

Vincent GOURIOU

L'humour entre professionnels :
marque de position hiérarchique et d'appartenance sociale à l'hôpital

Mémoire présenté pour l'obtention :

Du diplôme de Cadre de Santé

De la 1^{ère} année de master « Economie et gestion de la santé -

Parcours : Économie et gestion des établissements de santé »

Sous la direction de Madame Anne VEGA

Année scolaire 2016-2017

Institut de Formation des Cadres de Santé

Université Paris Dauphine

Centre Hospitalier Universitaire de Nantes

Département d'éducation permanente

Vincent GOURIOU

L'humour entre professionnels :
marque de position hiérarchique et d'appartenance sociale à l'hôpital

Mémoire présenté pour l'obtention :

Du diplôme de Cadre de Santé

De la 1^{ère} année de master « Economie et gestion de la santé -

Parcours Economie et gestion des établissements de santé »

Sous la direction de Madame Anne VEGA

Année scolaire 2016-2017

Institut de formation des cadres de santé

Université Paris Dauphine

Centre hospitalier universitaire de Nantes

Département d'éducation permanente

AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Nantes en partenariat avec l'université Paris Dauphine, sont des travaux réalisés au cours de leur formation. Ils ne constituent donc pas nécessairement des modèles. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs, de l'I.F.C.S. de Nantes et de l'Université Paris-Dauphine.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent :

A ma conjointe et notre fils qui par leur tolérance et leur compréhension, m'ont permis d'accéder pleinement à ce travail de recherche.

A Madame Anne VEGA, tutrice de ce mémoire, pour son accompagnement et sa mansuétude.

Aux professionnels dont les témoignages ont permis de dévoiler la sociologie des différentes coulisses de l'hôpital.

Aux collègues et confidents.

Aux absents...

SOMMAIRE

Introduction.....	3
1. D'une expérience personnelle...à une question de recherche.....	5
1.1 « L'intrigue ».....	5
1.1.1 Scène 1 : « D'aussi loin que nous nous souvenons »	5
1.1.2 Scène 2 : De l'insolence à la raison	6
1.1.2.1 Un brin de légèreté en guise d'humanité	6
1.1.1.2 Réduisons les clichés	7
1.1.1.3 Une mise à distance par l'humour	8
1.1.1.4 L'humour : un second jargon professionnel ?	9
1.1.3 Scène 3 : Regard sur un nouveau rôle	10
1.1.3.1 Un système de santé en mutation.....	10
1.1.3.2 L'humour : outils managérial ?.....	10
1.2 « Le nœud », ou d'une situation d'appel à une question de départ	12
1.2.1 A la découverte des instances hospitalières	12
1.2.2 Les limites de l'humour : une réalité française.....	13
1.2.3 L'humour dans les interactions hiérarchiques : un droit descendant ?	14
1.3 Cadre conceptuel	15
1.3.1 L'humour.....	15
1.3.1.1 Une approche toujours d'actualité ?	16
1.3.1.2 Une réhabilitation par Voltaire	16
1.3.1.3 L'humour : un phénomène non uniformisé	17
1.3.2 Le comique.....	17
1.3.3 Le rire selon cinq théories	18
1.3.3.1 La fonction sociale du rire	18
1.3.3.2 Le rire supérieur.....	19
1.3.3.3 La théorie de la décharge	19
1.3.3.4 L'humour et ses frontières	20
1.3.4 L'humour professionnel : quels styles pour quels desseins ?	20
1.3.5 L'humour : résultant d'un symptôme ?	21
1.4 « Intermède » - Évolution de notre réflexion au cours des lectures exploratoires	22
1.4.1 D'une approche brute.....	22
1.4.2 ... à une vision nouvelle.....	23
1.4.3 Posons le stylo.....	24
1.5 L'entretien exploratoire : rencontre avec deux professionnels de terrain	25
1.5.1 Le brancardier	25
1.5.2 La cadre supérieure de santé	26
1.6 L'humour à l'hôpital : vers une expérience contrastée	27
1.6.1 L'humour comme régulateur d'émotions.....	27
1.6.2 L'humour : marque de respect et de distanciation	28
1.6.3 Lorsque la gravité supplante la légèreté.....	28
1.6.4 L'autorité autorisée ?.....	29
1.6.5 L'humour au service de la façade et du rôle	29
1.6.6 Les styles d'humour	31
1.7 D'une observation à une question de recherche	31

2. Méthodologie de la recherche	33
2.1 Conception du guide d'entretien.....	34
2.2 Les entretiens exploratoires.....	36
2.3 L'échantillon de la recherche	36
2.4 Appréciations méthodologiques et limites de l'enquête	39
2.5 L'analyse des entretiens	40
3. L'humour à l'hôpital : au croisement d'un processus régulateur et compensatoire... 41	41
3.1 La régulation des émotions par l'humour.....	41
3.1.1 L'hôpital ou la métaphore guerrière.....	41
3.2 Vers une compensation des rapports de pouvoir par les interactions.....	43
3.2.1 En attente d'autorisation	44
3.2.2 Un permis tacite	44
3.2.3 Un visa délivré par la hiérarchie	45
3.2.4 Une dispense de permission	46
4. Les différentes perceptions du pouvoir par les acteurs.....	47
4.1 Une approche négative	47
4.2 Une notion de pouvoir relativisée.....	48
5. Les stratégies pour une préservation des rôles.....	49
5.1 De la représentation des premiers rôles... ..	49
5.2 ... Au théâtre des « petites mains ».....	53
6. Les territoires comme instance de socialisation	56
6.1 Un travail de distinction.....	56
6.1.1 Des frontières imposées au sein des services... ..	56
6.1.2 ...A la différenciation sociale via les autres instances de socialisation territorialisés	57
6.2 Dressage de frontières et effets collatéraux.....	58
7. L'humour : un costume nécessaire au processus d'intégration sociale	60
7.1 D'une civilité exigée... ..	60
7.2 ...A une proximité indispensable	61
7.3 L'humour des territoires	61
7.3.1 Un jeu d'acteur au service du groupe.....	62
7.3.2 Les manières de jouer.....	63
7.3.2.1 De la retenue... ..	63
7.3.2.2 ... A l'engagement.....	64
8. Synthèse	66
Conclusion	69
Références bibliographiques	
Annexes	I

Introduction

L'usage de l'humour dans notre société est omniprésent et accessible par tous. Présent dans les interactions, nous le retrouvons aussi dans les espaces médiatiques tels que la radio, la télévision et les journaux. Le développement des réseaux sociaux est enfin un détour pour égayer un quotidien parfois terni par une actualité nous renvoyant à notre réalité. Car aussi distractif qu'il puisse être, l'humour par les messages qu'il véhicule, est désavoué voire combattu par des détracteurs porteurs d'une idéologie désynchronisée de notre système démocratique. Cabu, Tignous ou Wolinski en sont les tristes exemples.

L'humour nous suit également de façon journalière sur notre lieu de travail. Souvent léger et inoffensif, il vient nous distraire et rythmer le temps passé auprès des patients. Outre cette fonction, chacun trouve en l'humour une façon de rendre plus supportable un climat marqué par la souffrance renvoyée par la malade. Le rire permet tout autant de désamorcer les tensions entre les professionnels voire d'exprimer les causes d'un conflit naissant. Plus globalement, ce ton léger pourrait soustraire les agents de conditions de travail jugées de plus en plus difficiles de par les contraintes économiques auxquelles l'hôpital doit répondre.

