



HAL
open science

Intervenir sur un autre territoire professionnel. Équipes mobiles et services “ sédentaires ” à l’hôpital

Michel Castra, Ivan Sainsaulieu

► To cite this version:

Michel Castra, Ivan Sainsaulieu. Intervenir sur un autre territoire professionnel. Équipes mobiles et services “ sédentaires ” à l’hôpital. *Sciences Sociales et Santé*, 2020, *Sciences Sociales et Santé*, 38 (4), pp.47-74. 10.1684/sss.2020.0187 . hal-03172906

HAL Id: hal-03172906

<https://hal.univ-lille.fr/hal-03172906>

Submitted on 5 Jul 2022

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

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

Intervenir sur d'autres territoires professionnels à l'hôpital. Les équipes mobiles de soins palliatifs et de gériatrie aux prises avec les services « sédentaires »

Michel Castra^{*}, Ivan Sainsaulieu^{**}

Résumé. L'expérience des équipes mobiles intra-hospitalières en gériatrie et soins palliatifs est l'occasion d'interroger les conditions de possibilité d'une organisation prônant la collaboration entre professions, services et disciplines. Les équipes mobiles, investiguées par des méthodes qualitatives (entretiens semi-directifs et observations), ont des atouts dans cette entreprise : elles drainent des volontaires armés de fortes convictions éthiques et complémentaires entre eux. Néanmoins, elles se heurtent à une organisation hospitalière aux frontières plus rigides, reposant sur une médecine spécialisée soucieuse de ses prérogatives, notamment dans le cadre du CHU. Les équipes mobiles peinent à se faire accepter et endurent une insatisfaction professionnelle, voire une usure morale, notamment les médecins. Elles sont ainsi conduites à inventer tout un art diplomatique de terrain pour se faire accepter, mélange d'auto-

^{*} Sociologue, EA 3589 CeRIES - Centre de recherche « Individus Épreuves Sociétés », Univ. Lille, Lille, France ; michel.castra@univ-lille.fr

^{**} Sociologue, - CLERSE - Centre Lillois d'Études et de Recherches Sociologiques et Économiques, CNRS, UMR 8019, Univ. Lille, Lille, France ; ivan.sainsaulieu@univ-lille.fr

limitation, de marchandage, de lutte contre l'âgisme et d'activation de réseaux personnels.

Mots clés : équipes mobiles, hôpital, territoire professionnel, soins palliatifs, gériatrie.

La réforme de l'hôpital est une antenne aux multiples facettes, dont les plus documentées sont gestionnaires : l'hôpital public s'est vu ainsi imposer la mesure comptable de la T2A ou encore un fonctionnement par pôles (Sainsaulieu, 2011 ; Juven, 2016), impliquant les médecins dans une gestion aux effets controversés sur le travail hospitalier (Sainsaulieu, 2007). Au-delà des principes de meilleure gestion et de mesure comptable, la réforme de l'hôpital implique aussi, sur un plan médical, un principe de transversalité, visant à mettre en synergie les services et les spécialités, face à des maladies polymorphes. La prise en charge du vieillissement et de la fin de vie s'inscrit de ce point de vue dans la logique de la prise en charge de la douleur chronique à l'hôpital (Baszanger, 1995) ou dans celle de maladies chroniques et pluridimensionnelles comme le cancer (Vega, 2012). En effet, il n'est pas possible d'en faire une spécialité exclusivement localisée dans un service de soin : le vieillissement et la fin de vie touchent l'ensemble des services et se construisent de plus en plus comme un domaine nécessitant l'intervention de plusieurs spécialités.

Le développement des équipes mobiles de soins palliatifs ou de gériatrie est emblématique de cette quête de transversalité. Les équipes mobiles sont en effet porteuses d'une promesse organisationnelle de souplesse, de « coordination ouverte » (Dehousse, 2005). Officiellement, la coordination doit assurer un décloisonnement des services et une meilleure prise en charge des besoins du patient, avec un mouvement inversé non plus des malades vers les professionnels, mais des professionnels « au lit du patient ». Ces vellétés de coordination des soins ne sont pas nouvelles : qualifiée de concept mou, voire de simple affichage politique, la coordination se heurte au socle des territoires professionnels¹ et

(1) « Les territoires professionnels sont entendus comme des ensembles des tâches et compétences exercées de façon plus ou moins exclusive par un groupe de professionnels » (Robelet *et al.*, 2005, p. 233). Si l'on inclut dans la définition du territoire la notion d'autonomie ou de contrôle de son activité (Dubar et Tripier, 1999), on désigne ici les territoires sédentaires, qui ont davantage le contrôle du (traitement du) patient que les équipes mobiles.

manque de lieux de concertation ou de « zones d'échange » (Robelet *et al.*, 2005 ; Louvel, 2015). À l'hôpital, l'activité des équipes mobiles se joue toujours dans des transactions informelles au cours desquelles s'éprouve le périmètre de leur action au sein des services sédentaires. L'objet de cet article est d'analyser les ressorts de la défense du territoire professionnel (par les médecins et les personnels paramédicaux sédentaires) dans un univers hiérarchisé et cloisonné et d'explorer les conditions de son dépassement.

La montée en puissance des équipes mobiles dans l'espace hospitalier

En France, les équipes mobiles apparaissent avec le développement de la médecine palliative, à la fin des années 1980. Si le développement initial des soins palliatifs est très étroitement lié à la fin de vie et à la mort, la discipline concerne aujourd'hui tous les malades en phase avancée nécessitant tout à la fois un travail sur la douleur, c'est-à-dire notamment un « travail de confort » et un « travail sur les sentiments » (Acker, 2009 ; Strauss *et al.*, 1997)². Les patients doivent désormais pouvoir bénéficier de soins palliatifs qui peuvent être associés aux soins curatifs. Après la création des premières unités de soins palliatifs (USP), les équipes mobiles se multiplient (dès 1989) et deviennent rapidement le mode d'organisation le plus répandu en matière de soins palliatifs. En 2017, on comptait 426 équipes mobiles de soins palliatifs en France ainsi que 2 équipes mobiles de soins palliatifs pédiatriques³.

(2) Dans l'examen que nous menons des relations entre collectifs soignants mobiles et sédentaires, la relation soignants-soignés n'intervient qu'indirectement. Ce parti pris mésosociologique empêche aussi d'établir un profil individuel détaillé de chaque soignant mobile.

(3) Les équipes mobiles représentent les structures les plus nombreuses, devant les unités de soins palliatifs (152 USP) et les réseaux de soins palliatifs (107 réseaux). *Source : www.sfap.org, consulté en décembre 2019.* Le nombre actuel d'équipes mobiles gériatriques intra-hospitalières est incertain.

Les équipes mobiles de gériatrie se développent plus tardivement dans les années 1990, notamment à Grenoble et à Strasbourg (Dubois *et al.*, 2008), pour des raisons liées principalement à l'allongement de la durée de vie, mais aussi à la détérioration du sort de personnes âgées isolées et sans grandes ressources. Face à l'augmentation du nombre de patients âgés, les unités de soin des établissements voient leur mission de spécialité remise en cause par cet afflux de patients dits « polyvalents », dont la pathologie est moins localisée et semble relever de la médecine générale.

Les équipes mobiles dans les domaines des soins palliatifs ou de la gériatrie au sein des hôpitaux ont trois objectifs de travail simultanés : soulager les patients, aider et former les professionnels des services. Leur développement vise donc d'abord à apporter à court terme aux soignants « sédentaires »⁴ une « expertise ciblée » sur des « cas difficiles »⁵, mais s'inscrit aussi dans une logique de transmission et de formation. En effet, ces interventions sont censées modifier à terme les pratiques dans une logique transdisciplinaire de diffusion d'un savoir (gériatrique ou palliatif) profitable à tous les services.

Solution souple et moins coûteuse, elles interviennent dans les autres services et ne disposent pas de lits d'hospitalisation (contrairement à une unité classique), même si elles sont dotées de moyens pour remplir leur mission⁶. Émanant de différentes disciplines médicales, elles incluent en leur sein des métiers divers (soins infirmiers,

(4) Tout au long de l'article, les guillemets sans précision de source désignent des tournures idiomatiques ordinaires.

(5) Si beaucoup d'équipes mobiles exercent leur activité dans des hôpitaux où il n'existe pas de service ou d'unité fixe de la même spécialité, d'autres peuvent être rattachées à l'unité de gériatrie ou à celle de soins palliatifs (USP) existante.

