des autorités et les réalités du terrain, les nécessités du soin. C'est ce que montre très bien une scène filmée par Mark Kidel à l'hôpital Laennec[20], dans le contexte de la fermeture de l'hôpital et de la réouverture intempestive d'un bloc opératoire. Les cadres

[18] Témoignage recueilli par Katia Kukawka.

[19] La proportion des femmes en milieu infirmier étant environ de 90 %, il est convenu en général de dire « les infirmières », en englobant les hommes dans ce féminin. Les choses se compliquent avec le masculin du « cadre », qui reprend implicitement la répartition traditionnelle des pouvoirs entre les sexes. Pour la clarté de l'écriture, et parce que l'ambiguïté me permet d'anonymiser au maximum mes observations j'ai choisi plus loin de faire comme si les infirmières-anesthésistes étaient toutes des femmes, gardant le masculin pour le cadre. Voilà un expédient qui n'est pas neutre, hélas.

[20] Mark Kidel, *Les Hôpitaux meurent aussi* (77'), Arte-Les Films d'Ici, 1999.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

des services d'hospitalisation étaient réunis. Il fallait trouver des lits en urgence pour y mettre des opérés parce que le chirurgien ne s'était pas soucié de savoir, avant d'intervenir, s'il y en avait de disponibles pour les accueillir. Quadrature du cercle. Tension. La mesure de celle-ci fut donnée par l'incoercible fou rire qui saisit finalement les participants. Lors de la canicule de l'été 2003 ce fut une tension du même genre mais centuplée, qui saisit les cadres alors que les hôpitaux étaient carrément pris de court : cette fois-là l'ampleur du phénomène, la politique antérieure de réduction du nombre de lits, la rigidité des organisations eurent raison de tous les expédients auxquels furent réduites les équipes de soins. Depuis fleurissent en haut lieu déclarations, décisions, colloques, bonnes intentions : stratégies, dont certaines sans doute efficaces, destinées à éviter désormais « le pire » mais aussi expédients destinés à colmater la mauvaise image que le public français ou étranger risquerait de se faire de notre système sanitaire. (Il faut dire qu'en Belgique, si réputée pour la qualité de sa prise en charge hospitalière que nos compatriotes frontaliers, âgés ou handicapés par exemple, s'y rendent de préférence quand ils le peuvent, la canicule n'a pas tué comme chez nous. Mais chez nos têtes de turc préférées, il y a d'autres relations que celles que nous entretenons avec les patients, avec la prévention et entre la ville et l'hôpital, ainsi que des capacités d'adaptation institutionnelles qui ne sont pas les nôtres).

Après être sortis de l'école des cadres avec l'enthousiasme des réformateurs, beaucoup s'épuisent dans une gestion souvent dévorante du quotidien, peu propice à la réalisation de leurs projets d'origine, disposant moins que jamais d'un secrétariat alors que les exigences de l'informatique multiplient les tâches *« de bureau »,* emmenant du travail à leur domicile et en particulier les plannings de présence du personnel. Ces cadres sont peu reconnus par une administration qui leur fait savoir à l'occasion qu'ils *« s'organisent mal »* et que certains lots de leurs heures supplémentaires ne leur seront pas payés ou compensés. À l'hôpital comme ailleurs, coincés entre de lourdes responsabilités et un manque de pouvoir effectif (par rapport aux directions administratives et aux chefs de service) ils sont les grands perdants d'un système qui semble ne les avoir d'abord valorisés que pour mieux les pressurer[21].

La gestion du personnel fait partie des points névralgiques de leur activité. Pour parer aux manques imprévus voire structurels en personnel dans les services de soins, les hôpitaux mettent souvent en place un service de suppléance interne composé d'infirmières et d'aides-soignantes polyvalentes qui nomadisent dans l'hôpital pour *« boucher les trous »* au fur et à mesure. Cette stratégie de l'expédient, efficace dans sa souplesse, n'est pas toujours suffisante. Il faut parfois recourir au recrutement d'intérimaires extérieurs.

