

Pratiques soignantes en mutation : de la lutte contre la maladie à la collaboration avec le patient

Éliane Rothier Bautzer

Nous assistons à une mutation des pratiques soignantes liée notamment aux impératifs de la prise en charge de maladies chroniques. Dans cet article, nous analysons les enjeux des nouvelles configurations des pratiques soignantes. Celles-ci s'organisent peu à peu autour de projets « communs » regroupant les soignants, les acteurs para-médicaux et les patients eux-mêmes. Nous montrons conjointement l'inadaptation de la formation des soignants qui demeure imprégnée du modèle positiviste incapable de considérer le patient comme un « sujet » de sa guérison.

Mots clés : formation professionnelle, soin, raison pratique.

La crise que vivent aujourd'hui les professions soignantes est en partie liée au modèle d'analyse qui a fait leur force et leur efficacité tout au long du vingtième siècle. Paradoxalement, plus ce système s'est avéré efficace à prolonger la durée de vie, plus il est confronté à de nouvelles pathologies qu'il ne peut « traiter » avec les mêmes approches. En effet, les pratiques soignantes peuvent de moins en moins se limiter à « lutter » contre une maladie donnée (1) en traitant le patient en « objet », et en le morcelant. À l'ère des maladies chroniques en général et du SIDA en particulier, les démarches des soignants sont amenées à évoluer en s'éloignant du modèle de prescription forte sur lequel se fondaient les relations asymétriques entre soignants et patients. Le

traitement des pathologies chroniques implique une écoute de la personne souffrante, la prise en compte de son histoire, de son mode de vie. Le patient est ainsi amené à devenir membre actif du processus de soin. Cette intégration progressive bouleverse tous les acteurs impliqués dans le soin, tant les patients que les soignants. Nous assistons à une mutation des pratiques qui s'avère d'autant plus délicate à réaliser que l'organisation des soins, la formation des médecins et des soignants, restent rivés à un modèle moderne et positiviste de la médecine et du soin qui exproprie le corps propre. Nous présenterons ici une analyse de ces pratiques soignantes en mutation.

Notre approche s'inscrit dans le paradigme de l'action située. Elle relève d'une entrée ethnographique qui privilégie la démarche développée par les approches fondatrices d'Erving Goffman. À ce titre, elle s'inspire d'un ensemble de parti pris que nous résumons ici : d'une part, les conditions d'une organisation, d'une coordination du travail, et donc de réalisation des pratiques professionnelles ne sont pas totalement déterminées à l'avance. Elles demandent à être spécifiées, *in situ* et localement par des opérations d'agents engagés dans l'accomplissement d'une activité. D'autre part, les objets font « faire des choses » et assurent un travail social, ils contribuent à la construction de la trame qui « maintient » la pratique dans un cadre. Enfin, ces perspectives variées et évo-

lutives sur un même objet sont articulées et contraintes par les structures plus générales de l'organisation sociale et par les tâches correspondant à l'accomplissement collaboratif de l'action coordonnée, à l'intérieur de laquelle elles sont insérées. La pratique professionnelle se déroule donc dans un contexte et repose à la fois sur le cadre local et perceptif dans lequel elle se déploie, sur l'espace de parole lui-même auquel les participants se réfèrent au cours d'un échange et sur les éléments de l'environnement institutionnel et historique qui servent d'arrière-plan à cette pratique. **L'analyse des pratiques implique une démarche transversale qui considère les processus d'intrication de ces deux niveaux. Nous résumons notre démarche dans le tableau suivant :**

Dimensions analysées	Le cadre local et perceptif de la pratique	Le cadre socio-historique de la pratique
Angles d'approche des pratiques soignantes	Modalités de cadrage <i>in situ</i> de la pratique soignante – Identification des routines – Mise en évidence des éléments saillants	Modalités de négociation des nouveaux modes de coopération – Identification des enjeux organisationnels. – Mise en évidence des attentes d'arrière-plan
Corpus méthodologique	– Traces écrites de la pratique soignante. – Documents filmés de réunions de services. – Observation des visites du matin	– Sources documentaires – Entretiens semi-directifs

Dans notre recherche sur les équipes soignantes, nous avons pu mettre en évidence la composante dramaturgique (au sens de Goffman (2)) des pratiques soignantes. L'approche ethnographique nous a permis d'identifier les éléments permettant de typifier les modes de cadrages dominants de la pratique étudiée (le soin infirmier), les routines mises en œuvre par les acteurs et actants (3) en présence. Nous avons relevé que les éléments « saillants (4) » qui caractérisent ces pratiques sont liés aux pathologies chroniques ou à la chronicisation de pathologies aiguës. Nous avons ainsi analysé la routine dominante qui caractérise ces pratiques : elle repose sur l'identification de la pathologie et l'intervention face aux soins aigus.

La méthodologie pour analyser ces pratiques est basée sur plusieurs sources qui visent à considérer les deux niveaux cités au dessus : d'une part le cadre local et perceptif dans lequel la pratique se déploie, ainsi que l'espace de parole lui-même auquel les participants se réfèrent au

cours d'un échange, et d'autre part les éléments de l'environnement institutionnel, organisationnel et historique qui servent d'arrière-plan à cette pratique. Notre corpus est donc constitué par :

- la réalisation d'entretiens semi-directifs avec cinquante-cinq infirmiers en cours de formation au sein des Instituts de Formation de Cadres de Santé en France (région parisienne, province) et au sein de filières universitaires de recherches en soin, gestion des soins et santé mentale (licence et maîtrise) ;

- six enregistrements de réunions de service dans des unités de soin hospitalières (services de médecine et de réanimation). Nous avons également participé aux visites du matin dans les mêmes services (5) et nous avons relevé les traces écrites des pratiques infirmières produites par ces services (tableaux de bords, plannings, dossiers de soins, transmissions ciblées et plans de soin guide). Enfin, nous avons mené une phase de recherche documentaire au sein de filières uni-

versitaires de recherches en soin, gestion des soins et santé mentale au cours de laquelle nous avons analysé des revues professionnelles, des mémoires de recherche sur les soins infirmiers et sur la formation des infirmiers, les programmes de formations et des textes législatifs.