Ces coercitions budgétaires intéressent par ailleurs les directions des établissements de santé, aux prises avec les injonctions tutélaires et les revendications des salariés. Aussi les décisions difficiles ne se prennent pas dans une quiète ambiance. L'humour peut-il alors comme dans les services, adoucir une conjoncture de travail complexe ? Notre participation aux instances décisionnelles de l'hôpital nous fait douter. Ici le style et le langage sont aussi sérieux que les ordres du jour abordés. Le ton dénote de celui rencontré dans les services où la prise en soins est somme toute aussi grave. Cette disparité nous questionne. L'usage de l'humour ne semble pas résulter de la pénibilité des conditions de travail, mais davantage dépendre des acteurs mobilisés. L'objet de notre travail de recherche est donc de comprendre et d'étudier les causes de cette disparité dans l'organisation hospitalière.

Pour tenter d'apporter des explications à ce questionnement, nous proposons d'entamer le travail de recherche par la présentation du cadre contextuel. Nous y expliciterons nos représentations et notre rapport à l'humour dans notre milieu professionnel, et au delà. Un apport théorique fera suite à cette première partie. Nous étudierons le concept de l'humour depuis ses origines littéraires jusqu'à son usage et ses fins dans nos interactions sociales. Puis nous nous consacrerons à la phase exploratoire qui permettra dans un premier temps de confronter notre usage de l'humour à celui de deux professionnels de l'hôpital ; et dans un

second temps de construire notre problématique : en quoi l'usage de l'humour dans les interactions nous informent-ils des intérêts individuels et collectifs, au regard de la place hiérarchique et sociale occupée à l'hôpital ? La dernière partie du travail consistera en une enquête de terrain auprès de salariés occupant des postes hiérarchiques distincts, et à l'analyse des informations récoltées lors des entretiens. Au cours de cette analyse, nous tenterons de rapprocher le discours des professionnels du cadre théorique. L'apparition de nouveaux concepts sera illustrée des propos recueillis auprès des enquêtés.

1. D'une expérience personnelle...à une question de recherche

Le travail de recherche s'amorce traditionnellement aux suites de réflexions autour d'une expérience professionnelle qui questionne, voire qui encombre. Nous observons cette même démarche. Se greffent pourtant des interrogations équivoques sur le choix d'un thème dont l'approche et l'observation sont inévitablement rendues subjectives par notre vécu personnel. Nous devons aussi dépasser le cadre professionnel car pour reprendre Florence Weber (anthropologue) : « si l'on ne s'étudie pas soi-même, on ne peut pas dire grand-chose sur ce que l'on a vu de l'univers social » (Weber, 1990, p. 138).

1.1 « L'intrigue »

1.1.1 Scène 1 : « D'aussi loin que nous nous souvenons »

Nous privilégions un mode de communication en partie basé sur l'humour. Devons-nous en trouver une explication au niveau de la sphère familiale ? Probablement, dans le sens où il nous a souvent fallu trouver un levier pour déjouer les rapports d'autorité posés par notre père directeur d'hôpital, et suivis par tous. La plaisanterie fut alors un biais pour équilibrer une relation altérée par la période adolescente, marquée par l'opposition, le conflit, la déviance de règles incomprises. Si nous ne pouvons mesurer aujourd'hui les possibles effets d'alors, nous osons penser que l'humour et le rire nous ont valu d'éviter un conflit (traditionnellement) "enkysté" entre un fils et son père.

Les années scolaires furent un moment durant lequel l'humour nous a également servi pour nous « démarquer » et nous intégrer au groupe d'élèves. Avec lui, nous avons dénoté d'un comportement communément attendu par le corps enseignant, ce qui nous a valu des mercredis après-midi de « travaux d'intérêt général » au sein des différents établissements fréquentés. Sous couvert de moqueries, d'ironie et de dérision, notre rapport à l'Autre (comme représentant de l'Autorité) feignait l'insolence. Ce comportement n'a pas freiné la négociation de notre capital scolaire malgré une performance en retrait dans une institution où opposition et déviance masculines sont plus tolérées que celles des filles par les enseignants (Baudelot, Establet, 1992). Le recours à l'humour ne nous a donc pas éloignés d'une réussite scolaire attendue par nous-même et notre entourage.

Nous y sommes déjà. Les espaces sociaux nous confèrent une position relationnelle singulière et généralement attendue chez les garçons, caractérisée par une attitude

d'opposition aux règles, de joutes verbales et de plaisanteries inconvenantes, voire d'affrontement entre futurs hommes (Baudelot, Establet, 1992). Il nous faut nous adapter à des espaces où le pouvoir se répartit de manière dissymétrique : huis-clos familial, école, bande de copains... Nous sommes déjà acteur d'un jeu social marqué par la concurrence et la domination. Nous cherchons à nous en différencier, sans échapper pourtant au processus de socialisation que chacun reproduit inconsciemment, pour devenir des habitus. L'école est une première arène, « un champ de force », un « champ de lutte » (Bourdieu, 1996, p. 55) entre dominants et dominés, au travers d'un enseignement qui « est objectivement une violence symbolique en tant qu'imposition, par un pouvoir arbitraire, d'un arbitraire culturel » (Bourdieu, 1970, p. 19).

Puis vient l'hôpital : notre deuxième amphithéâtre et lieu d'analyse de nos expériences, préalable à une prise de distance nécessaire pour explorer notre sujet.

1.1.2 Scène 2 : De l'insolence à la raison

1.1.2.1 *Un brin de légèreté en guise d'humanité*

Les services de soins hospitaliers sont témoins d'une évolution de la relation soignant-soigné. Celle-ci a longtemps fait place au rôle paternaliste du médecin, accompagnant sur fond de bienfaisance et de savoir le malade égaré, vulnérable, mais ignorant sa pathologie. En le soutenant et le protégeant, il le dispensait de toute responsabilité décisionnelle et le soumettait tacitement à son autorité. Le patient était confié au médecin tel un enfant à ses parents. Ce rapport où s'enchevêtrent force et faiblesse des acteurs semblerait s'être fait oublier au profit d'une autonomisation et d'une autodétermination du patient, permises par un cadre législatif, le replaçant au centre de ses droits. Pour autant cette relation asymétrique demeure. Elle est d'ailleurs attestée en anthropologie lorsqu'est évoqué le fait que « les personnes âgées se fondent sur la conviction que le report sur l'expertise du médecin est le meilleur garant de la gestion de leurs maladies (...) » (Collin, 2003, p. 125). Tout comme en sociologie car, malgré ces changements, il subsiste « une tension entre une reconnaissance somme toute abstraite des droits des patients et leur négation dans le concret » (Ménoret, 2015, p 11).

Le soin passe par plusieurs étapes dont la première pourrait être l'obtention d'une confiance mutuelle entre le patient et le soignant - ce dernier ayant pour dessein la congruence aux soins proposés. Quoi de moins naturel lorsque la rencontre est corrompue par le droit

donné au soignant de toucher l'esprit et d'explorer l'humain dans son intimité psychique ? La blouse blanche est un masque, et le cliquetis des clefs sonne comme une privation de liberté. Le soignant assigne le malade, le met en situation de dépendance et d'autorité. L'hôpital est toutefois censé être un lieu d'humanité. Il incombe alors au professionnel de santé de créer une alliance thérapeutique avec les patients réceptifs. L'exercice en psychiatrie n'est pas protocolaire. Il laisse libre court aux modes de communication propres à chaque professionnel pour nouer des liens, faire tomber les barrières, lever les discriminations induites par le stigmate ou les tares de caractères portées par le malade (Goffman, 1975). Les entretiens en psychiatrie peuvent être considérés comme, ce que Goffman nomme des contacts mixtes : une situation sociale partagée par le professionnel de santé et le « stigmatisé » qui de par son état, appréhende l'accueil pouvant lui être réservé. Et si l'humour était un levier éphémère pour annuler le stigmate ? S'il équilibrerait les rapports, favoriserait la confiance puis la confiance ? L'usage de l'humour nous semble pouvoir modifier les perceptions par un nivellement des rôles et des représentations endossées par chacun des protagonistes.