Ce dernier moyen, coûteux, est utilisé avec parcimonie. Selon la position et les intentions des acteurs (directions des ressources humaines, des soins, des finances, chef de service, cadre infirmier etc.), les intérimaires relèvent tantôt de la catégorie de l'expédient au coup par coup, tantôt d'une stratégie concertée. Quoi qu'il en soit la manière dont ils sont recrutés peut être une source de dysfonctionnement et au moins d'anxiété importante pour les cadres qui en seront responsables sur le terrain. Ainsi en va-t-il

[21] Est-il nécessaire de préciser que la situation faite aux cadres n'est pas spécifique des hôpitaux ? Cf les travaux de François Dupuy, *La Fabrique des Elites. Le Capitalisme et ses cadres*, Paris, Seuil, 2005.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

lorsque les infirmiers anesthésistes intérimaires ne sont pas recrutés directement par ces derniers (c'est alors l'affaire de la direction des ressources humaines).

Entrons dans le détail. Pour ne pas dire disséquons. Dans tel bloc opératoire la liste des intérimaires recrutés pour la semaine suivante est donnée au cadre *« de proximité »* directement chargé des infirmières-anesthésistes le jeudi ou le vendredi précédents. À l'occasion très tard dans la journée de vendredi. Le cadre en question n'a pas les coordonnées de ces intérimaires, n'a pas le droit de les joindre directement et n'a de toute manière aucun pouvoir sur ce recrutement. S'il connaît déjà les intéressées parce qu'elles sont déjà venues travailler sur le site, il ne peut ni les demander ni les récuser en fonction de leur degré de compétence. S'il ne les connaît pas il n'a aucune idée de leurs capacités à l'avance, ni de leur expérience dans telle ou telle spécialité, alors qu'il y a plusieurs secteurs d'activités opératoires différenciés dans le bloc[22]. Comment donc les répartir, sachant qu'il faut composer avec les caractéristiques et les caractères des différentes personnes qui interviennent en salle d'opération et qui auront à travailler avec l'*outsider* ? Inextricable. Et quasi quotidien lorsqu'une pénurie d'infirmières anesthésistes s'est installée dans le long terme.

Si l'hôpital a passé un marché avec une société d'intérimaires, et que celle-ci ne dispose pas d'assez de personnel pour faire face aux demandes, il faut attendre la dernière minute pour recruter ailleurs. La *« dernière minute »* c'est trop tard pour le cadre *« de proximité ».* De toute manière il ne sait pas en arrivant le lundi matin si l'infirmière anesthésiste absolument nécessaire pour ouvrir telle salle d'opération sera bien présente, puisqu'il n'a aucun moyen de contrôler le vendredi soir si tout est bien en ordre du côté de la société d'intérim, et qu'il ne peut pas non plus s'assurer le lundi matin de bonne heure auprès de l'intéressée qu'aucun événement survenu pendant le week-end ne risque de l'empêcher de venir (un enfant malade par exemple).

Les rouages sont toujours supposés fonctionner harmonieusement dans les *« machines à guérir »*[23]. Sur le papier il ne devrait théoriquement pas y avoir de problème, et les tourments du cadre apparaissent probablement à l'administration comme superfétatoires, effets d'un caractère qui serait mal trempé. Dans la réalité une défection inopinée constatée à l'ouverture du bloc oblige le cadre à user d'expédients divers, de nature relationnelle surtout, pour que les patients soient endormis à l'heure et dans de bonnes conditions. Se produisent alors d'intenses négociations avec les équipes déjà sur place, pour déplacer tel ou telle, la réussite tenant en grande partie à la qualité des liens tissés par le cadre au fil des mois et des années dans le service, ainsi qu'au professionnalisme des intervenants. Ce genre de phénomène explique que lorsque j'ai incidemment mentionné à l'hôpital le titre du colloque, *La Méthode de l'Expédient,* j'aie vu quantité de sourires entendus s'épanouir sur les visages.