Dans un premier temps, nous nous sommes attachée à caractériser les éléments qui ont forgé historiquement les pratiques soignantes en mettant en évidence le rôle joué par la formation professionnalisante dans la mise à distance croissante des pratiques de terrain lors de la formation. Dans un second temps, nous montrons le rôle des pathologies chroniques dans le bouleversement actuel de ces pratiques, bouleversement qui affecte tous les soignants dans leur relation au patient et dans leurs relations inter-professionnelles. Nous concluons en relevant trois différentes trajectoires possibles pour la reconfiguration des pratiques soignantes en mutation, pratiques centrées sur les personnes et non plus exclusivement sur leurs pathologies.

LES PRATIQUES SOIGNANTES COMME PRATIQUES « MODERNES »

Nous nous proposons de mettre ici en évidence l'arrière-plan qui fonde les pratiques soignantes.

La formation des soignants professionnels basée sur la mise à distance des pratiques de terrain

L'analyse des formations professionnelles des soignants apporte un éclairage essentiel à la compréhension des pratiques soignantes ; elle dévoile combien ces professions se sont constituées par la mise à distance progressive et régulièrement accrue de la raison pratique. Cette conception moderne assimile la pratique à la technique, à l'application des théories qui fondent la profession médicale.

Le métier d'infirmier a connu une première mutation qui a privilégié des stratégies de professionnalisation proches de celles qui caractérisent l'idéal-type médical (Freidson, 1984 ; Aïch, Fassin, 1994). En effet, la formation des infirmiers qui était orale et empirique est passée peu à peu par l'écriture et la théorisation. Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, on a assisté à la naissance

d'une infirmière « moderne » dont l'expertise dans l'exercice de la fonction n'est plus liée à sa « nature féminine » ou ses convictions religieuses mais à sa formation diplômante. Ce diplôme est censé être garant d'une formation scientifique formelle qui a fait défaut aux générations antérieures. Le soin infirmier laïque et moderne, sanctionné par un diplôme d'État à partir de 1951, est un soin délégué par les médecins. En effet, ce sont eux qui ont pris conscience au début du vingtième siècle de la nécessité de former des infirmiers pour occuper auprès d'eux des fonctions d'auxiliaires. Ce sont eux qui enseignent aux infirmiers dès 1907 dans les premières écoles. Ainsi, peu à peu, l'exercice de la fonction infirmière s'inscrit dans la rationalité moderne et elle est liée à son expression dans l'univers médical. L'infirmière moderne fonde donc son identité dans la modernité dans un rapport de complémentarité et de soumission au médecin. Ce dernier est un professionnel depuis 1892, date à partir de laquelle il a le monopole de traitement de la maladie (Zarifian, 1999 : 69).

En se professionnalisant, le médecin a vu progressivement l'avancement de son savoir provenir des centres de recherche (biologie, génétique...) et des laboratoires.

Ce mouvement consacre un mode de production des connaissances qui renverse celui qui prévalait dans l'artisanat où les pairs transmettaient leurs savoirs. Ainsi, dans la formation infirmière tout comme dans la formation médicale, la clinique traditionnelle cède le pas à une démarche scientifique qui s'est imposée au début du XX^e siècle. À la compartimentation des métiers se substituent des hiérarchies de formation et d'emploi. **Ce processus de mise à distance des savoirs mis en œuvre dans l'action est censé promettre des soins de qualité par opposition à des pratiques de soins installées dans la routine traditionnelle.** Il accorde une place prépondérante à un dispositif de formation dont la mise à distance des pratiques s'avère un des éléments-clés. En ce qui concerne les médecins, le passage par l'Université en est le signe. Dans la formation des infirmiers l'augmentation des heures de théorie et la transformation du travail en « stage de formation » ont modifié peu à peu l'articulation de la formation et de la pratique. Plus d'un demi-siècle sera nécessaire pour éloigner peu à peu la formation des contraintes du travail hospitalier.

Le soin infirmier s'est ainsi développé dans un rapport de dépendance vis-à-vis de la médecine, l'identité de l'infirmière moderne (6) dans un rapport de dépendance vis-à-vis de l'identité médicale. Depuis 1972, on assiste à une mise à distance progressive des médecins et des contenus de formation fondés sur les disciplines fondatrices de la médecine au profit d'un enseignement véhiculé par le groupe professionnel infirmier et reposant sur des « théories de soins infirmiers ». Ces théories de soins qui se sont développées dans les années 1950 (V. Henderson, 1955) ont été empruntées surtout aux anglo-saxons. Elles sont inscrites dans le cadre objectivant d'une modernité qui ne questionne pas les limites de son modèle lorsqu'il s'attache à la raison pratique du soignant et à cette indispensable faculté de jugement et d'action en contexte que nécessite le soin.

En effet, cette étape qui consacre une mutation dans la conception et la forme des soins donnés aux patients appartient à une phase de l'histoire de la science, celle de la modernité. Or, cette étape, qui a fait les heures de gloires de la médecine (Tubiana, 1995), est fondée sur la mutation de la pratique en technique. Comme l'a montré Gadamer (1998), la science a rendu possible cette technique qui est un savoir orienté vers un « pouvoir faire », une maîtrise savante de la nature. Le savoir de la science rend ainsi possible un rapport à la pratique d'un genre spécifiquement nouveau et qui est celui de l'application constructive. Les stages « pratiques » que comportent la formation des soignants visent explicitement « l'application des savoirs théoriques enseignés à l'Université et dans les écoles ». Or, cette technique scientifique est à distinguer du concept grec de *techne* qui ne désigne pas l'application pratique d'un savoir théorique mais une forme propre au savoir pratique, un art (Hippocrate, 1999 : 17). La formation moderne consiste à mettre à l'écart cet « art » qui fonde la « raison pratique ». Depuis le XVIII^e siècle, on nommait ainsi ce à quoi les grecs avaient donné le nom de *praktike* et celui de *phronesis*, c'est-à-dire à cette vigilance propre à la situation dans laquelle diagnostic, traitement, dialogue, et collaboration du patient se fondent (Gadamer, 1998). Les acteurs font reconnaître leur « profession » par cette mise à l'écart de la « raison pratique ». **Dans quelle mesure ce processus questionne-t-il la qualité de l'exercice professionnel et la compétence**

du « formé » ? Sur quelles ressources les soignants s'appuient-ils au moment d'exercer leur activité, à savoir leur raison pratique ?