(6) La circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/no 2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques, recommande la création d'une « unité mobile » (« au moins dans les CHU » où existe un service de court séjour gériatrique) qui doit être composée *a minima* d'un gériatre, d'un infirmier, d'un assistant social et d'un secrétariat (Clément *et al.*, 2005). La circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs donne une approche globale de la structure et des missions des équipes mobiles de soins palliatifs.

psychologie, assistance sociale, médecine, secrétariat...)⁷. À l'initiative des médecins hospitaliers qui les sollicitent, elles se déplacent de manière ponctuelle dans les services de l'hôpital pour rencontrer le patient et faire un diagnostic complémentaire. Elles effectuent des recommandations écrites qu'elles transmettent également lors d'une entrevue rapide, sur place ou par téléphone.

Rendre compte des modalités d'intervention sur d'autres territoires professionnels

La sociologie des professions s'est beaucoup intéressée au niveau macrosociologique des « écologies liées » et des « juridictions » professionnelles étroitement interdépendantes entre elles (Abbott, 1988). Ces juridictions relèvent également de processus temporels évolutifs, de l'histoire des disciplines aux dynamiques individuelles de carrière (Demazière et Jouvenet, 2016). Andrew Abbott évoque bien la notion de frontières (« *les frontières apparaissent en premier, ensuite les entités* » - Abbott, 2016 : 122) mais la dimension spatiale du territoire a été peu investiguée⁸. Or, celle-ci s'impose à nous du fait de notre objet,

(7) Il n'existe pas de données statistiques sur les professionnels des équipes mobiles, mais nos enquêtes montrent qu'on ne devient pas professionnel mobile en tout début de carrière. Médecins et paramédicaux ont d'abord exercé dans des services hospitaliers « classiques » qui permettent d'acquérir une première expérience, mais aussi de se familiariser avec différents contextes de fin de vie ou du patient âgé. Pour les soins palliatifs, ce n'est que dans un second temps qu'on décide de se diriger vers une activité exclusivement dédiée aux malades en phase avancée de la maladie, en travaillant notamment en Unité de Soins Palliatifs (Castra et Schepens, 2015). L'USP ou le service de gériatrie constituent presque toujours des préalables nécessaires à l'engagement volontaire en équipe mobile. Il faut en effet avoir de solides compétences auprès de ces malades en tant que médecin ou infirmière avant de pouvoir conseiller les collègues des services sédentaires. Le passage par une formation (DU de soins palliatifs ou DU de gériatrie) précède souvent ou accompagne cette nouvelle étape de la carrière. Si médecins et paramédicaux sont volontaires, leur profil de mobilité diffère ensuite un peu : de jeunes médecins aspirent à faire le tour des services, ou au contraire le font sous la pression de la hiérarchie ; les paramédicaux volontaires ont souvent eu une expérience antérieure de collaboration, notamment avec des métiers psychosociaux.

(8) Abbott a mis en exergue les relations et les luttes interprofessionnelles et non, comme ici, les interactions intra-professionnelles (surtout intra-médicales) au sein de l'hôpital.

le déplacement des « mobiles » sur des « territoires sédentaires ». En effet, la gériatrie et les soins palliatifs sortent de leur territoire via des équipes mobiles : le travail de ces professionnels est alors pris dans des faisceaux d'interactions qui portent sur la délimitation légitime du travail auprès du patient, rendant instables les frontières professionnelles. Comme le suggère E. Hughes (1996), « *de plus en plus de travailleurs interviennent dans une division du travail aux limites toujours fluctuantes* ». L'ajout de nouvelles activités, normes ou tâches rendent les rôles hospitaliers parfois flous, comme pour les aides-soignantes aux urgences (Ridel, 2019), tandis que l'intervention sur un territoire médical met en jeu des frontières bien établies.

Si les segments ou spécialités médicales que nous étudions ne sont pas des isolats, leur interdépendance institutionnelle *via* la structure hospitalière les inciterait davantage à renforcer la défense de leur territoire qu'à y accepter des interventions extérieures pour nourrir des échanges. L'intervention « latérale » des équipes mobiles est de ce point de vue révélatrice, voire joue un rôle d'accélérateur. En effet, prôner une coopération renforcée entre professionnels (Cresson *et al.*, 2003) tend à redéfinir le contenu de l'activité de chacun (Barlet, 2015). C'est toucher au contrôle monopolistique du patient, faire renaître la lutte des spécialités autour du contrôle du recrutement des patients, reposer la question de l'expertise, de l'autonomie et du contrôle par les pairs, tant pour les professionnels mobiles que pour leurs collègues sédentaires (Castra, 2003b). Enfin, l'activité consultante ou de soutien peine parfois à s'inscrire dans la division médicale du travail hospitalier ou dans la chaîne du soin qu'elle contribue à modifier (Castra, 2007 ; Mino, 2007 ; Dubois *et al.*, 2008 ; Foley, 2010), autant que dans la division morale du travail (Hughes, 1996) dans l'espace hospitalier, dans un contexte de subordination entre spécialités dominées et spécialités médicales plus établies (Pinell, 2005 ; Halpern, 1992). Le travail « extraterritorial » des équipes mobiles nécessite des stratégies de légitimation et une disponibilité importante pour faire reconnaître leurs compétences et leur utilité par les autres équipes soignantes (Legrand, 2012 ; Demailly *et al.*, 2014).

Cet article mobilise des approches convergentes ou voisines de sociologie du travail et des professions à l'hôpital pour étudier les modalités de la confrontation des mobiles aux territoires sédentaires, en montrant comment s'activent à la fois des formes hiérarchiques et des figures d'interactions diverses, dont nous esquissons la typologie. À quels types d'obstacles les équipes mobiles se confrontent-elles dans leur logique d'intervention sur les territoires professionnels ? Quelles sont les conditions de mobilisation de ces équipes mobiles par les professionnels des services sédentaires ? La hiérarchie symbolique et

les intérêts professionnels pèsent-ils sur la promesse d'articulation entre ces équipes mobiles et les services visités, même si, sous la contrainte, ces dernières inventent des stratégies de contournement des territoires des services spécialisés ?

Deux enquêtes qualitatives convergentes

Cet article repose sur deux enquêtes empiriques spécifiques indépendantes mais animées de démarches similaires, auprès d'équipes mobiles de soins palliatifs ou de gériatrie dans différents hôpitaux du Nord de la France et de la région parisienne. Nous avons interrogé des acteurs médicaux et soignants en privilégiant systématiquement les modalités de coopération au travail. L'objectif était d'explorer les conceptions et les spécificités du travail des professionnels et d'identifier les logiques de recours à l'équipe mobile. Les entretiens semi directifs ont duré une heure et demi en moyenne. Au total, nous avons enquêté dans des services très variés (urgences, pneumologie, dermatologie, réanimation, cardiologie, neurologie, néphrologie, gériatrie, long séjour, médecine polyvalente...) et auprès de professionnels médicaux et paramédicaux.

La première enquête a été réalisée en deux phases distinctes auprès d'équipes mobiles de soins palliatifs rattachées à une unité fixe (USP) ou fonctionnant de manière autonome. La première phase d'observation ethnographique (en 2005) visait à comprendre le fonctionnement d'une équipe mobile au sein de l'hôpital et à suivre ses déplacements dans les différents services avec les médecins et infirmières de soins palliatifs. Cette phase, qui s'est déroulée dans un CHU sur une période de 8 semaines, a permis de saisir la diversité des interactions entre l'équipe mobile de soins palliatifs et les équipes de soins curatifs. Il s'agissait alors de voir comment, dans le domaine de la fin de vie, s'établissent des relations de coopération, de transfert de compétences ou de concurrence et ce qui structure ces relations. Dans une seconde phase (en 2010 - 2011), 44 entretiens semi-directifs ont été menés auprès des membres de 6 équipes mobiles de soins palliatifs ainsi qu'auprès des professionnels des services curatifs (médecins, cadres de santé, infirmières, aides-soignantes) faisant appel à ces équipes.

La seconde enquête a été menée en 2010 auprès d'équipes mobiles de gériatrie rattachées au service de gériatrie d'un CHU ou à deux Centres hospitaliers (notés CH1 et CH2 dans le texte) dans la même

zone urbaine et périurbaine du Nord de la France. Elle a duré un an, avec trois séries d'entretiens sur site (soit 49 entretiens au total). Suite à la commande d'un service de gériatrie, il s'agissait d'analyser la réception des équipes mobiles dans les services de soin de l'hôpital qui font appel à elles, ainsi que d'en apprécier le fonctionnement et la cohésion interne. Chacune des trois équipes a été par ailleurs accompagnée durant ses tournées, ou dans ses locaux, lors de 4 séjours sur site d'une durée totale de 4 jours.