[22] Ici s'affrontent deux conceptions du métier, sur lesquelles les avis sont partagés, y compris chez les infirmières anesthésistes (Iades). L'une est celle de l'administration, de certains médecins, voire de certaines des professionnelles concernées, selon laquelle les Iades se doivent d'être polyvalentes. Pour l'autre la spécialisation des Iades selon les types de chirurgie est une garantie de savoir-faire et de meilleure intégration dans le processus opératoire, donc de sécurité pour le patient.

[23] Michel Foucault *et al.*, *Les Machines à guérir*, Bruxelles, Pierre Mardaga, 1979.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

Certes les directions, tout occupées de nouvelles gouvernances, ne parlent plus que stratégie[24]. C'est qu'elle est d'empire. Aux pauvres diables l'expédient. Aux « *garçons* » par exemple, qui sont traditionnellement dans les hôpitaux publics des hommes à tout faire, jeunes ou moins jeunes, attachés aux services. Ils aident au brancardage, au transport d'examens, au gros nettoyage, font *« les courses »* dans l'hôpital ou à l'extérieur… Parfois esclavagisés, parfois quasiment mascottes, parfois rebelles, ils sont des sortes de jokers souvent très intégrés à leur service, et contribuent largement à faire face non seulement à l'ordinaire mais à ses aléas.

Lorsqu'ils sont supprimés (sous la pression des syndicats ? ou sous celle d'une administration soucieuse de rationaliser les fiches de poste ?) non seulement le travail du cadre se complique, mais quelque chose se défait dans le service. Comme s'ils avaient joué, à l'insu de tous et sans le savoir eux-mêmes, un rôle symbolique débordant largement leur statut. Ils sont en effet acteurs et témoins des incidents quotidiens, d'une histoire du service qui échappe aux autorités et à la grande histoire des hôpitaux. Peut-être aussi représentent-ils le flottement sans lequel aucune machinerie sociale (et celle des hôpitaux est particulièrement rigide) ne peut en réalité fonctionner. C'est pourquoi, même s'il est d'usage d'accuser *les garçons* d'être paresseux ou jamais-là-quand-on-a-besoin-d'eux (expédients éventuellement capricieux, ils sont comme tels de commodes boucs-émissaires), les anciennes surveillantes les évoquent généralement avec nostalgie. Les différents systèmes supposés prendre leur relais ne les remplacent pas vraiment, car les aides-soignants concernés ont des fiches de poste plus spécialisées, n'appartiennent pas forcément au service (exemple les brancardiers) et ne sont donc pas, sauf exception, impliqués de la même façon dans la vie de ce qui est encore, malgré tout, une « maisonnée ».

Nous étions avec *les garçons* tout en bas de la pyramide hiérarchique, si contraignante à l'hôpital. Tout en haut, médecins et chirurgiens, aux stratégies de carrière très diverses. Il se pourrait que ces seigneurs, surtout au bloc opératoire, partagent avec les « pauvres diables », et pour d'autres raisons, une certaine culture de l'expédient.

3 Fulgurants démiurges

Bien qu'il y ait des praticiens qui se passent très bien, disent-ils, de *« mettre les mains dans le cambouis »* et que les avancées technologiques (vidéo-chirurgie, assistance par ordinateur, robotique) éloignent parfois considérablement les chirurgiens du corps de leurs patients, l'imaginaire du métier reste pour l'instant marqué par le corps à corps millénaire de l'artisan avec son matériau vivant. *« Au goût il a 14 de tension ! … »*. Il y a de la clownerie chez ce chirurgien qui, au cours d'une opération, trempa son doigt dans la plaie opératoire et fit mine de le sucer pour ensuite apostropher l'anesthésiste qui, s'il avait mieux surveillé la tension du patient, eût évité que le praticien ne fût gêné dans son geste par le saignement des tissus. Mais il y a aussi, chez cet opérateur réputé excellent, coutumier dans ses propos d'une gaillarde verdeur, un plaisir manifeste à s'accorder intuitivement au corps de l'autre, au nez et à la barbe du matériel sophistiqué qui mesure sans cesse l'état physiologique de l'opéré.