Le modèle médical qui fonctionne comme idéal-type pour les autres professions de santé repose sur le langage scientifique de la médecine moderne, celui de la science positiviste. L'« objet » du soin est la maladie des patients (Goffman, 1968 : 396). La guérison du patient est la destruction de sa maladie. Pour le patient, c'est le médecin qui procède à cette élimination. C'est quasiment « l'œuvre », la « fabrication » du médecin. Ce dernier lutte contre la maladie qu'il objective et qu'il cherche à maîtriser ; « *le plus souvent, la maladie diagnostiquée, voire l'organe malade, sert à vous définir. Vous n'êtes plus une personne mais un objet. Vous perdez alors votre identité. L'hôpital public est le lieu par excellence de cette transformation* ». (Zarifian, 1999 : 17). Comme le souligne également Good (1998), « *la personne, le sujet souffrant, est désignée comme lieu de la maladie plus qu'agent de sa narration* ».

La pratique du médecin moderne est basée sur l'application directe à la clinique de soin de la démarche scientifique qui vise à identifier la pathologie. Rien ne doit s'interposer dans ce modèle entre les soignants et la pathologie. Même pas le patient. Il doit laisser « libre accès » à cette guerre que le médecin livre en son sein. Ce modèle « guerrier » de la pratique soignante est lié à une conception de la science, de la médecine et du soin véhiculée lors de la formation. Cette pratique permet des interventions techniques pour des problèmes médicaux aigus. L'efficacité et le pouvoir sur les états de crise fondent progressivement cette première identité professionnelle centrée sur des pratiques rapidement efficaces, basées sur le contrôle rapide de la situation (Assal, 1995). Le soignant a su ainsi traiter l'urgence de la pathologie, mais peu le patient. Ce dernier (7) est amené à se soumettre au pouvoir escompté du médecin sur sa maladie. Il s'en « remet » au médecin qui se saisit de l'asymétrie de la relation. Dans ce cadre, la relation au patient se décline sur le modèle de la prescription forte. Face au professionnel qui « sait », la passivité et la soumission du patient s'avèrent même être des éléments qui rendent possible sa guérison dans la mesure où elles n'augmentent pas la charge de travail tant physique que psychique des équipes soignantes (Véga, 2000 ; Good, 1998). Les soignants interviewés ont choisi dans

une grande majorité, lorsqu'ils ont commencé à travailler, des unités de réanimation, valorisées en ce qu'elles représentent l'univers technique et donc « performant » et le patient « silencieux » par excellence. Au sein de l'hôpital, organisation bureaucratique caractérisée par des systèmes permanents de négociations entre professionnels et entre services qui visent à gérer les aléas engendrés par les trajectoires des patients, le patient qui souffre, qui demande des explications, qui sollicite les soignants trop souvent, est nommé le « mauvais patient ». C'est celui qui, aujourd'hui, envoie un « questionnaire de sortie plaintif à la direction » comme le soulignent plusieurs cadres interviewés.

Des pratiques de soin insérées dans un contexte d'ordre « négocié »

Comme l'ont montré les approches fondatrices d'Erving Goffman, l'hôpital est ce lieu d'ordre négocié où les pratiques professionnelles sont basées sur la coopération et la collaboration perpétuelles dans un service et entre services. Les négociations, indispensables à la vie de l'institution, sont néanmoins plus ou moins réussies (Dodier et Camus 1997 ; Véga, 2000 ; Peneff, 1991 ; Strauss, 1992 ; Lacoste et Grosjean, 1999). C'est à cet équilibre précaire que participent à leur manière le patient et sa pathologie. Les règles tacites qui nourrissent les arrangements locaux dans les unités de soins s'appuient sur une culture du soin qui fonde l'activité des soignants. Cependant, dans quelle mesure les pratiques professionnelles des médecins et des soignants reposent-elles sur un langage partagé ?

Si la maladie apparaît objectivable, le soin ne l'est point. La maladie, dans son expression, engendre une rupture dans l'équilibre relatif atteint par une personne à un moment donné de son histoire de vie. La médecine moderne s'attache à rétablir un équilibre en objectivant la maladie à un moment donné. Qu'en est-il du soin au patient ?

L'analyse située des pratiques soignantes, notamment l'étude des interactions langagières lors des réunions de services que nous avons filmées et les visites du matin auxquelles nous avons pu assister, montre comment la personne du patient est « effacée » au profit de l'objectivation de sa pathologie. Souvent, on le définit par son organe malade ou sa pathologie. Les propos

qui émergent au sujet du vécu du patient, de sa famille, qu'ils soient émis par des infirmiers ou des médecins, ne sont pas « traités ». Ces propos sont « d'un autre ordre », ils font l'objet de commentaires plus ou moins libres mais demeurent en marge de la routine et ne l'affectent pas. Ils apparaissent comme des « distractions » (Goffman, 1991) face à la pratique principale qui consiste à mettre en œuvre des actions centrées sur la pathologie. Le travail d'analyse des traces écrites des pratiques soignantes formalisées dans les dossiers médicaux et le dossier « du patient » conforte largement ce premier élément ; le patient en tant que personne apparaît très peu. Les termes employés traitent des pathologies et des actions localisées à mettre en œuvre, prescrites par le corps médical sous forme d'injonction d'actes curatifs ou de prélèvements et investigations radiologiques supplémentaires. Les catégories parfois rajoutées par le corps infirmier concernant la prise en charge de la famille, par exemple, ne sont que très rarement renseignées par les soignants. Les écrits témoignent essentiellement des prescriptions médicales et de leur réalisation régulière par les soignants.

Il semblerait donc, à première vue, que ces pratiques reposent sur un langage partagé entre médecins, gestionnaires et infirmières.