1.1.1.2 Réduisons les clichés

Si l'humour est un mode de communication nécessaire (de notre point de vue) à l'accompagnement dans le soin, son usage nous semble aussi « salutaire » au sein des équipes. Il nous est ainsi utile lors de l'encadrement des étudiants infirmiers dans les services de psychiatrie où de par la spécificité de la discipline, leur position n'est pas aisée. L'étudiant arrive avec des préjugés et des craintes construites sur l'inconnu. Au préalable de la rencontre avec le patient, il est utile de le rassurer et de le décaler de ses représentations caricaturales - que nous ne manquons jamais de souligner en usant nous-même de la caricature. Quoi de mieux que l'exagération du symptôme pour réduire l'a priori et comprendre la réalité d'une pathologie ? En outre, beaucoup d'étudiants sont aux prises avec un sentiment de solitude induit par un manque de savoir, une difficulté d'aller vers celui qui le détient et ayant le pouvoir de l'évaluer. Or, d'après nos expériences, l'utilisation de l'humour amènerait aussi à une situation d'échange en réduisant la posture dominante - ici du sachant sur l'apprenant. L'humour conduirait sur un plan d'égalité propice à la pédagogie. Il suggérerait un rôle à l'étudiant, dans un lieu qui n'est pas encore son territoire.

1.1.1.3 Une mise à distance par l'humour

Plus généralement dans les services, l'humour favorise le contact, libère la parole et facilite l'expression des difficultés structurelles ou conjoncturelles conséquentes d'une règle que l'hôpital devrait être désormais géré comme une entreprise. Hyperspécialisation des techniques, modification des règles de financement, contexte budgétaire contraint, nouvelles organisations répondant au principe d'efficacité font maintenant le quotidien du soignant. L'hôpital est tiraillé par deux logiques : gestionnaire et soignante. « Le souci de l'efficacité apparaît difficile à articuler avec la rationalité en valeur » (Dumond, 2003, p. 74) du soignant pour qui prendre soin ne peut être chiffré en terme de coût.

L'humour permettrait de prendre du recul quant à des interactions rencontrées en service, notamment pendant des soins techniques complexes, sources de tension. Le bloc opératoire est ainsi une scène explicite représentant une impétuosité de type « relationnel entre corps de métiers, voire entre collègues » (Pouchelle, 2008, p. 20). Ainsi le chirurgien offense ouvertement les seconds rôles représentés par les professions satellites qui elles-mêmes sacrifient l'entente au profit de discordes, symptômes d'enjeux de pouvoir. Car les professions ne s'exercent pas de manière homogène. Elles répondent à des rôles hiérarchisés produits par la division du travail, et s'érigent pour la conservation de leurs territoires d'intervention (Abbott, 1988). Dans cet environnement, pauses, vestiaires et moments festifs sont des espaces-temps intermédiaires permettant une décompression contributive à une socialisation secondaire de l'équipe. L'usage de l'humour y trouve souvent sa place, tout comme dans d'autres lieux que nous avons encore côtoyés.

Le Centre Médico-Psychologique (CMP), lieu de soins ambulatoires, a cette particularité d'être un service dont la scène est tournée vers la cité. A l'écoute, affable, empathique ou neutre, le soignant tient ici un rôle conforme aux attentes des patients dont la rencontre occasionne des mouvements affectifs tels qu'ils nécessitent d'être partagés entre collègues. Les temps de pause sont souvent propices à ce partage, « fonctionnant comme de véritables soupapes réparatrices » (Vega, 2000, p. 27) et permettant l'expression d'une émotion retenue pendant le soin et reportées entre professionnels (Gonnet, Lucas, 2003) Ainsi « en off » le soignant marque son détachement de l'interaction publique en la faisant revivre par le biais de la dérision, de la parodie ou encore de l'humour noir par exemple. Outre le fait de provoquer l'abréaction, à savoir la décharge émotionnelle permettant d'extérioriser un affect, l'humour permet de déjouer le rôle consigné, réclamé sur la scène de la relation

soignant-soigné. Parfois réceptacle de l'acrimonie du patient, le soignant use alors de l'humour afin de corriger « la perte de dignité qui résulte de la nécessité d'accorder au public un traitement de complaisance dans les situations de face à face » (Goffman, 1973, p. 64).

1.1.1.4 L'humour : un second jargon professionnel ?

Les services de soins sont constitués d'équipes dont la dynamique relève des interrelations. Ces groupes, restreints de par le nombre de soignants, poursuivent communément et activement un même but : la prise en soins du patient. Cette mécanique groupale tient également à l'interdépendance des membres de l'équipe, appuyée par un sentiment de solidarité voire des relations affectives pouvant varier de la sympathie à l'antipathie. Ces phénomènes, souvent vécus malgré nous, sont invariables et concourent à la cohésion structurelle d'une équipe en perpétuel mouvement, mue par le départ et l'arrivée de nouveaux professionnels. Fréquemment, les anciens jaugent l'appétence humoristique d'un nouvel arrivant comme une règle nécessaire à l'intégration, à la socialisation du métier. Particulièrement en service de chirurgie (Zolesio, 2015).

Ceci nous amène à nous questionner de nouveau sur la fonction de l'humour entre professionnels au sein des services hospitaliers. Noir, absurde, ironique, sexuel...l'humour ne constituerait-il pas un langage commun normé et ritualisé, nécessaire à toute dynamique de groupe soignant ?

Décalé de cette hypothèse, nous avons pu expérimenter un usage de l'humour dont le dessein fut de maintenir une entente contributive à la qualité de vie au travail. Outre l'autorisation de la continuité des liens, le rire répond à une culture humoristique du métier (Peneff, 1992) selon le respect de ses coutumes, et par un travail de distinction et d'autonomie au sein des relations collectives. Ainsi l'humour aurait aussi sa fonction en situation d'incompréhension d'une ligne managériale ou thérapeutique constatée par une équipe soignante. Plus largement, il permettrait de s'opposer à un schéma hospitalier autoritaire (hiérarchique et fonctionnelle). A ce titre, le contexte de travail au CMP est favorable aux goguenardises subversives déclenchant des fous rires aux dépens d'une hiérarchie prescrivant les règles. Par une « contre culture satirique », l'humour distancierait les « sous-cultures organisationnelles » (Taylor & Bain, cités par Le Lay, Pentimalli 2003) et permettrait d'accéder à une critique clandestine d'une organisation de travail incomprise.

L'humour crée les affinités et fortifie le sentiment d'appartenance à une équipe solidaire. En découle une cohésion qui, nous semble-t-il, équilibre les rapports hiérarchiques. Par l'entente, l'humour permettrait de se décaler du pouvoir, voire serait un vecteur de contre-pouvoir.

1.1.3 Scène 3 : Regard sur un nouveau rôle

1.1.3.1 Un système de santé en mutation

Le système hospitalier français est témoin de sa propre mutation depuis bientôt quarante ans. Il y eut l'encadrement des dépenses des années 1980, leur maîtrise négociée des années 1990 puis les lois de 2009 et 2016 portant réforme du système de santé. Au gré des politiques, l'hôpital voit son décor se métamorphoser, sa scène se rétrécir. De nouvelles organisations internes sont pensées. La création des Groupements Hospitaliers de Territoire bouleverse les manœuvres individualistes en imposant aux établissements une collaboration fonctionnelle et budgétaire. Tout laisse à penser que cet élan réformateur va se poursuivre par le développement du virage ambulatoire. Connaissant une activité progressive liée à ce mode d'hospitalisation mais dans une perspective d'accélération, les établissements de santé sont amenés à bousculer l'hospitalisation traditionnelle au profit d'une prise en soins en grande partie conduite « hors des murs ». Les prochaines années semblent donc promettre restructuration et réaménagement du paysage sanitaire devant répondre à la notion de parcours de soins : axe dont la loi de janvier 2016 en fait une priorité. Elles revisiteront toujours nos conditions de travail, nous amèneront à poser un regard nouveau sur l'organisation du soin et nos pratiques professionnelles.