Engagement professionnel mobile et hiérarchie symbolique médicale

Le pari de transversalité risque de se heurter au poids des intérêts professionnels et des hiérarchies symboliques, à la fois entre disciplines et entre établissements (Pinell, 2005 ; Mathieu-Fritz et Esterle, 2013), dans un univers cloisonné assis sur une forte hiérarchie médicale (Freidson, 1984 ; Hughes, 1996). Pourtant, ce pari, qui repose sur un dispositif bien établi, peut compter sur divers éléments factuels ou de principe, au premier chef sur la détermination des équipes mobiles. Ensuite, ces équipes mobiles peuvent représenter pour les professionnels une opportunité d'enrichissement de leur travail, de plus grande considération et d'utilisation de leurs compétences collectives (Sainsaulieu, 2012), au sein d'une organisation du travail misant sur l'existence de collectifs professionnels ou de « micro-collectifs » (Clot, 2005 ; Mathieu-Fritz et Esterle, 2013). Il s'ensuit une attente de synergies nouvelles entre professionnels médicaux et paramédicaux du fait du positionnement inédit de ces équipes dans l'espace hospitalier, entre travail auprès des professionnels et relations avec les patients, entre « consultance » en urgence et « suivi » dans la continuité » (Mino, 2007).

Des « entrepreneurs de morale »

Pour la plupart des professionnels rencontrés, l'exercice de la médecine palliative ou de la médecine gériatrique en équipe mobile est inséparable de la volonté d'améliorer les conditions de la fin de vie et les modalités de la relation médecin-malade dans tous les services de l'hôpital. Cette spécificité de leur engagement professionnel les caractérise comme « entrepreneurs de morale » (Becker, 1985), leur activité visant essentiellement à promouvoir de nouvelles normes de

soins, à redéfinir les modalités du travail médical auprès des personnes âgées ou à l'approche de la mort et à diffuser de nouveaux standards de pratique dans les domaines de la gériatrie, de la maladie grave et de la fin de vie.

Le sens de l'action s'inscrit, en soins palliatifs, dans la promotion d'une fin de vie fondée sur une logique de la sollicitude, de lutte contre la douleur, du soutien moral et affectif, contre les tendances à l'excès de soins ou à l'accélération du processus de mort qui demeurent prégnantes dans certains services. Cette ambition comporte à la fois une référence d'ordre moral (l'évitement de l'acharnement thérapeutique, le refus de l'euthanasie, la priorité à la qualité de vie restant à vivre) et un modèle de pratique normative (l'usage des antalgiques et la manipulation des morphiniques, le savoir-faire de nursing, des pratiques relationnelles) (Castra, 2003a).

De même, la gérontologie comporte une dimension normative, éthique et sociale, elle considère la prise en charge du grand âge comme révélatrice de l'évolution de la société et du degré de civilisation. La pratique gérontologique s'en veut garante : la gérontologie, dite parfois de « gauche sociale » (Clément *et al.*, 2005), entend dépasser les limites d'une culture médicale gériatrique plus techniciste (en soins intensifs), portée sur les nouvelles technologies. Ainsi, pour un médecin gériatre, les dispositions personnelles extra médicales, comme la ressource d'un altruisme philosophique (« *Moi, c'est l'humain, ni religieux, ni politique* », Médecin gériatre, CH1), compensent les difficultés. Telle assistante sociale au CH1 affiche pour sa part une forte « *empathie pour les familles de mineurs et les situations sociales difficiles* ». On trouve aussi une posture stoïque, associée par les acteurs à la déontologie de médecins appelés à « *être rigoureux et à donner toujours le meilleur, quel que soit le patient* » (Médecin gériatre, équipe mobile de gériatrie ou EMG, CHU). Ces convictions sont entretenues par des temps et des lieux de rencontre réguliers, les déplacements collectifs, les réunions hebdomadaires ou mensuelles, le débriefing sur les situations difficiles, des activités annexes intra et extrahospitalières, comme des discussions avec un psychologue venu en soutien ou les journées de rencontre des équipes mobiles gériatriques (EMG).

Avec l'endurance de pionniers, les soignants mobiles conçoivent leur intervention comme un long et patient travail pédagogique de conversion, ils misent sur une lente transformation des pratiques et des conceptions dominantes des soins dans les services curatifs. Pour servir cette cause à long terme, il faut d'abord gagner en légitimité et poser des jalons, en montrant au préalable qu'on peut « rendre service » : « *Pendant cette période-là, il y a eu toute une phase mais elle a duré au*

maximum un an, qui était une phase d'échange, de formation, de discussion avec les autres services, (...). On a une année où on nous appelait peu pour des patients. On nous appelait pour des infos ou alors, pour discuter de cas, de situations difficiles, qui avaient été vécues dans tel ou tel service » (Médecin en soins palliatifs, responsable d'une équipe mobile de soins palliatifs, ou EMSP).

Il s'agit alors de montrer sa compétence technique aux pairs susceptibles de leur adresser des patients ou des clients, répondre au souci médical de prescrire et d'appliquer des traitements réellement efficaces (Castel, 2005). L'expertise de la douleur et des symptômes de fin de vie apparaît comme le pôle le plus « technique » de la discipline et peut être considérée comme la pierre angulaire de cette stratégie professionnelle de distinction scientifique. Les thérapeutiques des douleurs de fin de vie constituent le principal outil de légitimation et elles sont aussi le premier motif de recours aux équipes mobiles, beaucoup de médecins restant peu formés au maniement des antalgiques majeurs et à l'utilisation des traitements terminaux : « *C'est bien parce qu'on peut de temps en temps remettre les pendules à l'heure, quand on vient et qu'on propose une pompe à morphine, là on a quelque chose de très technique. Quand ils se rendent compte que ça marche au moins dix fois mieux que tout ce qu'ils avaient fait avant, ils se disent "tiens, finalement, ils nous apportent aussi, ils ne font pas uniquement de l'accompagnement, de la bonne parole et du réconfort, il y a aussi ce volet technique"* » (Médecin, EMSP). Il s'agit d'un travail quotidien pour convaincre que ces équipes apportent une aide concrète, en montrant qu'elles viennent résoudre tel problème de douleur ou tel symptôme difficile.

Le développement des équipes mobiles prend donc appui sur une force morale intrinsèquement liée à la raison d'être de ces équipes et de leur discipline de référence : diffuser leurs compétences spécifiques et leurs pratiques auprès des collègues des autres services. Mais, alors que la cohésion interne des équipes mobiles dépend d'interactions informelles et changeantes, l'interface entre équipes mobiles et sédentaires fait au contraire réapparaître les structures plus formelles et hiérarchiques de l'hôpital.

Le sentiment des médecins mobiles d'être dépossédés du patient

Le problème majeur des médecins mobiles, c'est que, dans certains services, leurs recommandations sont fréquemment ignorées par les médecins sédentaires. En gériatrie comme en soins palliatifs, une « usure morale » ou une certaine frustration se manifeste donc à

ne pas pouvoir intervenir soi-même, à ne pas soigner directement le patient ni suivre son devenir, à ne pas agir sur la « négligence », voire la « maltraitance », dont les professionnels peuvent être témoins (manque d'aide au repas, contentions abusives, douleurs mal prises en charge, excès de soin ou examens inutiles en fin de vie), dans un cadre de travail envahi par des activités dites « chronophages » (temps de déplacement, réunions, etc.)⁹.

Le gériatre mobile exprime ainsi une nostalgie de la sédentarisation, un besoin de se rassurer dans un service où l'« on est cocoonés », où l'on vit moins de « situations d'échec » (Médecin gériatre, EMG, CHU). Un questionnaire médical sur l'épuisement, distribué à des membres des EMG¹⁰, a fait apparaître que la « mobilité » est la première difficulté identifiée car la prise en charge ne correspond pas ou les recommandations ne sont pas respectées, avant « l'usure psychologique » due à ce travail. L'équipe mobile gériatrique se vit « en première ligne », 18 % estiment vivre un épuisement modéré et sévère, particulièrement les médecins du CHU. Il est estimé généralement que, dans « son » service, on peut agir : « *Comme c'est mon service, je peux travailler dessus. J'ai pu monter plein de choses : des évaluations des toilettes, du petit-déjeuner, des essais de matelas anti-escarres. En fait, ce n'est pas plus mal de ne pas être si mobile que cela !* » (Ergothérapeute, EMG, CH2).