[24] Voir les usages de *« stratégie »* et *« stratégique »* dans la synthèse des débats de la CME (Commission Médicale d'Etablissement) de l'AP-HP, publiée dans *Flash*, n° 222, août-septembre 2004, p. 5 et 6.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

Dans une activité qui consiste à *« ruser sans cesse avec la contingence des choses »* (parole de chirurgien, mais elle aurait aussi pu venir d'un anesthésiste-réanimateur), la précision des appareils actuels doit parfois laisser place à la subtilité de l'intelligence humaine. Les enjeux sont les mêmes dans les cockpits d'avion entre les pilotes et les automates conçus par les ingénieurs[25]. Ne faut-il pas aux plus expérimentés des anesthésistes savoir *« tricher »* avec les scopes lorsqu'il faut cesser de ventiler un poumon et que l'organisme du patient ne le supporte pas ?

> « Le thoracique, c'est ça : les petits trucs…On essaye, on y va à tâtons »
> (infirmier anesthésiste).

Ce sont là des exploits ignorés des médias, mais qui consacrent le savoir-faire des meilleurs.

En marge des procédures normalisées, trucs et astuces font une culture de spécialité ou de service. Quand ils y deviennent une règle coutumière peut-on encore parler d'expédients ? Qu'en est-il du procédé inventé par un chirurgien ORL dans l'opération du cancer de la parotide, qui consiste à remplacer la glande enlevée par du sang coagulé prélevé sur le malade en début d'opération, ce qui permet de redonner meilleure apparence à la partie évidée du cou ? Il y a aussi des expédients plus modestes qui consistent en objets variés détournés de leur fonction première : ainsi en va-t-il des râpes à glace achetées dans un grand magasin (pour râper la glace destinée à refroidir directement le cœur dans certaines opérations), des cuillères à soupe servant à évacuer le thrombus d'un anévrysme aortique, des éponges à vaisselle, légèrement abrasives, qui permettent d'irriter la paroi thoracique pour obliger la plèvre à s'y recoller. Pas prévu pour, mais efficace.

L'imagination est bien ici au pouvoir, comme elle l'est en salle de garde, creuset de la formation professionnelle où les chirurgiens tiennent d'ailleurs une place significative, et où les draps de lits servent traditionnellement de nappes. Dans ce monde à l'envers, lieu de transgressions ritualisées[26], les internes font assaut d'inventions de toutes sortes, s'appropriant tout et n'importe quoi pour servir à tout et n'importe quoi, dans une joyeuse improvisation. C'est non seulement la contre-partie de l'anxiété dans laquelle ils ont été historiquement plongés pendant leurs gardes solitaires, mais aussi le reflet d'une situation où ils ont à se montrer en effet ingénieux et rapides. Certains y étincellent, jamais à court d'expédients tout en étant habités de visées stratégiques à long terme (bien obligés pour évoluer dans le monde complexe des carrières hospitalières). Tels Raymond Vilain, créateur par la suite du premier service en France de réimplantation de membres accidentellement sectionnés (SOS Mains, à Boucicaut), qui fut au temps de son internat un véritable feu d'artifice dont beaucoup se souviennent encore.

[25] Victor Scardigli, *Un anthropologue chez les automates : de la conception de l'avion à la société digitale*, Paris, PUF, 2001 (Sociologie d'aujourd'hui), et *Comment naissent les avions*, Paris, L'Harmattan, 2001.

[26] Emmanuelle Godeau, *La Coutume des carabins. Ethnologie de l'internat*, Thèse d'Ethnologie historique et sociale, EHESS, Toulouse, 2004.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