Dans ce nouveau contexte institutionnel, nous expérimentons un nouveau rôle... Reste à savoir si nous pouvons encore nous autoriser le trait humoristique dans des situations de changements récurrentes, au-delà d'initiatives managériales et médicales locales.

1.1.3.2 L'humour : outils managérial ?

Durant quatre mois, nous occupons un poste de Faisant Fonction de Cadre de Santé dans un service de pédopsychiatrie bousculé par un projet médical de restructuration et de réorganisation du travail auxquelles l'équipe de soins ne manquait pas d'exprimer son incompréhension et son opposition. Exerçant dans le service depuis deux ans, le pédopsychiatre (imp)pose son orientation médicale. Les enfants hospitalisés restent pour

beaucoup d'entre eux à l'hôpital le week-end. L'institution psychiatrique n'ayant pas pour vocation d'être un lieu de vie, la volonté du chef de pôle est de faire sortir systématiquement les patients le week-end, dans leur famille ou famille d'accueil. L'effectif soignant « historique » n'étant alors plus justifié, il faut le réduire en incitant les agents à poser leurs congés sur la fin de semaine, et en créant une équipe pool de remplacement. Malgré l'accompagnement de l'équipe dans ce projet, cette dernière se sent "clouée au pilori" lorsqu'il faut répondre à l'appel à candidature pour le poste de pool.

Dans ce contexte, notre prise de fonction est peu aisée, d'autant que notre légitimité est relative. Nous nous appuyons sur notre expérience professionnelle, notre clinique et notre connaissance de l'institution. Insuffisantes dans cet environnement de travail, nous pouvons « malgré tout » trouver encore en l'humour un outil qui nous permet d'affronter le stress occasionné par notre nouveau poste, en contrôlant nos propres émotions (mécanisme de défense). Plus précisément, notre première préoccupation est « d'apprivoiser » et intégrer l'équipe en cernant la personnalité des éléments les plus forts, les infirmières les plus installées. Il nous faut provoquer la rencontre avec certains agents « distants ». Les moments de pause sont propices aux échanges connotés d'humour : léger dans un premier temps (par des jeux de mots et des traits d'esprit). Assuré de sa bonne réception et selon les personnes, nous l'adoptons et le poussons en nous appuyant sur l'ironie ou la caricature suivant les sujets relatifs aux orientations du service en termes d'organisation et de ressources humaines. L'humour semble pouvoir suffire pour relativiser les préoccupations secondaires des équipes, leur donner confiance. Assurer un remplacement en service de psychiatrie adulte est redouté car mobilisant, d'après le soignant, des compétences différentes. Il nous faut formuler la demande sans en avoir l'air : « toi, qui a la bougeotte... » ou « toi qui aime voyager... » permet d'encourager l'initiative. Les équipes s'entendent dire quotidiennement qu'il leur faut assurer la continuité des soins, de façon solennelle. Par la distraction, nous pensons pouvoir faire passer ce même message - condition invariable à l'hôpital - sans avoir à tenir ce discours jugé arbitraire et injonctif, tant reçu par les soignants. Plus largement l'humour nous permet d'exprimer notre désaccord de manière socialement acceptable au regard de notre place dans l'équipe. L'humour nous permet également de communiquer les informations descendantes (et parfois contraignantes) en limitant peut-être cette perception selon laquelle les règles sont un outil de domination de la hiérarchie (Crozier, 1971).

Utilisé avec bienveillance et respect de l'Autre, nous sommes convaincu que l'usage de l'humour peut permettre d'apaiser les tensions et de favoriser un climat de travail plus serein. Dans notre cas il contribue probablement à créer une alliance avec l'équipe, une coalition nécessaire à la confiance et à l'accompagnement dans le changement.

1.2 « Le nœud », ou d'une situation d'appel à une question de départ

Durant notre carrière d'infirmier, il nous est toujours agréable d'utiliser l'humour dans nos relations interpersonnelles (avec des soignés comme des soignants). Peu de lieux ou de situations empêchent la plaisanterie, à condition qu'elle soit employée à bon escient. Favorisé par notre socialisation précoce, notre humour est toutefois confronté aux limites de sa mise en pratique dans des cadres institutionnels très hiérarchisés.

1.2.1 A la découverte des instances hospitalières

Ayant pour projet professionnel de devenir cadre de santé, il nous faut naturellement nous extraire de notre quotidien en service de soins pour nous investir dans les groupes de travail et les projets institutionnels. Nous intégrons la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT) et représentons celle-ci au conseil de surveillance de l'hôpital.

Le conseil de surveillance est marqué par une certaine parole officielle et laisse a priori peu de place à la fantaisie. Les ordres du jour, parfois graves et sensibles sont traités avec le respect que demandent les enjeux, en termes de stratégie d'orientation et de gestion de l'établissement. Ici plus de place à un nivellement des rôles, plus d'échanges sur un plan d'égalité, plus d'expression d'émotions, ni de possibilité d'équilibrer les rapports hiérarchiques. Nous y trouvons alors une ambiance opposée à celle que nous véhiculons dans notre service. Y règne en effet une atmosphère austère où relations interpersonnelles manquent cruellement de légèreté. Le souci de la prudence et du sérieux marque un contenu et une forme d'un discours somme toute déconcertants d'aisance. Nous ne nous reconnaissons pas dans cette manière de communiquer. Dans l'hypothèse où l'humour aurait ici sa place, il doit être adapté au contexte de travail, aux personnes présentes et dont les attentes ne laissent pas de disponibilité au rire. Le trait humoristique doit-il être tu sous peine d'être tacitement exclu d'une pensée collégiale dont le ton grave marque le sérieux de l'exercice ?

La CSIRMT n'est pas non plus un endroit récréatif. Cette instance est consultée sur l'organisation générale des soins, la recherche, la formation et l'évaluation professionnelle, ainsi que sur les thématiques de qualité et de sécurité des soins. Cette instance a pour finalité majeure de reconnaître et valoriser le droit d'expression des professionnels infirmiers, de rééducation et médico-technique. Ici la parole nous semble plus libre et plus aisée de par des ordres du jour plus accessibles, incombant à notre quotidien professionnel. Nous sommes tous issus d'une filière paramédicale « utilisant le même langage », coordinateur général des soins compris. La dimension hiérarchique est bien-sûr prégnante mais peut laisser place à quelques divagations humoristiques arbitrées par le président de séance.

Enfin les projets médicaux et de soins infirmiers de l'hôpital conduisent à la formation de groupes travaillant sur des axes visant l'amélioration des pratiques soignantes et de l'organisation des soins. Menées généralement par un médecin et un cadre supérieur de santé, ces réunions de travail réunissent infirmiers, aides-soignants ou éducateurs spécialisés. L'ambiance générale y est généralement plus sereine. Le pouvoir ne fait pas (ou peu) impression, ce qui laisse assez libre court à une verbalisation réfléchie mais légère sur la forme.

« Bien que phénomène complexe, de nombreux écrits en évoquent des traits constants : langage et moyen d'expression, forme de liberté de pensée, posture intellectuelle voire philosophique, phénomène ludique et convivial, créateur de liens... La valeur de l'humour serait multidimensionnelle et ses divers bénéfices seraient physiques, psychologiques, sociaux et cognitifs » (Bouquet, Riffault, 2010, p. 22).