Pour certains médecins, le choix de la médecine palliative a pu relever d'une stratégie ou d'une opportunité de carrière. L'accès relativement ouvert aux soins palliatifs a ainsi permis à de nombreux médecins généralistes d'y trouver la possibilité d'exercer à l'hôpital ou dans une structure de soins. L'engagement dans cette discipline, en pleine expansion dans les années 1990 et 2000, a aussi été l'occasion pour des praticiens hospitaliers d'accéder à des postes de responsa-

(9) Le contexte peut créer des motivations négatives pour rejoindre l'équipe mobile. De retour sur le terrain, nous avons constaté que les EMG étaient pérennisées au CHU, avec moins de médecins (1,3 postes au lieu de 2). Le médecin responsable, occupant désormais un poste à temps plein mobile, nous a avoué « fuir » le service long séjour pour « trouver refuge » en équipe mobile, du fait de la détérioration des soins gériatriques : selon elle, « *le lean management a tué l'hôpital gériatrique* » (entretien, 24-01-2019).

(10) Collectif médical, *Prévenir l'épuisement professionnel dans les équipes mobiles de gériatrie. Travail réalisé grâce à la participation de différentes équipes mobiles de gériatrie Franciliennes et du Nord de la France*, Hôpital gériatrique XX, Service de médecine gériatrique, CHU.

bilités de services ou d'équipes mobiles. D'autres ont pu bénéficier d'une certaine notoriété médiatique ou d'une reconnaissance comme « experts » auprès des pouvoirs publics.

Cependant, le nomadisme reste globalement une situation souvent peu attractive pour le médecin (Dupuy, 2011). Une part significative des médecins qui exercent dans ces services (à l'exception des médecins responsables de ces équipes) ont un statut de vacataire. Les conditions d'exercice en équipe mobile rendent difficile l'engagement des professionnels : « *Il y a des jours où je vais dire que c'est affreux, où t'as vraiment pas le courage d'aller voir un malade. Au pire tu envoies un collègue ou au pire, si personne n'y va - c'est affreux à dire - mais il est pris en charge. Donc c'est vrai que ça nous donne aussi une grande facilité de travail qui nous permet sûrement de supporter des choses plus compliquées* » (Médecin, EMSP).

Surtout, les interventions restent toujours ponctuelles et limitées à un segment de la trajectoire du patient. Exerçant sur le territoire des confrères, les professionnels de l'équipe mobile sont nécessairement contraints de s'adapter aux normes de pratiques qui prédominent dans les différents services. Ne maîtrisant pas la prescription, les médecins mobiles voient leur rôle thérapeutique parfois réduit au rôle de conseil (Legrand, 2012) et s'efforcent de préserver leur autonomie (liée au contrôle du traitement du patient) en gardant un pied dans leur service d'origine. La coopération est donc asymétrique entre intervenants ponctuels « non captants », souvent à temps partiel, et sédentaires « captants » permanents (Bergeron et Castel, 2010).

Une hiérarchie symbolique et sociale réaffirmée

Une hiérarchie plurielle réapparaît dans les rugosités de la relation entre nomades et sédentaires. L'analyse comparative des professionnels permet d'abord de mettre en évidence une inégalité de dotation des acteurs en termes de capitaux symboliques ou de position basse dans la division morale du travail (Hughes, 1958), qui influe sur la collaboration entre sédentaires et mobiles. Pour les praticiens exerçant dans les services les plus prestigieux ou les plus techniques (chirurgie, cardiologie, réanimation...), les confrères des équipes mobiles de soins palliatifs ne constituent pas forcément une alternative ou un recours crédible, mais représentent des disciplines jugées « inférieures » (comme la gériatrie, les soins palliatifs, la dermatologie, les urgences, la pneumologie). Les soins palliatifs et la gériatrie se situent en bas de la hiérarchie de prestige du monde médical et hospitalier (Young, 1989). Si ces disciplines ont pu acquérir une

certaine légitimité dans le monde médical, la discrimination qui touche les patients âgés et la stigmatisation des mourants ou patients en fin de vie infèrent sur les professionnels qui exercent dans ces équipes de soins. Il existe ainsi une homologie de statut entre ces catégories de patients et les professionnels qui en ont la charge.

Même si le traitement de la douleur apparaît comme un objet de préoccupation plus consensuel et plus valorisé qu'auparavant (Baszanger, 1995), la fin de vie reste un domaine peu prestigieux professionnellement. L'assimilation des soins palliatifs et de la gériatrie à la souffrance, à la mort et au "sale boulot" (Hughes, 1981 [1958]), est une manière fréquente d'identifier ces professionnels qui occupent une position plutôt dépréciée dans le monde hospitalo-universitaire. Cette difficulté à occuper une place reconnue et légitime tient largement au statut dévalorisé de la mort et de la vieillesse dans la société et dans la profession médicale, puisqu'il s'agit de se définir à partir de ce qui constitue l'échec même de la médecine. Cette différenciation sociale est intériorisée par les acteurs. Un médecin de soins palliatifs souligne les tensions fortes qui peuvent résulter de cette assimilation ou de ce que peut « représenter » l'équipe mobile : « Parfois j'ai l'impression qu'on m'appelle et puis une fois que je suis là ils me font payer le prix de m'avoir appelé. C'est-à-dire que je représente à la fois l'échec des thérapeutiques médicales donc le malade qui n'arrive pas à guérir, et qu'en plus de ne pas arriver à le guérir, ils n'arrivent pas à s'en occuper tout seul. Donc tu es le double échec, tu arrives au dernier moment, tu donnes de la morphine, le malade est mort quatre jours après » (Médecin, EMSP).

La hiérarchie symbolique s'enracine dans le social. Comme l'a montré Jaisson (2002), si les médecins sont principalement recrutés dans les couches supérieures de la société, ceux qui ont l'origine sociale la plus élevée organisent leur évitement des services ayant une mortalité élevée et choisissent des spécialités jugées plus prestigieuses. La grande majorité des médecins qui exercent en soins palliatifs ont des fonctions d'attachés et l'on retrouve très peu de professeurs engagés dans cette médecine de fin de vie qui ne constitue pas une spécialité médicale. Mais surtout, les soins palliatifs se révèlent particulièrement peu attractifs pour des professionnels tournés vers la technique ou souhaitant investir dans la recherche et y faire carrière (Castra, Schepens, 2015).

Un double fossé cognitif : approche « globale » vs médecine spécialisée, clinique vs recherche

Se démarquant d'une approche classique par organe ou par pathologie, les professionnels des équipes mobiles proposent des

approches fondées sur des catégories spécifiques de patients ou des séquences de trajectoires de maladie (les patients âgés en gériatrie ou les patients en phase avancée ou terminale). Les professionnels « mobiles » et « sédentaires » ne partagent pas nécessairement des conceptions communes sur ce que doit être le soin à envisager auprès d'un patient. Les coopérations s'inscrivent dans un contexte organisationnel plus ou moins ouvert aux conceptions des équipes mobiles : « *Il y aura forcément toujours des services où ça va bien marcher et des services où ça va mal marcher. Et puis des services où vous croyez que ça marche bien, puis vous vous rendez compte que derrière vous, quand vous n'êtes plus là, ils n'appliquent pas ce que vous proposez. Et d'autres services où vous avez l'impression que ça passe peut-être mal, et finalement, l'idée fait son chemin (...)* » (Médecin responsable, EMSP et USP). Le manque de « rapport de prescriptions réciproques » (Terssac et Friedberg, 2013) se pose d'autant plus au CHU que les médecins, plus spécialisés, se sentent plus autosuffisants sur le plan médical. Il existe ainsi un contraste fort entre le réseau des services dits « techniques » ou « pointus », les plus réputés en médecine (cardiologie, réanimation, neurologie, chirurgie), qui font moins appel aux équipes mobiles, et celui des services moins spécialisés, plus proches de la médecine générale et moins valorisés (médecine polyvalente, urgences, dermatologie, long séjour...), qui font davantage appel aux équipes mobiles.