J'ai ailleurs évoqué le goût de l'héroïsme et de l'exploit que les praticiens partagent avec les militaires[27]. La mythologie du métier voudrait que les chirurgiens soient particulièrement inaccessibles à la fatigue (d'où des attitudes ambivalentes à l'égard du repos désormais obligatoire après les gardes), toujours plus audacieux[28], capables de surmonter toute souffrance personnelle, mais susceptibles de colères cataclysmiques. Ils ne sauraient faiblir, puisque démiurges. Il est vrai qu'aujourd'hui nombre de professionnels font merveille et que la chirurgie cardiaque, construite sur la transgression d'un tabou – l'ouverture du cœur – aussi ancien que toute l'histoire de la médecine, a fortement alimenté leurs fantasmes de toute-puissance. Mais ces derniers sont bien antérieurs aux considérables progrès de la chirurgie moderne. Déjà présents dès le XIV^{e} siècle chez un Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel[29], ils ont de nos jours donné lieu à une railleuse devinette qui circule dans les blocs opératoires, volontiers rapportée par les anesthésistes : *« Quelle est la différence entre Dieu et un chirurgien ? »*. Réponse : *« C'est que Dieu ne s'est jamais pris pour un chirurgien »*.

Aux dieux il appartient d'être fulgurants. Ainsi en est-il des chirurgiens comme de Saint Expédit, lui aussi d'ailleurs homme de sang (c'est pourquoi sa cape rouge est régulièrement découpée comme talisman par les fidèles réunionnais).

En chirurgie, la rapidité opératoire, cruciale lorsque l'anesthésie était inexistante ou insuffisante, reste aujourd'hui un critère d'excellence en raison d'exigences techniques de toute nature. Mais, en dehors des nécessités concrètes du métier, il semble qu'être expéditif soit un modèle de comportement assez partagé chez ceux qu'on a justement appelés les « *Princes du Sang* »[30]. Ils sont réputés amateurs de voitures puissantes et de vitesse : le terme d'auto-mobile pourrait être dans leur cas pris dans son sens étymologique, puisqu'ils s'avèrent difficilement saisissables. Comme le vent, ils ont l'air d'aller où ils veulent, happés par d'éternelles urgences, maîtres de l'espace et du temps des autres. Quelles que soient les fortes contraintes auxquelles ils sont cependant soumis, ils ont toujours à leur disposition un expédient – l'alibi de l'urgence au bloc par exemple – pour y échapper. Investissant puissamment les territoires qui leur sont dévolus, ils ont aussi la bougeotte. Il n'est pas rare qu'ils travaillent dans plusieurs établissements, voire dans plusieurs pays à la fois.

Ainsi d'un « jet-chirurgien » citoyen d'un pays voisin, spécialiste d'un geste peu répandu, qui arrive à Paris le matin en avion, opère (une opération complexe et minutieuse) en milieu de journée dans un hôpital, se dépêche de terminer pour aller faire sa consultation dans un autre, et reprend ensuite le dernier avion pour rentrer chez lui. Parcours habituel. Mais au prix, le jour où je l'ai vu opérer, de quelques incohérences dûes à son absence dans l'établissement avant l'opération et ensuite à son impatience d'en partir, l'intervention ayant pris plus de temps que prévu. Il a quitté

[27] « Postures guerrières de la médecine », déjà cité.

[28] Anne Nardin, *De l'Audace, encore de l'Audace, toujours de l'Audace. La Chirurgie Hospitalière à Paris, à la fin du XIX^{e} siècle*, Paris, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 2000. L'ouvrage accompagne l'exposition consacrée la même année à Péan par le Musée de l'AP-HP.

[29] Marie-Christine Pouchelle, *Corps et Chirurgie à l'apogée du Moyen Age*, Paris, Flammarion, 1983.

[30] Gilbert Schlogel, *Les Princes du Sang*, Paris, Fayard 1992, et Livre de Poche, 1994. Le modèle chirurgical est aujourd'hui redoublé par le culte de l'urgence qui imprègne désormais tous nos secteurs d'activité , voir Claude Riveline, « De l'urgence en gestion », *Annales des Mines* (série *Gérer et Comprendre*), mars 1991.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