Cependant, les infirmières avec les aides soignantes sont plus souvent et plus directement confrontées au patient en tant que personne malade. Elles ont été amenées à revendiquer un rôle particulier auprès du patient. Ce rôle « propre (8) » aux infirmières serait de nature relationnelle et centré sur le patient et pallierait en quelque sorte un « manque à soigner » de la personne lié au modèle médical. Progressivement, le rôle propre infirmier est enseigné dans les Instituts de formation. Il concerne en partie les soins de « nursing », la toilette, des soins où l'infirmier est confronté à la personne du patient, à son corps, à ses souffrances. Le rôle propre est paradoxalement celui qui confronte le soignant avec la saleté, le pousse à toucher le corps lésé davantage encore qu'il ne le ferait pour des soins curatifs localisés. Or, cette dimension du rôle propre, peu valorisée dans le contexte hospitalier, est souvent en fait déléguée aux aides soignantes. Un certain nombre d'outils de formalisation des pratiques infirmières ont été conçus (Acker, 1997). Pourtant, malgré le dossier de soin infirmier (9) introduit dans la formation en 1972,

le diagnostic infirmier (10) et les transmissions ciblées (11), le soin infirmier reste formalisé à l'hôpital en relation avec le soin médical centré sur les pathologies. En témoigne l'analyse des dossiers de soin – quand ils existent. Ces derniers dévoilent la difficulté rencontrée par les infirmiers à formaliser leur activité en dehors de leur rôle sur prescription. Les dossiers étudiés comportent des catégories systématiquement non remplies par les infirmières ; elles concernent leur « rôle propre », les relations au patient et à sa famille. Les infirmiers établissent un « recueil de données » lorsqu'un patient arrive dans le service, mais aucune trace de l'utilisation qu'ils en font n'est décelable dans l'analyse de leurs écrits qui restent liés à leur rôle « délégué » par le médecin. Notre hypothèse est que cette difficulté vécue par nombre d'infirmières hospitalières (12) à accomplir la mission de « centration sur le patient » est également et peut-être plus fondamentalement liée à une difficulté considérable ressentie tout autant par le corps médical à changer de rôle auprès de ces patients.

C'est pourquoi les changements observés dans la définition du soin infirmier et surtout dans les contenus de formation n'ont pu, à eux seuls, permettre au corps infirmier d'asseoir une identité nouvelle face au corps médical. L'ordre négocié demeure fortement médicalisé et donc centré sur la pathologie. La revendication du « rôle propre » ne bouleverse pas les pratiques, elle dévoile la difficulté croissante rencontrée par les soignants à objectiver le patient. Elle est un symptôme de la mutation en cours pour tous les acteurs de santé, non un remède pour asseoir l'identité infirmière. C'est pourquoi le « rôle propre infirmier » révèle un malaise qui affecte progressivement les pratiques soignantes dans leur ensemble. Ce malaise apparaît clairement dans les unités de soin les plus exposées à la faillite du modèle centré sur les pathologies aiguës, à savoir dans les services où la chronicité est de mise (13).

LA CHRONICITÉ DES PATHOLOGIES MET À MAL LES PRATIQUES SOIGNANTES

Les maladies chroniques apparaissent comme un élément saillant pour analyser l'évolution des pratiques soignantes aujourd'hui, dans la mesure où elles constituent l'aiguillon qui provoque, nour-

rit, bouleverse les négociations complexes dans le milieu médical et, conjointement, les relations soignants/soignés au sein de cet univers et en dehors.

Dans la mesure où la formation et l'identité médicale et les pratiques soignantes sont orientées vers des soins aigus, les médecins et les infirmiers (14) « *sont globalement mal équipés pour articuler les impératifs de trajectoires lors des phases moins aiguës, lorsque identité et sécurité sont si étroitement liées.* » (Strauss, 1991 : 241). Or, ces phases « moins aiguës », représentent aujourd'hui plus de 80 % des recours thérapeutiques. Les premiers concernés par cette mutation sont les médecins généralistes. Les consultations médicales sont en effet données pour des maladies de longues durées en dehors des structures hospitalières (Assal, 1996 : 29). Le « modèle guerrier » achoppe à « traiter » des trajectoires – nombreuses aujourd'hui – qui ne peuvent plus être clairement identifiées en termes de guérison, signe tangible que la bataille est gagnée. On dira tout au plus que la maladie est « stabilisée » par le traitement. Les pratiques soignantes sont de plus en plus confrontées à des schémas perturbateurs en ce qu'ils brouillent les pistes toutes tracées du combat qui mène à la victoire (la maladie est vaincue) ou à l'échec (la maladie « gagne » du terrain, le malade décède). Ces schémas perturbateurs se nomment « chronicisation ». Les batailles ne sont ni perdues, ni gagnées. La maladie revêt plusieurs phases, plusieurs visages, elle trompe l'adversaire et échappe au modèle de soin d'urgence qui fonde les identités soignantes. Ces identités « mises à mal » rendent complexes les ré-agencements pourtant indispensables.

La pathologie chronique impose un va-et-vient entre l'hôpital et la ville (CREDES, 2000 : 87) et ce, d'autant plus que le coût des soins à l'hôpital implique des séjours de plus en plus écourtés. C'est la ville qui doit donc prendre le relais. C'est pourquoi on promeut aujourd'hui des réseaux villes/hôpital où la médecine ambulatoire et la médecine de ville voient leurs frontières revisitées au profit d'un ré-agencement des tâches de chacun et d'une remise en cause des frontières établies. Ce mouvement de la pathologie aiguë à la pathologie chronique et à la prévention est aussi celui d'une médecine reconnue, fortement médiatisée à une médecine de « l'ombre » n'offrant qu'une reconnaissance professionnelle et média-

tique moindre à celui qui la pratique et à ceux qui la vivent. La circulation des informations rendue nécessaire entre l'unité hospitalière et le médecin de ville contribue à transformer les modes de fonctionnement des négociations au cœur des pratiques soignantes.

Les pathologies chroniques bouleversent non seulement les modes de négociations et les frontières professionnelles mais aussi le travail des soignants dans son processus même. En effet, en requérant la participation active de la personne soignée au processus de soin, elles remettent en cause le fondement du modèle médical et des pratiques soignantes centrés sur la pathologie. Ce processus peut s'observer, comme nous l'avons vu, dans les relations médecine de ville et médecine hospitalière, mais aussi à l'intérieur même des équipes hospitalières.