La division du travail hospitalier redouble ce fossé car elle tend à privilégier la spécialisation contre l'approche globale : « *Plus un service est spécialisé, moins il a comme nous une approche globale* » (psychologue, EMG, CH2). Elle conduit, notamment au CHU, à une répartition des rôles plus stricte : « *La discussion avec les infirmiers se fait au moment du tour médical le matin* » (Médecin néphrologue, CHU). Le CHU, hiérarchisé et spécialisé, serait-il dédié à la recherche au détriment de la clinique ? Cette idée est parfois avancée, avec une certaine prudence : « *Il y a beaucoup de services pour lesquels c'est en partie vrai (...). Nous on s'efforce de garder une polyvalence* » (Médecin néphrologue, CHU). La recherche est dévoreuse de temps sur la clinique : « *la recherche c'est un investissement considérable pour un résultat infime. J'ai donné (...). Je préfère discuter deux heures avec un patient que de les passer à observer un glaucome !* » (Médecin interniste, CH1).

À l'inverse, « en périphérie » (en centre hospitalier), on trouve des services où le besoin d'expertise médicale gériatrique se fait toujours plus ou moins sentir. Face au besoin des patients, des médecins spécialistes en hématologie, gastroentérologie, ou pneumologie ne s'estiment plus autant généralistes que ne le sont les gériatres et

requièrent leurs lumières. Spécialité et approche globale trouvent donc ici une plus grande complémentarité.

Quelles que soient les dimensions éthiques et professionnelles de la coopération, la détermination des EMG et des EMSP achoppe sur un affaiblissement de leur pilier, le médecin mobile. Ce dernier est en effet affecté en tant que membre d'une spécialité souvent perçue comme moins « technique » (plus « relationnelle »), davantage « périphérique » (pas exclusivement en CHU), moins orientée vers la recherche (donc moins savante), et alors que son positionnement clinique est amoindri par la perte du contrôle du traitement du patient. Dès lors, les professionnels des équipes mobiles sont amenés à développer des stratagèmes pour dépasser les frontières ordinaires de l'institution hospitalière.

L'invention d'une diplomatie de terrain

Face aux obstacles posés par l'ordre hospitalier, la force de conviction est soumise à rude épreuve et peine à instaurer une dynamique de coopération avec certains services hospitaliers. Comment l'équipe mobile peut-elle trouver sa place dans la division du travail hospitalier ? Comment construire la confiance indispensable à la coopération entre sédentaires et mobiles (Castel, 2005 ; Legrand, 2012) ? Les médecins des services sédentaires entendent garder le contrôle sur « l'arc de travail » (Strauss, 1992) face à des professionnels qui ne peuvent qu'intervenir ponctuellement et dont l'intervention peut être perçue par certains comme une ingérence. L'effort est constant pour trouver un terrain d'entente. Exercer en d'autres territoires professionnels oblige donc à déployer tout un « art diplomatique » (Mino, 2007), à nouer des alliances avec les services sédentaires, afin de ne pas exposer ces derniers aux risques de perturbation des logiques de soins des équipes (Legrand, 2012). Nous nous proposons ici d'analyser les modalités concrètes de la diplomatie de terrain résultant de cette confrontation et consistant en quatre figures d'interactions : l'autolimitation, le marchandage, la lutte contre l'âgisme, l'activation des réseaux.

L'autolimitation du rôle consistant à faire des recommandations

La responsabilité du médecin sur « son » patient tient beaucoup à la possibilité de faire un diagnostic. L'appel à collaboration d'une équipe « extérieure » étrangère au service suscite donc généralement

une certaine méfiance. L'une des contraintes fortes de ces équipes mobiles est liée à leur position d'extraterritorialité et à leur situation de travail constamment sous le contrôle et le regard des pairs. Aussi, leur entreprise ne peut être menée qu'en comprenant ou en désamorçant les freins et les appréhensions des membres de l'équipe sédentaire. La règle du respect des pratiques médicales, l'absence d'intervention concernant les décisions ou la politique de soins marquent le souci de ne pas contester de manière frontale les modalités de prise en charge des confrères. Il s'agit d'écarter tout soupçon d'ingérence dans l'activité des autres services, tout détournement de clientèle (Freidson, 1984) afin de gagner la confiance des partenaires et d'engager ou de maintenir une coopération.

Dès lors, préserver les relations avec les confrères suppose de respecter le territoire, de savoir suggérer, expliquer, convaincre mais sans imposer son point de vue aux professionnels des autres services : « *Si je pense que dans une heure le patient va être mort, est-ce que pour autant, je dois dire à l'anesthésiste, "Ben, pourquoi vous n'arrêtez pas tout ça, à quoi ça sert ?". Dans ces cas-là, en général, moi je veille plus à ce que les symptômes soient pris en charge, c'est-à-dire la douleur, l'encombrement, l'angoisse, tout ça, plutôt que de m'acharner à tout diminuer. Je mets : "Vu les encombrements, il serait souhaitable de diminuer les apports hydriques". Et après, je laisse le choix, je laisse la question ouverte, en fait. Je ne dis pas : "il faut les arrêter", je dis : "Je pense que..."* ». Après ils font ce qu'ils veulent » (Médecin, EMSP).

On voit combien la présence dans un autre territoire professionnel implique une certaine prudence dans les échanges et les modalités du conseil. Ce moment de l'intervention est d'autant plus délicat qu'il s'agit indirectement d'émettre un avis sur la prise en charge des collègues. La position des professionnels de l'équipe mobile explique les difficultés et les limites du travail mené où il s'agit d'évaluer sans juger et de proposer sans imposer. Il faut du doigté, du tact : « *Le plus difficile, c'est la communication* », souligne un cadre en dermatologie, à propos des rapports entre équipes mobiles et services de soin. Il faut respecter les prérogatives professionnelles et celles du service, faire attention aussi à ne pas diviser l'équipe : « *Les infirmiers ont compris mais le chirurgien ou l'anesthésiste n'adhèrent pas forcément à ce que l'on préconise* » (Infirmière, EMG, CHU). Pour cela, il faut parfois accepter de renoncer à une partie du message, d'ailleurs « *on sait d'avance quelle reco va être suivie et quelle reco ne va pas l'être* » (Médecin gériatre, EMG, CHU).

Ces situations témoignent de la position inévitablement subordonnée et dépendante des professionnels des équipes mobiles. Certes, cette règle de « diplomatie » ne doit pas être interprétée comme

une simple contrainte, elle constitue aussi une ressource pour agir. L'acteur (ici le professionnel en équipe mobile) « pense dans les règles » pour agir de concert avec les autres. Ainsi, « *les règles sont des réducteurs d'incertitude, des réponses cognitives à l'interdépendance collective* » (Déchaux, 2010). Mais il existe des règles plus informelles, morales ou déontologiques, plus éprouvantes à suivre que d'autres, comme dans l'exemple du médecin mobile délesté de tout ou partie de sa mission de diagnostic ou de recommandation.

Le marchandage du lit d'hôpital

En pratique, les équipes mobiles sont souvent instrumentalisées par les services hospitaliers comme un moyen assez efficace pour faciliter la réorientation des patients. Dans un contexte de contrôle moral et de sélection médicale des patients (Roth, 1972), où de surcroît la réduction des durées de séjour est l'un des critères privilégiés de bonne gestion au sein des hôpitaux, l'appel à l'équipe mobile de soins palliatifs ou de gériatrie peut viser le transfert du patient vers un autre service de l'hôpital, une autre structure de soin, ou encore l'organisation du retour à domicile. Le service hospitalier utilise alors explicitement l'équipe mobile (et son réseau de partenaires) pour libérer un lit et déléguer le travail de « placement » du patient : « *Les demandes varient selon les services et vous n'empêchez jamais tel service de considérer notre intervention et notre appel comme étant uniquement, par exemple, une possibilité de se dégager ou de se décharger d'un patient qui n'a plus de raison de rester chez eux. (...) Le message c'est : " Bon, il n'a plus sa place chez nous et a priori vous êtes sans doute plus performants qu'une assistante sociale qui elle n'a pas le volet médical donc vous trouvez les solutions qu'elle n'a peut-être pas trouvées "* » (Médecin, EMSP). Cette demande sera d'autant plus facilement formulée et sera d'autant plus appuyée que l'équipe mobile est rattachée à une unité ou à un service classique (de gériatrie ou de soins palliatifs) avec lits.