la salle en laissant l'interne *« faire la peau »* (refermer l'épiderme), ce qui est la règle dans les blocs opératoires. Mais ce qui l'est moins c'est que la patiente, obèse, n'était pas complètement refermée dans les plans profonds. Il a fallu reprendre une procédure d'asepsie complète (déshabillage et rhabillage de l'interne, badigeonnage, pose de champs, etc.). Perte d'argent et surtout perte de temps et d'énergie pour l'équipe. Mais cela ne concernait plus le chirurgien en question. Son oubli n'était pas seulement dû à sa hâte et aux lourds replis du corps de l'opérée : il y a probablement aussi que pour tout chirurgien, fermer est beaucoup moins attrayant qu'ouvrir[31]. Quand on ferme, les jeux sont faits. Il n'y a plus d'exploit en vue. Ce n'est plus qu'une remise en ordre assortie d'un ennuyeux ménage (hémostase), qu'on pourrait bien avoir envie d'expédier surtout après plusieurs heures d'opération, n'était le péril des saignements post-opératoires, cauchemar des opérateurs, et le risque d'une cicatrisation anarchique des tissus. Mais ce chirurgien-là m'a confié un jour en salle d'opération, auprès d'une patiente encore non endormie, qu'il ignorait la peur…

Prompts aux déplacements de toute nature, et supposés grands coureurs (de jupons), les chirurgiens sont parfois soupçonnés, dans les équipes du bloc opératoire, de *« faire courir tout le monde »* à plaisir, en changeant brusquement le programme opératoire ou en ne se donnant pas la peine de fournir à l'avance les indications nécessaires à la préparation adéquate du matériel chirurgical pour telle ou telle opération. Cela fait partie des abus de pouvoir qui à tort ou à raison leur sont attribués. Les arguments invoqués par les praticiens – aléas, urgences – sont théoriquement imparables à l'hôpital (au moins vis-à-vis des patients) mais pas toujours convaincants pour les équipes, qui connaissent les stratégies (et les expédients) utilisés par les chirurgiens pour se protéger.

Courir… Au XVI^{e} siècle on appelait *« coureurs »* les inciseurs, empiriques nomades qui pratiquaient l'opération de la taille pour extraire les calculs de la vessie : la rapidité de leurs déplacements les protégeait des représailles en cas d'échec. Il y eut parmi eux des charlatans. Mais aussi de grands praticiens, dont le célèbre Franco, qui *« d'un coup de génie [créa] la taille hypogastrique, l'une des audaces imprévues de la chirurgie »*[32]. Rapidité et génie. Improvisation. Inspiration. Ce sont des thèmes qui conviennent aux hagiographies chirurgicales et qui fournissent l'un des horizons de la profession.

La vitesse en effet c'est aussi la soudaineté de l'intuition créatrice. Telle infirmière, mi-figue mi-raisin, me décrit ainsi l'ambiance qui régnait dans les années 1980-90 dans un bloc de chirurgie cardiaque :

> « C'était toujours comme çà à […]. On essayait tout ce qui passait, tout et n'importe quoi. Au dernier moment. [Un tel] était un chercheur, toujours en train d'inventer quelque chose. Parfois il se tapait le front, en cours d'opération : « Ah, j'ai une idée ! ». Et paf, il fallait s'adapter, courir ».

[31] Marie-Christine Pouchelle, « Fermeture d'hôpital, quelles clefs ? », *Ethnologie Française*, 4/2005.

[32] Emile Forgue, « Histoire de la chirurgie jusqu'à la fin du XVIII^{e} siècle » in Maxime Laignel-Lavastine, *Histoire générale de la médecine, de la pharmacie et de l'art dentaire, et de l'art vétérinaire*, Paris, Albin Michel, 1938, volume II, p. 407. Emile Forgue (1860-1943), éminent chirurgien de Montpellier, dont le *Précis de Pathologie Externe* semble avoir été la bible de plusieurs générations de praticiens, est aussi l'auteur de *Au seuil de la chirurgie, l'initiation* (1928) et de *Philosophie de mon métier* (1942).

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

Elles ont d'abord aimé courir, dans l'excitation d'un combat pour la vie où il y allait aussi de la gloire de l'équipe.