En effet, au sein de l'hôpital, nombre de services sont confrontés à des pathologies chroniques. Et ce, même dans des services centrés sur les phases « aiguës » où l'on pourrait moins s'y attendre. Ainsi, notre analyse des pratiques soignantes dans un service de réanimation polyvalente a mis en évidence l'importance de la question de la chronicité dans une unité où l'on s'attend peu à ce genre « d'aléas ». Des staffs (15) ont été provoqués par le temps inhabituel et particulièrement long – et donc coûteux – passé par deux patients dans ce service sans qu'une décision claire et partagée soit prise par les soignants à leur égard. Le staff a permis aux différents acteurs de clarifier leur position sur le cas de ces patients et a engendré la prise d'une décision commune sur leur séjour dans le service. Mais, pour que le staff se réunisse, il aura fallu 6 mois d'indécisions, de prescriptions divergentes, de malaise de l'équipe soignante et de questions réitérées et angoissées des patients sur leur devenir. Les soignants ne parvenaient plus à appliquer des soins dont la cohérence et le sens leur échappaient. De tels staffs sont provoqués par la difficulté des différents acteurs à partager un sens commun pour réaliser les soins. Dans le cas d'un des patients concernés, la prise de décision de l'équipe a été suivie d'un mieux-être rapide et il a pu quitter le service un mois plus tard. Dans le cas de l'autre patient, la question était différente puisqu'il demandait un arrêt thérapeutique. Sa décision était claire mais posait problème à l'équipe. Elle a opté pour une décision divergente et le patient a été ensuite orienté vers une autre unité

pour revenir peu de temps après dans le service... Dans ces deux cas, le processus de chronicisation engendre une pratique de réunion et de décision collective qui bouleverse les routines. En effet, le patient « chronicisé » pousse les soignants non médecins à demander un staff pour « réfléchir collectivement » et partager des décisions qui sont, la plupart du temps dans ce service, prises par les médecins. La chronicisation remet ainsi en cause les modes de fonctionnement routiniers en posant notamment la question du patient et de son vécu de sa maladie.

Dans le service de médecine que nous avons observé, le problème se pose davantage comme le décrit Anne Véga (2000) en analysant les pratiques d'un service de neurologie. Là, on se trouve dans des unités où la chronicité est de mise, elle est « routinisée ». Cette routinisation est d'autant plus insupportable pour les soignants qu'elle signe leur incapacité à orienter le patient vers un processus de guérison. Souvent, ce sont les mêmes personnes qui sont régulièrement hospitalisées dans le même service dans un état de santé de plus en plus dégradé... Dans ces services, le sens même de la pratique est bouleversé. Les réunions parfois aussi nommées staffs, si elles permettent aux personnels d'échanger, les aident peu à reconstruire une dynamique nouvelle, à proposer un mode de cadrage des pratiques qui soit satisfaisant pour l'équipe et le patient. Les tentatives pour poser autrement les questions de ces pathologies, par exemple en impliquant davantage les familles et l'environnement du patient, tournent vite court dans la mesure où nombre de services sont encore très peu ouverts sur la ville et les soignants démunis en moyens matériels et professionnels pour accompagner les familles et ce processus dans son ensemble.

CONCLUSION : LE PATIENT, MEMBRE ACTIF DES PRATIQUES SOIGNANTES

Aujourd'hui, il s'agit de passer « de la prescription à l'éducation thérapeutique du patient atteint d'une pathologie chronique ». Ce dernier mué en « sujet » doit en effet collaborer et participer au soin. On mesure d'emblée combien ce schéma bouleverse les modes de coordinations traditionnels centrés sur les pathologies et donc les

pratiques soignantes dans leur ensemble. **L'implication du patient dans la réalisation des soins signe la mutation radicale qui affecte des pratiques jusqu'alors fondées sur son « évitement ».**

Les praticiens sont confrontés en effet à l'urgence d'améliorer les processus de prise en charge des patients. D'une part, les textes réglementaires et la charte hospitalière prônent une « centration des actes de tout le personnel hospitalier sur le patient » et non plus sur sa pathologie. D'autre part, à une époque où le modèle de la prescription forte montre ses faiblesses dans divers contextes (entreprises, familles, écoles), les patients eux-mêmes tolèrent de moins en moins le paternalisme médical très présent jusqu'aux années 60 et, dans une large mesure, accepté jusque-là (Tubiana, 1995 : 646). Les entretiens effectués auprès des infirmiers les plus âgés en témoignent largement. Tout semble converger vers une participation plus importante du patient au processus de soin. Le patient apparaît comme un « nouveau membre » de l'équipe soignante, comme une personne et non plus comme une maladie. Or, les soignants ont assis leur pouvoir sur une réduction de la clinique à la démarche scientifique positiviste appliquée à la maladie. Leur formation, leurs modes de négociations et de coopérations, leurs compétences reposent sur cette réduction. Envisager une clinique basée sur un « nouveau langage scientifique » qui a pris acte de l'irréversible implication du scientifique dans la pratique de définition de son objet, et de la complexe et délicate implication du médecin dans sa pratique médicale en relation avec une personne, apparaît dès lors source de difficultés et de tensions. Le nouveau langage de la médecine (16), en quittant peu à peu les métaphores guerrières au profit de métaphores cognitives et pédagogiques, questionne en les bouleversant les pratiques soignantes traditionnelles.

Comme le souligne Gagnayre (1998 : 137) : « *J'ai lu les textes des patients et des soignants, écouté leur intervention. Tous, selon moi, racontent la difficulté de se rencontrer. Tous traduisent la souffrance de ne pas se comprendre. Or, la rencontre qui inaugure la relation thérapeutique qui fonde la relation éducative ne peut se réaliser si elle est empreinte de souffrance. Qu'il y ait un effort à accomplir, comment pourrait-il en être autrement lorsqu'on désire construire une relation authen-*

tique, mais qu'il y ait de la souffrance, jamais... Pour l'éviter, il faut s'essayer à une rencontre et pour cela bousculer le rôle convenu du patient et du soignant ». Les soignants dans leur ensemble sont démunis pour être à même d'opérer ce basculement qui leur demande des compétences nouvelles. La personnalisation affective devenue nécessaire face à un patient « sujet » peut avoir des répercussions sur l'équilibre psychique du médecin et des équipes soignantes (Tubiana, 1995 ; Gadamer, 1998 ; Véga, 2000 ; Zarifian, 1999). Si elles sont amenées à apprendre au patient à se soigner en l'intégrant dans le processus de soin, elles sont confrontées à considérer également des « facteurs sociaux qui ont un impact plus grand sur la santé que les facteurs médicaux » (Tubiana, 1975 : 525). Les équipes soignantes sont ainsi poussées à des pratiques qui doivent « concilier leur savoir-faire hautement spécialisé avec leur appartenance au monde de la vie ». Elles sont amenées à apprendre à passer par-dessus la faille qui sépare le théoricien qui possède un savoir général et le praticien qui devra toujours agir sur la situation individuelle d'un patient en proie à l'inquiétude. Elles sont confrontées à cette « raison pratique » à laquelle leur formation et leur identité les préparent si mal à l'heure actuelle.