Si nous nous attachons à cette définition de l'humour, dans quelle mesure est-il attendu du cadre de santé qu'il en use dans une instance protocolaire ?

1.2.2 Les limites de l'humour : une réalité française

L'humour est-il un moyen de penser librement ? Ou s'agit-il d'une forme de pouvoir qui semble ne pas être permise à tous et en tout lieu ? A fortiori dans les instances dont l'objet des réunions est la prise de décision répondant à des orientations stratégiques. Y sont relayés les discours officiels graves, arrêtés par les partenaires tutélaires (Agence Régionale de Santé, Haute Autorité de Santé, Ministères). Ils prennent la forme d'injonctions à la rentabilité, à la responsabilité en termes de budgets et de qualité de soins qui échoient aussi désormais aux soignants et travailleurs sociaux.

Ainsi, les causes de cette limitation sont probablement à trouver aussi dans la représentation de l'humour dans notre société. Son usage serait proscrit dans les lieux de décisions. En effet, en France, ces opérations de pouvoir ne sont pas risibles : elles doivent être plutôt exprimées avec sérieux pour être crédibles. Contrairement à d'autres traditions culturelles (anglo-saxonnes par exemple) où grands chercheurs et présidents d'entreprise démarrent leurs réunions ou allocutions avec leurs traits d'humour : auto dérision et modestie chez les Anglais, « opening jock » et « ice breaking » pour détendre l'atmosphère chez les Américains. Ils peuvent aussi utiliser des niveaux de langage moins soutenus, être habillés de façon a priori moins protocolaire qu'en France sans que cela soit une marque de non-respect ou de nivellement des hiérarchisations. Ils commencent traditionnellement par faire sourire ou rire l'assistance.

Par opposition en France, le sérieux reste de mise, a fortiori chez les représentants de nos institutions (écoles, hôpitaux, prisons, etc.) qui véhiculent une conduite à tenir imposée par des règles sociales préétablies. « La culture française accorde une grande place aux positions hiérarchiques et aux titres, ce qui crée des barrières entre les individus dans l'entreprise. De fait l'humour est parfois perçu comme une familiarité que l'on ne peut pas se permettre ». (Autissier A, Arnéguy E, 2012).

1.2.3 L'humour dans les interactions hiérarchiques : un droit descendant ?

L'humour est utilisé singulièrement en fonction des différents groupes de professionnels hospitaliers. A l'instar des territoires d'intervention, il semble trouver ses limites d'usage dans le cadre des relations inter-socio-professionnelles à l'hôpital. Pour autant, tout porterait à croire que la liberté de ce mode de communication soit facilitée dans la mesure où l'acteur tient une position hiérarchiquement supérieure. L'émancipation par l'humour serait autorisée par le détenteur du pouvoir.

« L'humour, à la différence des relations à plaisanterie, se retrouve dans toutes sociétés et varie d'une société à une autre. C'est pourquoi, il est sans doute la cause la plus sociale et culturelle du rire » (Pasqueron de Fommervault, 2012). Il n'en resterait pas moins que structurellement, partout et dans toutes les professions, trop d'humour détruirait le masque du pouvoir. Il serait contre-pouvoir, donc fortement encadré, voire proscrit. Car l'humour favoriserait l'expression orale et permettrait de dire son désaccord de façon socialement acceptable. Mais il permettrait aussi l'union et l'autonomie face à une hiérarchie jugée parfois trop rigide. Dans l'absolu, l'humour serait alors une arme de défense, de lutte et de résistance

qui n'aurait pas sa place partout. D'ailleurs, « les comédiens et les humoristes valent la peine qu'on les écoute au moins autant que les experts et les politiciens, car c'est presque toujours le bouffon qui lâche la vérité que personne n'aime admettre » (Zeldin, 1982, p. 11). Enfin « il n'y a rien qui divise davantage les gens que leur sens de l'humour. Savoir comment ils rient, jusqu'où, avec qui et de qui en dit plus long sur les barrières qui les séparent que toutes les statistiques du monde » (ibid.).

D'où ma question de départ : « Dans quelle mesure l'usage de l'humour serait-il de plus en plus limité dans les relations « supérieurs – subordonnés », a fortiori lors de réunions professionnelles à l'hôpital » ?

1.3 Cadre conceptuel

L'espace référentiel est posé. Il nous paraît maintenant nécessaire de nous attarder sur le terme humour. L'employons-nous à bon escient ou n'est-il pas galvaudé au gré de nos représentations ? Le « hors scène conceptuel » va nous permettre de mieux comprendre sa signification, et bien davantage...

1.3.1 L'humour

L'humour est une notion familière qui se répand quotidiennement dans notre vie personnelle, sociale et professionnelle. Il nous réveille par les matinales radiophoniques, nous accompagne au travers de la publicité, des réseaux sociaux et des relations interpersonnelles privées et publiques. En guise de détente et par sa vertu hypnotique, l'humour littéraire ponctue parfois nos journées. L'humour et le rire scandent notre rythme nyctéméral comme les heures fractionnent notre cadran.

Bien que familier, l'humour demeure un concept abstrait. Il nous conduit vers des approches diverses : étymologiques, sociologiques et philosophiques.

1.3.1.1 Une approche toujours d'actualité ?

Le mot humour provient du terme anglais humor, provenant lui-même du français humeur. Dans l'Antiquité, les humeurs faisaient référence à quatre liquides physiologiques :

- Le sang
- La lymphe (ou flegme)
- La bile jaune
- La bile noire (ou atrabile)

L'équilibre de ces quatre humeurs dans l'organisme permettait l'harmonie thymique chez l'Homme. Une désorganisation laissait alors apparaître un trait d'humeur inhérent au fluide imputé.

Pour illustrer cette théorie, nous dressons un tableau reprenant les quatre tempéraments selon la conception antique d'Hippocrate :

Tempérament	Fluide	Trait d'humeur
Mélancolique	Bile noire (ou atrabile)	Dépressif
Lymphatique	Lympe (ou flegme)	Flegmatique
Bilieux	Bile jaune	Colérique
Sanguin	Sang	De bonne humeur

Cette approche antédiluvienne appartient à un temps tout aussi ancestral. Les troubles de l'humeur trouvant aujourd'hui leurs origines par des manifestations psychologiques ou bio-hormonaux.

Pourtant ne qualifions-nous pas encore les personnes de flegmatiques, sanguines ou atrabillaires ?

1.3.1.2 Une réhabilitation par Voltaire

Bien que le mot « humour » trouve ses origines dans l'Antiquité, il n'apparaît réellement qu'au cours du 18^{ième} siècle. Dans une missive à l'abbé D'Olivet (chancelier de l'académie française). Voltaire commente l'écriture des pièces de théâtre de poètes et dramaturges. Il ne manque pas de souligner des « anecdotes curieuses » quant à l'emploi de la

langue française par ces mêmes auteurs. Ainsi relève t-il « plusieurs mots qui ont vieilli parmi nous, qui sont même entièrement oubliés, et dont nos voisins les Anglais se servent heureusement. Ils ont un terme pour signifier cette plaisanterie, ce vrai comique, cette gaieté, cette urbanité, ces saillies qui échappent à un homme sans qu'il s'en doute ; et ils rendent cette idée par le mot *humeur*, qu'ils prononcent *yumor*, et ils croient qu'ils ont seuls cette *humeur*, que les autres nations n'ont point de terme pour exprimer ce caractère d'esprit. Cependant c'est un ancien mot de notre langue, employé en ce sens dans plusieurs comédies de Corneille » (Voltaire, 1827, p. 126).

Si le mot « *humour* » fut francisé par les Anglais, il revient à l'écrivain et philosophe français de l'avoir réadapté afin de signifier le « caractère d'esprit » des comédies d'avant. Il n'allait plus nous quitter...