Un peu partout, les EMG ont le sentiment que le service de soin fait appel à elles pour qu'elles le « débarrassent » de patients âgés, qui occupent un lit de spécialité alors qu'ils relèvent d'une « autre spécialité » : la gériatrie. Vus par les autres médecins, les gériatres ont plutôt une compétence médicale non spécifique, car commune avec d'autres spécialités (les internistes, les néphrologues...). Il en découle que l'EMG est demandée davantage pour une aide paramédicale et sociale que médicale : « *On fait appel à eux après avoir soigné la déshydratation et l'insuffisance rénale* » (Médecin en néphrologie,

CHU). Le point de vue gériatrique est différent : s'il est indispensable de transférer en gériatrie certains patients, le nombre de places est là aussi limité par rapport au nombre de cas. L'ensemble de la population hospitalisée vieillit et la démarche des équipes mobiles gériatriques vise à former les services à un minimum d'autonomie dans ce domaine.

C'est cependant une stratégie des équipes mobiles pour se faire accepter que d'aider à désencombrer les lits. Même dans les hôpitaux de périphérie, les services de soin ont des intérêts à la réorientation des patients. Le besoin d'expertise médicale gériatrique est évalué à moins de la moitié des interventions par les médecins rencontrés en hématologie et en pneumologie. L'équipe mobile est ainsi amenée à céder aux demandes des services afin de préserver de bonnes relations et maintenir des conditions favorables à la coopération future entre équipes. Ce faisant, elle vient aider les services confrontés à des contraintes de gestion de plus en plus fortes qui incitent constamment à la réduction des durées de séjour des patients. Elle participe ainsi à une « logique généralisée des échanges » de patients, définissant un marché à l'intérieur de l'hôpital (Camus et Dodier, 1997). Le transfert permet de diminuer la charge de soins du service d'origine pour un patient devenu trop lourd, tout en permettant à l'équipe mobile de développer son activité. C'est ce que souligne ce médecin de soins palliatifs qui, quelques années après avoir ouvert une équipe mobile, ouvre une unité avec des lits : « *Et du jour où on a eu des lits d'hospitalisation, à partir de ce moment-là, la demande de consultation (...) a explosé* ».

La lutte contre la discrimination du patient âgé

La réorientation du patient en service gériatrique, où les lits ne sont pas en nombre illimité, ne va pas de soi, et les collègues gériatres protestent, comme le montrent les formules du type : « *Ton malade, c'est pas un cadeau !* » ou « *EMG = emmène ma grand-mère* » (infirmière, EMG, CH2). Ces remarques acerbes rappellent que le sujet transféré peut se dégrader rapidement lors de son hospitalisation préalable en service non gériatrique. Des expressions indigènes plus crues encore témoignent de représentations péjoratives du grand âge, classiquement jugé « *morally repugnant* » par les premiers trieurs, *registration clerks* ou paramédicaux (Roth, 1972). Or les médecins ne sont pas seulement des relais indirects dans notre cas, ils rejettent eux-mêmes des patients suite à un jugement négatif. Certes, il existe une fonction cathartique du langage, *a fortiori* chez des professionnels sous pression, qui échangent de façon rude sur les patients. Mais les gériatres, notamment mobiles, n'hésitent pas à dénoncer un « racisme

antivieux », anti « pauvres » et anti « fous » chez leurs collègues. Ils nomment « âgisme » un préjugé répandu qui consiste à substituer l'âge de la personne à sa maladie, donc à nier la maladie des personnes âgées : « *Leur maladie ? C'est normal, ils sont vieux* ». Des propos durs, entre humour et cynisme, sont rapportés et dénoncés en entretien : « *Ils bouffent la moitié de leur couche* » ; « *Pour les anciens médecins, les vieux jouent au scrabble et mangent des crêpes* » (Médecin gériatre, EMG, CH2). De même, il faut cacher la misère : « *Personne n'a envie d'entendre que ce petit vieux, en plus, il vit avec des rats dans son salon* » (Médecin gériatre, EMG, CH2). Ce rejet est plus fréquent au CHU. Il existerait une tradition de rejet par intérêt : « *Beaucoup de services spécialisés ne sont pas intéressés par les sujets âgés* », d'autant que « *La T2A a aggravé le problème* » (Médecin gériatre, EMG, CH2), dans la mesure où les soins non techniques, plus nombreux en gériatrie et en soins palliatifs, ne peuvent pas être « valorisés » dans la T2A ou difficilement¹¹.

Quand un marchandage « *win-win* » s'avère impossible (Strauss, 1992), les « mobiles » sont conduits à présenter sous un jour favorable les patients pour « les placer » dans les services de soin. Il faut rassurer, « mettre dans une case » ces patients, autrement dit déployer une stratégie de redéfinition des représentations. Ainsi, ces malades ne sont-ils « pas si vieux » (pour une admission en réanimation) : « *On regarde l'âge et pas la physiologie (...). On leur dit : " Je t'assure, il faut que tu le voies "* » (Médecin gériatre, EMG, CHU). Autre stratégie, convenir au contraire qu'il n'est « plus tout neuf », mais faire miroiter qu'il n'est que de passage : « *On démène le truc en disant qu'il présente mal, mais il est déjà casé dans une structure ; alors là, toutes les portes s'ouvrent* » (Médecin gériatre, EMG, CH2). On peut aussi requalifier les termes, techniciser l'approche pour le présenter comme « *pas si fou* » : « *On dit que c'est une démence débutante, alors ils acceptent mieux* » (Médecin gériatre, EMG, CH2).

Au-delà du cas particulier du patient, c'est toute la filière gériatrique qu'il faut défendre, en légitimant la spécialité, notamment auprès de jeunes médecins. On met en avant les « recherches et travaux sur les problèmes neurodégénératifs ». On attire l'attention par l'exposé des moyens disponibles : « *Il y a création de lits en gériatrie...* » (Médecin gériatre, EMG, CHU). Dans ce contexte, les

(11) La T2A connaît des évolutions suite au fort mécontentement qu'elle a suscité, notamment en gériatrie et en soins palliatifs. Par ailleurs, les équipes mobiles ne relèvent pas directement de la T2A mais d'autres modalités de financement, les MIGACs (Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation).

EMG se font d'autant plus les ambassadeurs de la gériatrie : « *On est un peu la seule équipe mobile à faire connaître notre spécialité via l'EMG. Les autres sont déjà connus ou ont une intervention limitée. On commence à avoir une petite reconnaissance* » (Médecin gériatre, EMG, CHU).

Alliances « naturelles » et réseaux personnels

Les équipes mobiles disposent d'alliés « naturels » ou potentiels. Le médecin sédentaire voit d'un œil sourcilieux toute « aide » au diagnostic, sauf dans les situations où il n'a pas la possibilité de voir tous les patients du fait de leur nombre et de leur mobilité, comme aux urgences : les urgences sont ainsi le lieu le plus accueillant pour l'EMG que nous ayons suivi. C'est aussi le moins spécialisé des services sédentaires, sans consultation sur rendez-vous. Heureusement pour les EMG, il existe aussi des contextes plus favorables à la complémentarité des compétences (comme avec la dermatologie, partenaire du projet gériatrique du CHU visité), ou de convergences d'intérêt. C'est le cas avec les internes, souvent favorables à des conseils utiles pour leur formation professionnelle, ou avec les assistantes sociales, qui peuvent leur signaler des sorties indues de malades.

Surtout, les infirmières sédentaires ont des attentes non satisfaites. Il existe un fort souci gériatrique chez les soignants sédentaires : « *Une grande part de la prise en charge est le fait des infirmières et des aides-soignantes, elles sont beaucoup plus à même d'évaluer la douleur, de prévenir les escarres* » (Médecin en néphrologie, CHU). Il y a un intérêt paramédical spécifique, par exemple les formations organisées par les EMG au CHU sont très appréciées en dermatologie¹². On ressent chez les soignants de l'amertume de ne pas être assez informés, notamment de la venue de l'EMG, même s'ils veulent garder le contrôle du périmètre de leur travail en évitant les tâches supplémentaires. Ils sont préoccupés par une reconnaissance insuffisante de leur potentiel professionnel : « *Les équipes soignantes ont toujours un problème de reconnaissance, toujours !* » (Cadre en dermatologie).

(12) En 2019, l'intervention en dermatologie s'est affaïssée, au profit du service de neurologie. Selon les acteurs du CHU, c'est « *personne dépendant* » : tout dépend de l'assistance des chefs de service ou des internes aux formations proposées par les EMG, occasions trop rares car on ne saurait « *former tout l'hôpital tous les six mois* » (Médecin responsable des EMG au CHU).