Nous observons donc que les pratiques soignantes qui reposaient sur un modèle positiviste et objectivant traversent une période de mutation. Comme nous l'avons décrit, cette mutation amène de nouveaux modes de coopération, de coordination, de formalisation et donc de réalisation des processus de soin dans leur globalité. Cette mutation en cours revêt des formes distinctes selon les terrains étudiés. À l'issue de ce travail sur les pratiques soignantes, nous relèveront trois trajectoires possibles de reconfigurations de ces activités. Traductions contextualisées d'un langage en mutation, ces reconfigurations impliquent l'ensemble des acteurs de santé (17). Elles se distinguent par l'intégration plus ou moins grande qu'elles parviennent à ménager à un « nouveau langage », à de nouvelles pratiques de la médecine et du soin.

Les pratiques soignantes analysées sont basées, soit sur un dispositif de renforcement catégoriel, soit sur un dispositif centré sur les équipes, soit sur un dispositif fondé sur la mise en place de réseaux de soins. Elles se développent toutes conjointement à l'heure actuelle. Les unités et les structures étudiées en témoignent, chacune à leur

manière ; dans l'organisation des roulements, dans la répartition des tâches et le travail en collaboration, dans la tenue et la forme du dossier de soin, dans les visites du matin et les staffs... Naturellement, au sein d'une même institution, nous avons pu constater des juxtapositions de trajectoires selon l'unité considérée.

Un dispositif de renforcement catégoriel

La première tendance consiste en l'affirmation défensive et catégorielle des soignants qui sont le plus exposés à l'évolution des pathologies, notamment leur chronicisation. **Les pratiques soignantes apparaissent alors comme juxtaposées.** On assiste à une description et une définition de l'activité des infirmiers et aides soignantes sous la forme de listes de tâches dont la somme est censée représenter la pratique soignante que chacun doit accomplir avec professionnalisme face au patient. Le patient, dont on déplore la négation et la réduction à sa pathologie, se trouve ainsi confronté à des querelles corporatistes et il est dès lors susceptible de souffrir d'une dispersion dans la coordination de ces soins, centrés davantage sur chaque corps professionnel que sur sa personne en tant que telle. Cette tendance nous paraît accroître les difficultés ressenties par les soignants car elle les rend d'autant plus fragiles et démunis qu'ils ne peuvent coopérer sous peine de perdre leur identité. Elle contribue à bloquer les processus de négociations collectives. Compte tenu de la complexité et de la diversification des tâches qu'ils auront à accomplir ensemble et de la diversité des terrains auxquels ils seront confrontés, cette voie nous paraît peu prometteuse. Elle demeure rivée à un modèle obsolète d'un rapport au savoir, au pouvoir et à la définition de la profession.

Un dispositif centré sur les équipes soignantes

La deuxième tendance s'oriente vers une **pratique soignante dont la coopération entre les membres de l'équipe est l'élément essentiel.** Équipe dont les sous-ensembles sont constitués autour de protocoles qui définissent des dispositifs montés en commun et réalisés en coopération. On peut voir l'exemple de tels dispositifs centrés sur le patient et non plus la pathologie avec les protocoles de lutte contre la douleur entre médecins et infirmières ou les protocoles

entre infirmières et aides-soignantes. Les protocoles sont des projets qui mobilisent l'équipe avec une centration sur un problème de la personne soignée. Leur développement suppose néanmoins des changements culturels importants et des modes de reconnaissances des professionnels qui s'éloignent des schémas et des formes de négociations traditionnellement à l'œuvre.

Un dispositif basé sur la mise en place de réseaux de soins

La troisième tendance repose sur le développement de **pratiques soignantes fondées sur de nouveaux modes de coordination.** Les pratiques sont organisées en réseau du système de soin, sur le mode, par exemple, des réseaux ville/hôpital émergents.

Comme l'option précédente, elle repose sur l'invention de nouveaux modes de négociations et de coopération, et surtout de coordination. Les activités soignantes sont mobilisées en équipes et en réseaux pour l'éducation du patient, le développement de soins préventifs en sus des soins curatifs. Cette configuration est d'autant plus difficile à réaliser que les médecins sortent d'un siècle qui les a consacrés. Ces nouveaux modèles de soins, articulés à de nouveaux langages médicaux qui privilégient l'approche pédagogique et la rencontre avec le patient les conduit dès lors à croiser et à accompagner des personnes dont les souffrances trouvent leur origine dans une articulation complexe du biologique et du social. On mesure le chemin difficile qu'ils ont à accomplir avec les autres personnels de santé.

La mutation des pratiques soignantes et le renouvellement des processus de négociations qu'elle amène ne peuvent donc se suffire de l'idéal-type professionnel qui a fait leur force et assis leur pouvoir. Cette mutation des activités soignantes remet ainsi en cause le paradigme qui fonde la négation et la dilution de la raison pratique dans la technique moderne. C'est pourquoi elle interroge notre manière de penser la relation entre la formation professionnelle et l'incontournable cheminement qui assoit la reconnaissance d'une profession, entre savoir abstrait, pouvoir de juger, et action située.

Les pratiques professionnelles mises en œuvre ou susceptibles de l'être sont insérées dans un contexte socio-historique qui imprègne les dispo-

sitifs de formation, en définissant notamment le rapport entre qualifications acquises et compétences requises. De ce point de vue, il nous semble intéressant de pointer des analogies entre pratiques soignantes et pratiques enseignantes. Ces pratiques professionnelles traversent une période de mutation où elles sont amenées à gérer des injonctions contradictoires qui les somment à la fois de « se centrer sur le sujet (patient ou élève) » et de répondre à des critères d'efficacité technico-économique. Dans les deux cas, les qualifications acquises, fondées sur la

maîtrise de concepts abstraits, attestent d'une compétence technique reconnue alors que les compétences requises, produites *in situ*, impliquent la rencontre avec une personne dans une relation de face à face. Ces pratiques s'avèrent désormais d'autant plus sujettes à tension qu'enseignants et soignants doivent faire face à l'affaiblissement des modèles de prescriptions issus de la modernité.