1.3.1.3 L'humour : un phénomène non uniformisé

Si nous pouvons nous satisfaire de la définition littéraire de l'humour proposée par Voltaire, il semble difficile d'ignorer la dimension abstraite de ce phénomène. Car l'humour est propre à l'individu de par sa perception, ses multiples facettes et ses usages.

La scène française est riche en humoristes. Vivants ou morts, ceux-ci inscrivent leur passage dans la conscience collective. Ils suscitent l'attrait ou l'aversion selon l'obédience du public. L'humoriste se donne en spectacle et trouve son spectateur, celui pour lequel son humour fait écho et provoque le rire.

Il en est de même pour l'humour en société dont la perception ne peut être une vérité absolue. Elle est rendue variable selon notre sensibilité, nos valeurs, notre culture, ou encore notre rapport à l'Autre. L'humour nous renvoie à notre conformisme par « une forme paradoxale de discours et d'action qui vont contre nos attentes, déclenchant les rires par des retournements sémantiques inattendus, des contorsions et des explosions, un refus du discours quotidien qui met en lumière notre quotidien » (Critchley, 2004, p. 9).

1.3.2 Le comique

Le comique pourrait se situer au carrefour de l'humour et du rire. En effet l'humour tient son existence par un processus d'intellectualisation de l'individu. Quant au comique, il concrétise l'humour en une application par le mot et/ou le signe, de l'émetteur. Le rire est une

manifestation corporelle du récepteur, répondant aux stimuli provoqués par la situation comique.

Dans son ouvrage « Le Rire : essai sur la signification du comique », Henri Bergson s'attache à dévoiler les conditions nécessaires à l'existence du comique afin d'établir sa fonction et les raisons pour lesquelles il déclenche le rire. L'auteur entame son livre par trois postulats :

- « Il n'y a pas de comique en dehors de ce qui est proprement *humain* » (Bergson, 1991, p. 2). L'Homme rit de ses congénères et des choses qu'ils réalisent, mais ne peut apercevoir en un paysage, un animal ou un objet une raison de rire. Sauf par anthropomorphisme ou la forme qu'aura donné l'Homme à cet animal ou cette nature.
- « Il semble que le comique ne puisse produire son ébranlement qu'à la condition de tomber sur une surface d'âme bien calme, bien unie » (ibid.). Autrement dit, le comique implique une abrasion affective éphémère dans les relations interpersonnelles.

Bergson poursuit : « le comique exige donc enfin, pour produire tout son effet, quelque chose comme une anesthésie momentanée du cœur » (ibid.), renvoyant ainsi à la nécessité d'un détachement émotionnel de l'objet ou du sujet inaugurant le rire.

- « Pour comprendre le rire, il faut le replacer dans son milieu naturel, qui est la société ; il faut surtout en déterminer la fonction utile, qui est une fonction sociale » (id. p. 6).

La lecture de ces préalables nous a étonnés. Si nous étions assurés du premier, le deuxième nous interroge davantage en s'opposant à notre certitude que le rire émulsionne nos émotions de joie ou de tristesse. La fonction sociale du rire nous décale encore davantage de nos représentations primaires. Et si l'humour nous dissimulait d'autres utilités ?

1.3.3 Le rire selon cinq théories

1.3.3.1 *La fonction sociale du rire*

Le comique est un processus intellectuel humain éveillant un processus mécanique : le rire. S'il est propre à l'Homme, le rire est « une espèce de geste social » (Id. p. 15) ayant sa fonction dans un environnement social distinct. Le comique et le rire servent de régulateur social dans une organisation ou une société. Ils nous renvoient à nos propres digressions

autrement nommées par Bergson : « (...) raideur du caractère, de l'esprit et même du corps (...) » (Ibid.). Ces excursions antisociales ont pour réponse un rappel à l'ordre se manifestant par le rire de l'Autre, car « par la crainte qu'il inspire, il réprime les excentricités (...) » (Ibid.) et nous commande de les corriger.

Nous nous éloignons encore d'un schéma personnel disposant le rire comme une approche angélique des relations humaines. Alors que nous le pensions comme une traduction de bonne humeur, le rire a cette fonction imperceptible de normaliser les relations sociales par la dénonciation d'une attitude déviante.

1.3.3.2 Le rire supérieur

D'après Charles Baudelaire, le rire viendrait de l'idée de la propre supériorité de l'Homme (Baudelaire, 2011). Il serait ainsi une réaction physique témoignant d'un sentiment supérieur vis-à-vis de l'Autre, porteur d'un défaut, d'une faiblesse, d'un stigmaté.

Cette supériorité se devine à tout âge et en toute situation. Les cours d'école regorgent de scènes où les enfants rabaissent leurs camarades par la moquerie. Nous rions de notre supérieur pour annuler momentanément les rapports hiérarchiques.

Enfin ce sentiment est aussi un moyen de prendre l'ascendant sur des événements ou situations tragiques vécues par l'Homme. Nous pensons à la fable de Roberto Benigni « La vie est belle », dans laquelle pour extraire son fils de l'horreur d'un camp de concentration, Guido décide par le jeu, l'humour et le rire, de lui faire croire que la finalité de leur présence est de gagner un char d'assaut. Si l'humour est une arme, il peut être aussi un bouclier.

1.3.3.3 La théorie de la décharge

Nous tentons de comprendre ici l'approche psychanalytique freudienne selon laquelle l'humour et le rire seraient la manifestation d'un retour du refoulé témoignant d'une tension psychique enfouie. Nous sommes ici devant un mécanisme de défense contrant la pulsion de mort ou sexuelle et dont le débordement se manifesterait par le rire. Autrement dit, le rire serait un aménagement psychique qui permettrait de rendre supportable un contexte angoissant, par l'expression d'une émotion acceptable.

1.3.3.4 L'humour et ses frontières

De quoi pouvons-nous rire ? Peter McGraw, professeur à l'université du Colorado, tente de répondre à cette question (McGraw, 2015)¹. L'usage de l'humour trouve ses limites à l'intérieur des frontières de la violation bénigne. Ainsi rions nous à la seule condition que le discours risible trouve son équilibre en ce que l'auditeur est prêt à recevoir. Il s'agit donc pour l'orateur de veiller à ne pas franchir la ligne sous peine de tomber dans la violation pure de l'entendable : dans l'excès (blague mettant mal à l'aise) ou par défaut (blague ennuyeuse). Nous devinons rapidement que la limite de cette violation bénigne n'est pas fixe. Elle oscille selon des facteurs individuels (culture, origine ethnique, socialisation, genre) et contextuels. L'usage de l'humour impose donc la prise en considération de ces éléments.

1.3.4 L'humour professionnel : quels styles pour quels desseins ?

Pour décrire les différents types d'humour rencontrés dans une organisation professionnelle, nous nous appuyons sur les travaux de Rod A. Martin (professeur de psychologie à l'université de l'Ontario) sur la nature, les fonctions de l'humour et du rire dans les interrelations.

Rod A. Martin différencie au préalable deux aspects humoristiques distincts :

- Son aspect adaptatif par lequel l'usage de l'humour permet une concordance avec l'environnement.
- Son aspect inadapté éloignant l'individu de son environnement.

Puis l'auteur nous permet d'entrevoir la visée de l'humour selon son style :

- « L'humour agressif » (Martin, cité par Autissier et Arnéguy, 2012, p. 86-87) : rejoint la théorie selon laquelle le rire qui en résulte laisse une empreinte de supériorité sur le sujet ou le groupe, victime de quolibets et de mésestime. Cet humour peut apparaître dans une situation de conflit, l'orateur souhaitant rappeler, légitimement ou pas, sa place hiérarchique.
« L'humour semi-agressif » (ibid.) : a en revanche cette particularité de ne pas provoquer de césure relationnelle, restant à l'intérieur des limites de la violation bénigne. Il permet un réajustement de manière socialement accepté.