En soins palliatifs, la frustration des infirmières et aides-soignantes des services curatifs sédentaires renvoie à l'absence de disponibilité, liée, dans de nombreux services, à un faible ratio soignants-soignés pour accompagner le malade dont la situation s'aggrave, ce qui est particulièrement mal vécu par les soignantes. Les soins palliatifs sont ainsi souvent associés à l'idéal d'une mort sans douleur, confortable, apaisée et entourée (Castra, 2003a), qui contraste souvent avec les conditions de la fin de vie hospitalière. Le travail des infirmières en équipe mobile consiste alors à donner des conseils utiles, concrets et adaptés aux ressources locales pour une fin de vie meilleure.

Un déficit d'alliance avec les paramédicaux sédentaires se fait particulièrement sentir : alors que les paramédicaux mobiles font un apprentissage enrichissant de nature à attirer des paramédicaux sédentaires demandeurs de synergies collectives au service du patient et de l'institution¹³, le renfort de ces derniers est empêché par le double poids de la charge de travail et des prérogatives médicales. Sensibilisées à la question du confort du patient âgé ou en phase palliative, les infirmières rencontrées manquent d'informations sur les équipes mobiles et les discussions sont rares : « *Il n'y a pas un contact plus que ça* » (Infirmière en néphrologie) ; « *Non, pas d'échanges avec nous* » (Infirmière en endocrinologie). Et pour cause : elles n'ont pas l'initiative de faire appel à leurs collègues infirmières des équipes mobiles¹⁴, contrairement par exemple aux experts diététiciens, qu'elles peuvent solliciter. La logique du *care* pèse moins que la logique du *cure*.

Le périmètre d'intervention de l'équipe mobile est donc largement dépendant du réseau informel entre médecins et notamment de celui du médecin responsable, disposant d'une reconnaissance relative à sa spécialité d'origine ou aux « camarades de promotion » au sein de l'établissement hospitalier¹⁵. Dans certains cas, le recours à l'équipe mobile est moins lié à une demande de prestation spécialisée qu'au degré de connivence avec les médecins mobiles. Lors des tournées avec les équipes mobiles, les médecins en gériatrie ou en soins palliatifs

(13) Certains infirmiers élargissent leurs horizons et leurs compétences en participant aux projets transversaux (Sainsaulieu, 2012 ; Longchamp *et al.*, 2018).

(14) Depuis peu, les infirmières des services peuvent les solliciter sans l'aval d'un médecin dans quelques rares équipes mobiles de soins palliatifs.

(15) C'est ce que nous avons notamment observé pour les médecins qui avaient effectué leurs études dans la ville où ils continuaient à exercer.

évoquent spontanément leurs liens avec les médecins des services à visiter. Un médecin en EMSP évoque par exemple des passages systématiques certains jours de la semaine dans les services où il existe une réelle confiance et une proximité avec le médecin responsable de service : « *On n'attend pas forcément qu'il y ait une demande (...). On y va et on fait le tour des services en demandant s'ils ont besoin de nous, tout simplement* ». Un autre médecin d'EMSP exerçant une activité en tant qu'interniste de diabétologie-endocrinologie au sein du même hôpital, bénéficiait d'une réelle notoriété professionnelle. Responsable de l'unité de soins palliatifs à laquelle était rattachée cette équipe mobile, ce professeur de médecine (enseignant en faculté) disposait également d'une implantation ancienne (« *Je suis connu dans cet établissement* »). De même, le médecin chef de la gériatrie au CHU a fait l'essentiel de sa carrière dans cet hôpital et bénéficiait d'une position au sein de la Commission médicale d'établissement (CME) lui permettant de trouver des appuis.

Ce réseau informel de relations au sein de l'hôpital, lui-même en lien avec des positions légitimes, peut amoindrir la prégnance des hiérarchies hospitalières et des intérêts particuliers. Ainsi, des constellations d'alliances se forment entre équipes mobiles et services « favorables » (urgences, dermatologie, urologie...), contre des agrégats de service au contraire « défavorables », indifférents ou hostiles au rôle des équipes mobiles, dans lesquels absence de réseaux, hiérarchie symbolique et fossé cognitif se conjuguent (cardiologie, neurologie, réanimation...). Un médecin mobile (EMSP) évoque ainsi une collaboration particulièrement réussie avec le service de pneumologie de l'hôpital : « *Moi j'avoue que cette expérience-là me conforte dans le fait qu'il y a vraiment un échange qui se produit avec les autres services, il y a un enrichissement mutuel aussi et il en reste quelque chose, il en reste une trace qui est palpable (...). On a beaucoup réfléchi, par exemple avec cette équipe sur les techniques d'aspiration pour les encombrements de fin de vie (...) ou à la dyspnée de fin de vie. Finalement, c'est avec eux qu'on a pu établir des protocoles. Ce n'était pas uniquement un protocole qu'on avait imposé, c'est quelque chose qui venait, disons, d'un juste équilibre entre deux pratiques, donc il y a eu des échanges* ». Ce type de coopération privilégiée, ayant permis d'établir des standards de pratiques autour de certains symptômes difficiles, n'est apparue qu'au terme d'un apprentissage collectif régulier, qu'après une période plus ou moins longue de transformation culturelle (Alter, 1998).

Toutes mobiles qu'elles soient, ces équipes rentrent donc dans une structure organisationnelle, non seulement comme têtes de pont de leur discipline, mais aussi au cœur d'un système d'alliances et de réseaux

changeant, où l'utilité du service proposé (les « reco », le placement des malades. . .) importe tout autant que le contexte socio-organisationnel dans lequel il s'inscrit.

Conclusion

La promesse de coopération transversale portée par les équipes mobiles se heurte à des logiques de territoires, à une hiérarchie symbolique et un fossé cognitif ancrés dans une stricte division sociale, morale et organisationnelle du travail. De ce fait, leur intervention est souvent perçue comme une ingérence et la coopération transversale fortement inégale selon les services.

Elle fonctionne mieux entre acteurs de même niveau hiérarchique et il est plus aisé de développer des relations d'interconnaissance au sein de petites structures moins hiérarchisées. Dans la grande organisation (le CHU), où l'enjeu transversal est d'autant plus fort que les structures sont plus nombreuses, une logique de contournement ou d'adaptation se déploie. Il s'agit d'une stratégie coûteuse, du fait de l'énergie et de l'inventivité déployées dans les tractations. Elle est multiple et hasardeuse, au gré des réseaux, des alliances, des interfaces et des besoins particuliers. Elle ressort à la fois en tant que telle de la loyauté (autolimitation du rôle, marchandage), de la protestation (lutte contre l'âgisme, l'instrumentalisation) et de la défection (sortie de l'équipe mobile et retour au service d'attache) (Hirschman, 1970).

Les résistances des sédentaires aux mobiles posent la question de la coresponsabilité médicale, voire paramédicale, du patient. D'elle semble dépendre le consentement des médecins à intégrer davantage la dimension cognitive d'autrui (soit la dimension palliative et gériatrique pour les uns et la spécificité médicale pour les autres), ainsi que la mise à plat des différences hiérarchiques symboliques.

Pourquoi le partage professionnel du patient est-il si difficile ? La dimension juridique (la responsabilité médico-légale du patient) n'empêche pas toute collaboration médicale, si fréquente par exemple au sein du *staff* médical d'un même service. Par contre, l'équipe mobile se heurte à une logique professionnelle de contrôle du territoire et donc du traitement du patient. Si la dimension de l'intérêt moral du patient, nécessitant une coopération collective, ne prévaut pas davantage, c'est sans doute parce qu'elle n'est pas réservée aux mobiles : la relation clinique entre le médecin et son patient est également fondée sur une éthique, une confiance. Le double déficit de contrôle territorial du patient et de légitimité disciplinaire n'est donc pas toujours compensé par une force d'argumentation éthique, tandis que les mobiles ne

misent pas sur un partenariat stratégique avec les paramédicaux sédentaires. Ils restent, de ce fait, dans une constellation d'alliances changeantes et de stratégies aléatoires.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

Références non citées

Sainsaulieu et al., 2013^{Q1}.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abbott A., 1988. *The system of professions*. Chicago, University of Chicago Press.
- Abbott A., 2016. Les choses des frontières. In Demazière D., Jouvenet M. (eds) *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago (1)*. Paris, EHESS, coll. « En temps et lieux », 119-144.
- Acker F., 2009. Le travail de confort. *Pratiques ou les Cahiers de la médecine utopique* 45, 63-66.
- Alter N., 1998. Action, culture et logiques d'innovation. *Sciences Sociales et Santé* 16 (1), 123-133. [<https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1421>].
- Barlet B., 2015. *Les médecins du travail face aux problèmes de santé mentale au travail*. Thèse de doctorat de sociologie, Université de Nanterre.
- Baszanger I., 1995. Douleur et médecine. La fin d'un oubli. Paris, Seuil.
- Bergeron H., Castel P., 2010. Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du travail* 52 (4), 441-460. [<https://www.sciencedirect.com/journal/sociologie-du-travail/vol/52/issue/4>].
- Camus A., Dodier N., 1997. L'hospitalité de l'hôpital : l'accueil et le tri des patients aux urgences médicales. *Communications* 65, 109-119. [<https://doi.org/10.3406/comm.1997.1992>].
- Castel P., 2005. Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Revue française de sociologie* 46 (3), 443-467. [<https://doi.org/10.3917/rfs.463.0443>].
- Castra M., 2003. *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*. Paris, Presses universitaires de France.