Éliane Rothier Bautzer

Université de Caen

NOTES

- (1) En français, le mot maladie n'a qu'un seul sens, celui d'une entité pathologique décrite par la médecine (Zarifian, 1999 : 29).
- (2) Notre démarche s'inspire largement de l'analyse des cadres développée par E. Goffman (1991). L'approche dramaturgique consiste à analyser les activités situées comme les moments d'une intrigue publique des interactions. L'analyse dramaturgique est l'étude des techniques destinées à éviter les ruptures de représentation (Joseph, 1998 : 13, 58). Nous nous sommes attachée à identifier ce qui engendrait les ruptures de présentation et nous avons mis en évidence le rôle des pathologies chroniques dans le développement de ces schémas de ruptures.
- (3) Latour (1994, 1996).
- (4) Comme nous l'avons montré dans un précédent travail (1998), la démarche de recherche vise à mettre en évidence des éléments « saillants » de l'activité liés aux modes de traitement des éléments contingents.
- (5) Les visites du matin se révèlent un matériel particulièrement intéressant dans la mesure où la personne est constituée en tant que patient et problème médical (cf. Good, 1998 : 176 et aussi Goffman, 1968).
- (6) La poussée hospitalière a constitué la profession infirmière en profession salariée et prise dans des structures bureaucratiques. Aujourd'hui, 60 % des infirmières travaillent à l'hôpital, 40 % en Extra Hospitalier, 13 % à 15 % en secteur libéral.
- (7) « Le patient est celui qui endure, qui supporte, qui subit. Mais quoi ? la souffrance ? la maladie ? les soins ? le temps passé à attendre qu'on s'occupe de lui ? » (Zarifian, 1999 : 16).
- (8) L'article 2 du décret du 15 mars 1993 légifère ce rôle : Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives qu'il trouve nécessaires et accomplir les soins indispensables conformément aux dispositions de l'article 3.
- (9) C'est un document individualisé unique regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. (*Guide du service infirmier*, n° 1, *Bulletin officiel* n° 85-7 bis, ministère des Affaires sociales et de la solidarité nationale, 1998).
- (10) C'est l'énoncé d'un jugement clinique effectué par l'infirmière dans le cadre de son rôle propre et sous sa responsabilité, et concernant les réactions d'une personne ou d'un groupe de personnes à leur problème de santé. Ce jugement résulte de l'analyse des données recueillies et de la recherche des causes réelles et présumées du problème de santé considéré (*Guide du service infirmier*, 1998).
- (11) L'origine des transmissions ciblées remonte aux années 1980 aux États-Unis et 1990 en France. Ces transmissions visent à fournir des informations structurées selon des cibles exprimées en mots-clés ; des données précisant la cible, des actions précisant les soins, des résultats décrivant des données nouvelles suite aux actions entreprises.
- (12) Nous sommes bien consciente que cette généralisation semblera excessive puisque nous avons étudié le cas des infirmiers hospitaliers qui ne forment que 60 % des infirmiers. Néanmoins, c'est à l'hôpital encore que les stages de formation s'accomplissent.
- (13) Neurologie, médecine...
- (14) On forme toujours les infirmiers à l'hôpital (L'IFSI en dépend) et pour l'hôpital (100 % du stage pratique). Pourtant, comme le montre l'étude récente du CREDES (2000), entre 1961 et 1993 les définitions des fonctions infirmières ont fortement évolué. Elles mettent l'accent aujourd'hui sur le développement des soins primaires et communautaires, la reconnaissance et l'extension de la responsabilité infirmière, un changement de nature dans le travail infirmier face au développement de concepts plus sophistiqués de soins.
- (15) Ici, les staffs sont des réunions de services qui sont provoquées irrégulièrement lorsqu'un problème n'a pas été résolu par l'équipe dans le cadre des activités et réunions routinières. Il faut cependant observer ici que, pour un autre service, le mot staff s'applique aux réunions routinières...
- (16) Nous reprenons ce terme qui signifie « la fonction d'expression de la pensée et de communication entre les hommes, mise en œuvre par la parole ou par l'écriture, la façon de s'exprimer propre à un groupe ou un individu ». Il est utilisé par Anne-Marie Moulin (1991) dans son analyse de l'évolution du langage de la médecine et de l'immunité.
- (17) L'émergence de ce nouveau langage est un élément structurant des négociations locales actuelles.