¹ <https://robertaird.wordpress.com/2015/08/30/theories-sur-le-rire-et-lhumour/>, consulté le 12/03/2017

- « L'humour rabaissant l'image de soi » (ibid.) : prend la forme de l'autodérision. Faire rire de soi, c'est accepter de se mettre en position basse afin de faciliter le processus d'intégration, et de convenir de ses imperfections sans se « mettre à nu ».
- « L'humour rehaussant l'image de soi » (ibid.) : autorise à appréhender plus aisément des situations de travail difficiles voire insensées par une capacité à s'en décaler grâce à la distraction.
- « L'humour associatif » (ibid.) : est visible dans les groupes restreints. Ici l'humour est prévenant et léger. Il appartient à la culture d'une équipe, et en cela constitue le ciment des relations sociales.

1.3.5 L'humour : résultant d'un symptôme ?

L'univers professionnel, comme chaque scène de la vie sociale, laisse à l'acteur cette liberté de déployer son habileté humoristique selon sa propre appétence. Nous observons en effet que chaque individu appréhende l'humour à sa manière, avec une facilité variable. Pouvons-nous alors penser que l'usage de l'humour relève d'une compétence construite sur le passé ?

Samuel Janus (psychologue américain) avance l'hypothèse que le maniement de l'humour est déterminé dès le plus jeune âge (ce qui nous renvoie à notre expérience personnelle). L'enfant trouve en son emploi un biais d'adaptation à son milieu social égrainé de frustrations : sources d'angoisses et de colères mais aussi de souffrance et de solitude. L'agressivité pourrait être une réaction, mais elle est substituée par l'humour : instrument relationnel préservateur d'un vécu douloureux.

1.4 « Intermède » - Évolution de notre réflexion au cours des lectures exploratoires

Notre cheminement nous demande de nous pauser. Notre persévérance à vouloir aborder le sujet de l'humour à l'hôpital est quelque peu bousculée par le sentiment de nous dévoiler. Partant d'une intention naïve de traiter d'un thème qui nous est cher, nous devinons qu'il va nous impliquer au-delà du travail de recherche. L'enthousiasme semble freiné par la lecture d'apports théoriques nous menant vers un processus identificatoire inconfortable. Quelques semaines suffiront à dépasser ce vécu et à reprendre le cours de l'exploration.

1.4.1 D'une approche brute...

De par notre formation et notre expérience, notre premier questionnement est de savoir si l'humour utilisé par le cadre de santé (pivot managérial) peut être une posture communément admise par le pouvoir (direction) et l'équipe de soin au sein de l'hôpital. Cependant, d'une part nous sommes encore centré sur nous même de façon projective : futur détenteur d'un pouvoir et d'une autorité, pouvons-nous concilier humour et management sans perdre notre légitimité auprès de l'équipe de soin ? L'humour ne risque-t-il pas de nous entraîner dans un conflit de valeurs, ou au contraire va-t-il nous aider à poursuivre notre carrière, notre réussite ? D'autre part, outre que tous les cadres de santé ne sont pas habitués - ne sont pas autorisés ou ne s'autorisent pas - à manier l'humour, ce type de questionnement peut être perçu comme « trop opérationnel », voire « instrumental », synonyme de quête d'outils de management.

L'utilisation et le maniement de l'humour sont à adapter à l'interlocuteur et au contexte de travail. Ainsi dans un service de soin, il est facile et permis de plaisanter avec les collègues de rang hiérarchique égal ou inférieur. Les types d'humour sont variés, allant du jeu de mots à l'ironie, en passant par l'humour noir. L'affinité nous autorise une certaine déviance. Ainsi nous arrive-t-il de nous moquer, d'utiliser la dérision, l'autodérision ou « l'humour sous la ceinture ».

Nos modes de communication diffèrent lorsque nous nous adressons aux personnes ayant une position hiérarchique plus élevée : cadre supérieur de santé, directeur des soins, directeur des ressources humaines ou encore médecins (hiérarchie fonctionnelle). Parce qu'il peut s'opposer à la crédibilité de notre discours, l'humour doit ici être adapté au profit d'un

verbe plus fin et plus adroit. Devons-nous parler d'un humour intelligent ? Probablement, sous peine de nous voir disqualifié par l'autorité. Ainsi si nous utilisons l'humour comme moyen de communication, celui-ci doit être opportun et tomber à point dans l'échange.

1.4.2 ... à une vision nouvelle

Malgré nous, les différentes lectures sur l'humour nous ont conduit sur des chemins inconnus. Moins sur son utilisation que sur ses fins. S'il est utile pour faciliter les relations, instrument pacificateur, niveleur et favorable à une dynamique de groupe, il peut aussi être une arme critique renforçant les hiérarchies, les stéréotypes voire la domination. Comme le rire, il serait révélateur d'enjeux de pouvoir, de lutte et de résistances qui ne disent pas leur nom. L'humour serait un appareil de pouvoir sur autrui et, in fine, d'exclusion.

De plus, si l'usage de l'humour semble être facilité entre collègues de même rang (dont les infirmiers), cette réciprocité serait de moins en moins vraie lorsque nous nous aventurons dans les jardins suspendus de la hiérarchie officielle - a fortiori pendant les interactions publiques où l'humour devrait être adapté et/ou serait moins autorisé pour les personnels hiérarchiquement inférieurs. Seuls les détenteurs du pouvoir pourraient l'exercer dont les médecins, que nous avons omis d'inclure dans notre réflexion (et plus précisément dans les groupes de professionnels à interviewer). La raison peut sembler simpliste voire caduque au regard d'un travail collaboratif pourtant éprouvé. Avec eux, nous n'avons jamais eu le besoin de créer des relations professionnelles fantaisistes. D'où une sorte d'indifférence pour l'utilisation de l'humour. Les infirmiers sont les derniers maillons de la chaîne du soin (avec les aides-soignants). En cas de défaillance voire d'erreur partagée, nous avons toujours été traversés par cette conviction que les médecins préserveront l'intégrité de leur maillon, quitte à scier celui de l'infirmier. Or, l'usage de l'humour demande la confiance en l'Autre.

Les praticiens hospitaliers ne sont pourtant pas avares de blagues, jeux de mots ou humour noir. Cette expression semble d'ailleurs pouvoir se manifester en tout temps et en tout lieu lors de leurs relations avec le patient. Nous retenons les éclats de rire d'un chef de pôle lors de ses consultations. Les réunions cliniques hebdomadaires sont aussi le théâtre de plaisanteries dès lors que le médecin frappe les trois coups et ouvre le rideau. Les rencontres institutionnelles sont elles aussi marquées par des pointes d'humour de médecins pince-sans-rire, adressées à des confrères, aux partenaires sociaux ou à la direction afin de souligner quelque désaccord.

Que peut nous montrer l'usage de l'humour des rapports de pouvoir à l'hôpital ? L'humour comme le sérieux ne serait-il pas révélateur d'un pouvoir hiérarchique dans nos institutions ?

1.4.3 Posons le stylo

Pour l'heure, forçons-nous à nous décaler de cette corrélation humour-pouvoir, pour tenter de comprendre l'imbrication de l'humour dans les interactions à l'hôpital. Car nous ne pouvons singulariser son utilisation à notre unique expérience (qu'il nous faut dépasser). Ce questionnement nous appartient et n'a jamais interpellé notre curiosité de savoir ce que nos collègues cachaient derrière leur rire. Aussi devons-nous comprendre ce que les professionnels attendent de ce mode de communication. Manient-ils l'humour de la même façon selon leur appartenance hiérarchique ? Avons-nous tous le même rapport à son usage et à sa fonction dans le cadre de notre activité professionnelle ?