Les chirurgiens cardiaques sont attentifs à ne pas avoir l'air d'être les « hommes de main » des médecins cardiologues – antagonisme classique entre médecins et chirurgiens qui remonte à la séparation de la théorie et de la pratique dans l'*épistèmè* médiévale après la première période de la scolastique[33]. Face à ces confrères raisonneurs par définition, qui de surcroît empiètent désormais sur leur territoire en intervenant eux-mêmes par cathétérisme sur les artères coronaires, les chirurgiens ne pouvaient et ne peuvent pas revendiquer quelque goût que ce soit pour l'empirisme, fut-il génial. Toutefois ce que j'ai pu observer me semble indiquer que chez eux, à la différence du grand Pan, l'expédient n'est pas mort.

Certes, à l'inverse du jaillissement spontané (sur fond de grand savoir-faire) qui vient d'être rapporté, certaines inventions sont le fruit de longs et minutieux travaux de laboratoire, c'est le cas pour ce qui concerne la protection du muscle myocardique lors des interventions à cœur ouvert. Mais il n'est pas sûr que la place de l'expédient, c'est-à-dire d'un moyen qu'il faut trouver immédiatement pour se sortir d'affaire et sauver le patient, ne soit pas profondément marquée dans l'esprit des générations qui ont vécu ces années enthousiastes où personne ne comptait ni son temps, ni sa fatigue, où des chefs de service tyranniques mais au fort charisme entraînaient à leur suite des pans entiers de l'hôpital, comme Bonaparte ses troupes sur le pont d'Arcole. Artisans-thaumaturges, nouant et dénouant les destins, si possible dans l'instant… Peut-être la crise actuelle des vocations chirurgicales tient-elle à ce que les conditions d'exercice du métier sont devenues aux yeux des jeunes trop réglées, protocolisées (pour ne pas dire procédurières), normalisées, routinières, « tout » ayant l'air d'avoir été inventé (sauf en neuro-chirurgie). Manquant dorénavant de panache, la chirurgie « châtrée » ne laisserait plus apparaître que ses côtés éprouvants et sacrificiels pour les professionnels. *A priori* rien d'excitant.

Le goût inavoué de l'expédient expliquerait peut-être aussi en partie pourquoi dans tel service de chirurgie (où l'urgence joue de fait un rôle important) le programme opératoire connaît de fréquents changements, ce qui, m'a-t-on dit, relèverait d'une ancienne culture de service. Refus de la routine ? Jouissance de démiurges ? Les raisons pourraient bien être autant symboliques (et inconscientes) que « purement » techniques. J'en citerai quelques-unes. Force d'inertie propre aux schémas culturels, désir d'affirmer et de perpétuer son identité, persistance dans le service de l'ancien patron pourtant théoriquement à la retraite. À quoi on ajoutera une forte activité de transplantation (nécessairement aléatoire) et plus généralement une stratégie qui consisterait à accepter systématiquement les urgences pour valoriser le service, faire tourner le bloc, remplir l'hôpital, et satisfaire les exigences de rentabilité des autorités administratives. Quitte à user d'expédients sur le plan des ressources humaines. Avec cependant pour résultat, chez les équipes infirmières – le contexte ayant notablement changé par rapport à l'ancienne situation où la main de fer des surveillantes était entièrement au service du patron – un sentiment d'incertitude et de bricolage parfois déstabilisant.

[33] Marie-Christine Pouchelle, *Corps et Chirurgie…*, op. cit., p. 23-37.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819

À ce stade je me garderai bien de tirer des conclusions générales. Les situations décrites dans les pages qui précèdent montrent que la distinction conceptuelle qui oppose expédient et stratégie ne résiste pas toujours à l'épreuve du terrain. Il y a des expédients qui, répétés, se muent en stratégies. Il y a des stratégies apparentes qui usent délibérément d'expédients, ce sont celles parfois du pouvoir. Il y a des procédés qui sont considérés tantôt comme des expédients tantôt comme des stratégies. Question de point de vue, affaire de position.

Le dualisme en cause relève peut-être plus de nos enjeux de savoir que de l'incessant miroitement d'un réel prompt à s'esquiver. Expédient suprême du chercheur : le filet à papillons. On en attrape parfois quelques-uns.

Published in : POURCHEZ, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004819, doi : 10.17184/eac.9782813004819