BIBLIOGRAPHIE

Textes sur la santé

- ACKER F. (1997). – Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier. *In* **Cognition et information en société**. Paris : EHESS, p. 65-93 (Raison pratique ; n° 8).
- AÏACH P., FASSIN D. (dir.) (1994). – **Les métiers de la santé**. Paris : Anthropos. – 364 p.
- ASSAL J.-P. (1996). – Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. **Encyclopédie médico-chirurgicale, Thérapeutique**, 25005-A10.
- CARDON D., HEURTIN J.-P. (dir.) 1999. – Science, Malades et espace public. **Réseaux**, n° 95, 315 p. (Hermes)
- CHABOISSIER M. (1995). – **De l'acte pédagogique au changement social ? L'exemple de la « démarche de soin »**. **Comprendre pour réussir le changement**. Paris : AF CORRD – Éditions.
- DODIER N. (1993). – **L'expertise médicale**. Paris : Métailié.
- DODIER N. et CAMUS (1997). – Sociologie de l'hôpital. **Annales, Histoire, Sciences Sociales**, n° 4 (Paris : Colin).
- DUBOYS FRESNEY C., PERRIN G. (1996). – **Le Métier d'infirmière en France**. Paris : PUF (Que sais-je ?).
- DUHART J. et CHARTON-BRASSARD J. (1973). – Réforme hospitalière et soin infirmier sur ordonnance médicale. **Revue Française de Sociologie**, XIV, Spec.1973, p. 77-101.
- FREIDSON E. (1984). – **La profession médicale**. Paris : Payot.
- GAGNAYRE R. (1996). – La rencontre pédagogique et le rôle des connaissances dans l'éducation thérapeutique du patient. *In* **L'éducation du patient au secours de la médecine**. Paris : PUF.
- GAGNAYRE R. (1996). – **L'éducation thérapeutique du patient**. Portefeuille de lecture, Laboratoire de Pédagogie de la Santé.
- GOOD B. (1998). – **Comment faire de l'anthropologie médicale ?**, **médecine, rationalité et vécu**. Paris : Les empêcheurs de penser en rond.
- GROSJEAN M., LACOSTE M. – **Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital**. Paris : PUF, 225p.
- HUMBERT C. (2000). – **Les usagers de l'action sociale, sujets, clients ou bénéficiaires ?** Paris : L'Harmattan (Savoir et Formation).
- D'IVERNOIS (2000). – L'éducation du patient chronique. **Santé Mentale**, n° 46, mars.
- JAEGER M., WACJAM C. (1998). – **Aux sources de l'éducation spécialisée (1878-1910) La formation des premières infirmières laïques**. Paris : CTNE-RHI/SERHEP, 147 p.
- LACOSTE M. (1992). – Langage, Activités médicales et hospitalières ; dimensions négligées, Journée d'étude du 15 mai 1992. **Langage et Travail**, cahier n° 5.
- LACOSTE M. (1990). – Interaction et compétences différenciées. **Réseaux**, n° 43, p. 81-96 (Cnet).
- LEONARD J.-P. (1981). – **La médecine entre les pouvoirs et les savoirs**. Paris : Aubier Montaigne.
- LERT F. (1996). – Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? (commentaire). **Sciences Sociales et Santé**, n° 3.
- MAGNON R., DECHANOZ G. (1995). – **Dictionnaire des soins infirmiers**. Lyon : Amiec, 371 p.
- MOULIN A.-M. (1991). – **Le dernier langage de la médecine, Histoire de l'immunologie de Pasteur au Sida**. Paris : PUF (Pratiques théoriques).
- PETITAT A. (1998). – La profession infirmière. *In* P. Aïach et D. Fassin, **Les métiers de la santé**, p. 227-261. Paris : Anthropos.
- POUCHELLE M.-C. (1998). – Compétence du patient et histoire de la médecine. **MGEN**, janvier, p. 11-13.
- SALEM J. (1999). – **Hippocrate. Connaître, soigner, aimer, Le serment et autres textes**. Paris : Seuil, 278 p.
- STRAUSS A. (1992). – **La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionniste**. Paris : L'Harmattan (Logiques sociales).
- TUBIANA (1995). – **Histoire de la pensée médicale**. Paris : Flammarion.
- VASSY C. (1999). – Travailler à l'hôpital en Europe. **Revue Française de Sociologie**, XL, p. 325-356.
- VEGA A. (1997). – Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. **Sciences Sociales et Santé**, n° 3, septembre.
- VEGA A. (2000). – **Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier**. Paris : Éditions des archives ouvrières.
- VIGARELLO G. (1993). – **Histoire des pratiques de santé : le sain et le malsain depuis le moyen âge**. Paris : Le Seuil.
- VOLOVITCH P. 1998. – L'hôpital public en plein chantier. **Alternatives économiques** n° 155.

Bibliographie générale

- ARGYRIS (1995). – **Savoir pour agir**. Surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel. Paris : InterEditions, 330 p.
- BARBIER J.-M. (dir.) (1996). – **Savoirs théoriques et savoirs d'action**. Paris : PUF, 306 p.
- BAUMARD P. (1996). – **Organisations déconcertées, la gestion stratégique de la connaissance**. Paris : Masson, 260 p.
- BORZEIX ANNI *et al.* (1998). – **Sociologie et connaissance, nouvelles approches cognitives**. Paris : CNRS éditions.

- CONEIN B., JACOPIN É. (1994). – Action située et cognition. Le savoir en place. **Sociologie du travail**, n° XXXVI 4/94, p. 475-50 (Paris : Dunod).
- DADOY M., HENRY C. *et al.* (dir). (1990). – Les analyses du travail : Enjeux et formes, **Collection des Études**, n° 54, mars.
- DUBAR C., TRIPIER P. (1998). – **Sociologie des professions**. Paris : A. Colin, 256 p.
- FORNEL M. de. (1990). – Qu'est-ce qu'un expert ? **Réseaux**, n° 43, p. 59-81 (Cnet).
- FORNEL M. de, QUERE L. (1999) (dir.). – **La logique des situations**, Paris : EHESS. (Raisons Pratiques ; n°10).
- GADAMER H.G. (1998). – **Philosophie de la Santé**. Paris : Grasset-Mollat, 183p.
- GARFINKEL H. (1967). – **Studies in Ethnomethodology**. Prentice-Hall : Englewood Cliffs.
- GOFFMAN E. (1991). – **Les cadres de l'expérience**. Paris : Minuit, 573 p.
- GOFFMAN E. (1968). – **Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux**. Paris : Minuit.
- JOSEPH I. (1998). – **Erving Goffman et la microsociologie**. Paris : PUF.
- LATOUB B. (1994). – Une sociologie sans objet ? Note théorique sur l'interobjectivité, **Sociologie du travail**, n° XXXVI 4/94, p. 587-609. (Paris : Dunod).
- LATOUB B. (1996). – Sur la pratique des théoriciens. *In* **Savoirs théoriques et savoirs d'action**. Paris : PUF.
- MERLEAU-PONTY M. (1964). – **L'œil et l'esprit**. Paris : Gallimard, 96 p.
- QUERE L. (1991). – D'un modèle épistémologique à un modèle praxéologique de la communication. **Réseaux**, n° 46 (Cnet).
- QUERE L. (1997). – La situation toujours négligée ? **Réseaux**, n° 85 (Cnet).
- ROTHIER BAUTZER E. (1998). – Le rôle des objets dans le cadrage de l'activité pédagogique. **Revue française de pédagogie**, n° 124, juillet-août-septembre.
- VARELA F. (1989a). – **Connaître les sciences cognitives, tendances et perspectives**. Paris : Seuil, 123 p.
- VARELA F. (1989b). – **Autonomie et connaissance**. Paris : Seuil, 248 p.
- VARELA F., THOMPSON E., ROSCH E. (1993). – **L'inscription corporelle de l'esprit**. Paris : Seuil, 377 p.
- ZARIFIAN E. (1999). – **La force de guérir**. Paris : Odile Jacob, 191 p.