- Castra M., 2003. Entre logique palliative et logique curative : les équipes mobiles de soins palliatifs à l'hôpital. In Cresson G., Drulhe M., Schweyer F.-X. (eds) *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*. Rennes, Editions de l'ENSP.
- Castra M., 2007. Les équipes mobiles de soins palliatifs, entre expertise et entreprise morale. *Sociologie Santé* 27, 115-129. [<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00280899>].
- Castra M., Schepens F., 2015. Devenir professionnel en soins palliatifs. Bifurcations professionnelles, apprentissages et recompositions identitaires. *Travail et emploi* 141, 53-69. [<https://doi.org/10.4000/travailemploi.6577>].
- Clément S., Mantovani J., Rolland C., 2005. Réseau de soin ou réseau de santé : les perspectives « géronto-gériatriques » révélées par les Unités mobiles hospitalières. *Sociologies pratiques* 11(2), 57-72. [<https://doi:10.3917/sopr.011.0057>].
- Clot Y., 2005. Le développement du collectif entre l'individu et l'organisation du travail. In Teulier R., Lorino P. (eds) *Entre connaissance et organisation : l'action collective*. Paris, La Découverte, 187-199.
- Cresson G., Drulhe M., Schweyer F.-X. (eds) 2003. *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*. Rennes, Editions de l'ENSP.
- Déchaux J.-H., 2010. Agir en situation : effets de disposition et effets de cadrage. *Revue française de sociologie* 51(4), 720-746. [<https://doi.org/10.3917/rfs.514.0720>].
- Dehousse R., 2005. La méthode de coordination ouverte. Quand l'instrument tient lieu de politique. In Lascoumes P., Le Galès P. (eds) *Gouverner par les instruments*. Paris, Presses de Sciences Po, 351-366.
- Demay L., Dembinski O., Deschamp-Le Roux C., 2014. *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité*. Montrouge, John Libbey Eurotext.
- Jouvenet, Demazière D., Jouvenet M. (eds) 2016. *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago (1)*. Paris, EHESS, coll. « En temps et lieux ».
- Dubar C., Tripier P., 1999. *Sociologie des professions*. Paris, Armand Colin.
- Dubois M., Lorthiois J., Mansour S., Fleury M., Ballouche N., Blanc P., et al., 2008. Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ?

- Gérontologie et société* 31(126/3), 91-103. [<https://doi.org/10.3917/g.126.0091>].
- Dupuy F., 2011. *Lost in management*. Paris, Seuil.
- Foley R.-A., 2010. Du curatif au palliatif. Confrontation et renouvellement des pratiques hospitalières face à la fin de vie. *Revue internationale de soins palliatifs* 25(1), 30-36. [<https://doi.org/10.3917/inka.101.0030>].
- Freidson E., 1984. *La profession médicale*. Paris, Payot.
- Halpern S.A., 1992. Dynamics of professional control: Internal coalitions and cross-professional boundaries. *American Journal of Sociology* 97 (4), 994-1021.
- Hirschman A., 1970. Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Hughes E., 1958. *Men and their work*. Glencoe, The Free Press.
- Hughes E., 1996. *Le regard sociologique*. Paris, Editions de l'EHESS.
- Jaisson M., 2002. La mort aurait-elle mauvais genre ? *Actes de la recherche en sciences sociales* 143(1), 44-52. [<https://doi.org/10.3917/arss.143.0044>].
- Juven P.-A., 2016. Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public. Paris, Presses universitaires de France.
- Legrand E., 2012. Servir sans guérir. Médecine palliative en équipe mobile. Paris, Editions de l'EHESS.
- Longchamp P., Toffel K., Bühlmann F., Tawfik A., 2018, L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande. *Revue française de sociologie* 59(2), 219-258. [<https://doi.org/10.3917/rfs.592.0219>].
- Louvel S., 2015. Ce que l'interdisciplinarité fait aux disciplines. Une enquête sur la nano-médecine en France et en Californie. *Revue française de sociologie* 56(1), 75-103. [<https://doi.org/10.3917/rfs.561.0075>].
- Mathieu-Fritz A., Esterle L., 2013. Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches. *Revue française de sociologie* 54(2), 303-329. [<https://doi.org/10.3917/rfs.542.0303>].
- Mino J.-C., 2007. Entre urgence et accompagnement : les équipes mobiles de soins palliatifs. *Sciences sociales et santé* 25(1), 63-91. [<https://doi.org/10.3917/sss.251.0063>].

- Pinell P., 2005. Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de la recherche en sciences sociales* 156-157, 4-36. [<https://doi.org/10.3917/arss.156.0004>].
- Ridel D., 2019. A quoi servent les aides-soignants aux urgences ? Université de Lille, Séminaire du Clersé 24-1.
- Robelet M., Serré M., Bourgueil Y., 2005. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, *Revue française des affaires sociales* 1, 233-260. [<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200501-art12.pdf>].
- Roth J.A., 1972. Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele: The case of the hospital emergency service. *American Journal of Sociology* 77 (5), 839-856.
- Sainsaulieu I., 2007. *L'hôpital et ses acteurs. Entre appartenances et égalité*. Paris, Belin, coll. « Recherches sociologiques ».
- Sainsaulieu I., 2011. Modernisation et gouvernance de l'hôpital : principes, pratiques et effets. *Traité EM/Consulte. Savoir et soins infirmiers*. [[http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0000-0000\(11\)54076-8](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0000-0000(11)54076-8)].
- Sainsaulieu I., 2012. La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ? *Revue française de sociologie* 53(3), 461-492. [<https://doi.org/10.3917/rfs.533.0461>].
- Sainsaulieu R., Francfort I., Osty F., Uhalde M., 2013. *Les mondes sociaux de l'entreprise*. Paris, La Découverte.
- Strauss A., 1992. *La trame de la négociation - Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, L'Harmattan.
- Strauss A.L., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C., 1997 [1985]. *Social organization of medical work*. New Brunswick and London, Transaction Publishers.
- Terssac G. de, Friedberg E. (eds) 2013. *Coopération et conception*. Toulouse, Octares.
- Vega A., 2012. La mort, l'oubli et les plaisirs. Les cheminements des patientes dans le cancer du sein. *Anthropologie et Santé* (4). [<https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.861>].
- Young A., 1989. There is no such thing as geriatric medicine, and it's here to stay. *The Lancet* 334 (8657), 263-265.

ABSTRACT

Intervening in other professional territories in hospital. Geriatrics and palliative care mobile teams confronted by “sedentary” services

The experience of intra-hospital geriatrics and palliative care mobile teams is an opportunity to examine the conditions of possibility for an organization promoting collaboration between professions, services, and disciplines. Mobile teams, investigated using qualitative methods (semi-structured interviews and observations), present advantages in this respect: they attract volunteers with strong ethical convictions that complement each other. Nevertheless, they come up against a hospital organization based on specialized medicine preoccupied by its prerogatives and borders, in particular in teaching hospitals (CHUs). Mobile teams have difficulty being accepted and endure professional dissatisfaction, even moral exhaustion, in particular among practitioners. To gain acceptance, teams invent diplomatic ways that mix self-restraint, bargaining, fighting against ageism, and the activation of personal networks.

Key words: *mobile teams, hospital, palliative care, geriatrics, professional territory.*

Question à l'auteur

Merci de bien vouloir répondre directement dans le texte à l'emplacement concerné aux différentes questions et/ou remarques listées ci-dessous.

Q1 Merci d'ajouter l'appel de la référence [Sainsaulieu et al., 2013] dans le corps du texte.

UNCORRECTED PROOF