A ce stade de notre travail de recherche, il nous semble nécessaire de suspendre nos lectures afin d'aller à la rencontre de professionnels aux statuts disparates. Entrons et visitons l'hôpital, de sa cave jusqu'à son grenier.

1.5 L'entretien exploratoire : rencontre avec deux professionnels de terrain

Les deux entretiens exploratoires se déroulent dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de province, auprès de deux professionnels hospitaliers appartenant à deux appartenances hiérarchiques distinctes : un brancardier et une cadre supérieure de santé. Notre but étant de confronter le rapport à l'humour et le grade.

Les entretiens ont été préparés suivant une méthodologie de recherche qui sera explicitée ultérieurement. En effet, la construction rigoureuse du guide a permis d'exploiter ces interviews lors de la phase exploratoire et de les inclure aux entretiens définitifs, en accord avec notre tutrice de mémoire.

1.5.1 Le brancardier

Le premier entretien a lieu dans le service de brancardage. Nous sommes reçu par le cadre de santé avec qui nous nous entretenons sur le fonctionnement global de l'équipe, les outils logistiques et informatiques mis à disposition pour une organisation efficiente. L'accueil est cordial même si le cadre se montre directif quant au déroulé de l'entretien. Il se fera dans son bureau, la disponibilité du brancardier ne dépassera pas une heure : « pour raison de service ». Il a choisi la personne interviewée parmi son équipe selon des critères de correspondance au thème abordé et une propension supposée qu'aurait ce brancardier à se livrer.

Puis le cadre nous présente à l'équipe. Les quatre brancardiers sont assis autour du coordinateur afféré sur son écran, à leurs organisations. L'introduction se fait par de franches poignées de main. Nous nous présentons et restons évasif quant à notre formation suivie car nous ne voulons pas gêner ou brider le futur discours du professionnel. Nous sommes donc dans le milieu paramédical et faisons une enquête sur les brancardiers.

Ici l'accueil est chaleureux, familial ou non retenu. « *Pour une fois qu'on s'intéresse à nous !* » lance un homme d'une trentaine d'années. Cette remarque a eu comme seule réponse un fou rire général mais témoigne pourtant de la faible reconnaissance d'un groupe professionnel peu diplômé. Pourtant, il circule dans l'hôpital. Il est témoin de ce qu'il se passe dans les couloirs et l'ensemble des services qui sont son territoire. D'où notre choix de débiter cette démarche exploratoire par un entretien avec un brancardier.

De par une mise en confiance réciproque, l'échange s'est rapidement inscrit dans une dynamique permettant une quête et l'obtention de matériel nécessaire à l'exploration. La

principale difficulté de l'entretien fut de contenir la prolixité dispersive de l'interviewé sans pour autant freiner sa production idéique.

L'entretien mené le 26 décembre 2016 dure une heure et sept minutes.

Monsieur Saran² est un homme de 53 ans. Il débute sa carrière professionnelle dans les hôpitaux en 1984, par hasard voire par défaut. La sécurité de l'emploi fut un argument important. Après avoir occupé un poste d'ambulancier, il passe le concours aide-soignant et travaille dans plusieurs services d'un grand CHU parisien. Par voie de mutation, il obtient un poste en province quelques années plus tard. L'opportunité de rejoindre l'équipe de brancardage se fait par hasard, ayant reçu l'information d'une vacance de poste au décours d'un couloir.

1.5.2 La cadre supérieure de santé

L'entretien avec Madame Solmiec cadre supérieure de santé (CSS) est fixé deux semaines après le premier. Il se déroule dans son bureau, à l'issue de sa journée de travail. La rencontre nous semble plus formelle. Nous recevons au préalable ses interrogations quant à notre parcours professionnel, notre vécu de la formation et les raisons du choix du thème. Ici nous ne pouvons pas être équivoque au risque de discréditer une confiance nécessaire au déroulé de l'échange. Durant celui-ci, nous avons pourtant le sentiment que la professionnelle réserve davantage ses propos. De fait la difficulté est de l'amener à s'exprimer plus en avant quant à son expérience et ses liens sur l'usage de l'humour qu'elle a d'abord abordé comme outils de management (ainsi que nous le pensions à la genèse de notre travail). Les relances sont également compliquées par une volonté possible de la cadre de co-mener l'entretien.

L'entretien mené le 08 février 2017 dure 48 minutes.

Madame Solmiec a 50 ans. Elle est diplômée depuis 1988 et exerce son métier d'infirmière pendant 7 ans en réanimation, bloc opératoire et salle de réveil dans un CHU du sud-ouest de la France. Elle obtient son diplôme de cadre de santé en 1996 et va travailler en région parisienne comme formatrice IFSI jusqu'en 2001. Cette même année, elle obtient sa mutation dans un service de réanimation d'un autre CHU. Elle devient cadre supérieure de santé en 2010 et poursuit son exercice en réanimation pour enfin intégrer la gestion des blocs

² Par respect de l'anonymat, chaque interviewé est identifié par un pseudonyme.

opératoires. Elle se situe en position intermédiaire entre la direction, les médecins et le personnel paramédical, soumise à des injonctions paradoxales.

1.6 L'humour à l'hôpital : vers une expérience contrastée

Les résultats de ces deux entretiens confirment les usages importants de l'humour et du rire à l'hôpital, de ses déclinaisons (selon les groupes, les lieux et les situations de travail), mais surtout de ses limites – bien au-delà du cadre des réunions. Nous soulignons la capacité du brancardier à décrire de façon pertinente la place qu'il occupe dans l'organisation des soins. Son regard presque sociologique nous est éclairant pour la suite de notre travail.

1.6.1 L'humour comme régulateur d'émotions

Les deux enquêtés osant et usant d'humour acceptent eux-mêmes d'être sujet de plaisanteries. L'humour associatif permet d'aider les groupes à « *détendre* » l'atmosphère. Alors que l'humour rehaussant l'image de soi permet quant à lui de « *lâcher* », « *évacuer* », « *décharger* » les « *tensions* », « *l'agressivité* », la « *colère* », « *l'angoisse* ».

Parmi les exemples les plus parlants, le brancardier raconte le cas d'un anesthésiste « *au pied du malade en train de faire un théâtre de marionnettes entre les deux champs, quoi. Pis l'autre qu'est écroulé de rire (...), ils démystifient le fait qu'ils font une intervention. (...) c'est long les interventions* ». Ce qu'il rattache aussi au besoin d'évacuer les émotions suscitées par la maladie.

Ces émotions apparaissent être en creux, des dimensions importantes du travail à l'hôpital, laissant voir des limites certaines de l'usage de l'humour dans certains lieux ou situations de travail. Ainsi devant des conditions de travail trop tendues au sein des services, des équipes entières ne peuvent plus être ouvertes à l'humour. « *Les gens n'ont plus envie de rire (...). J pense qu'ils ont simplement beaucoup de boulot... (...). C'est plus froid tout de suite* » explique le brancardier. Nous faisons le lien avec les frontières de l'humour développées par Peter McGraw.

Pourtant parfois le rire se partage et se mélange allègrement avec celui des larmes au sein de groupes de cadres confrontés à des « *projets, constructions, restructurations* » annuelles auxquels Madame Solmiec fait référence. Suivant la théorie freudienne, le rire serait ici la manifestation d'une tension psychique enfouie.

1.6.2 L'humour : marque de respect et de distanciation

Pour autant, indépendamment de la charge de travail, la notion de respect de l'Autre, des hiérarchies et/ou de « *l'autorité* » est aussi commune aux deux interviews. En aucun cas, les subordonnés ne sont « *camarades* » avec leurs supérieurs. Il ne s'agit pas de gêner l'autorité (« *c'est pas les mêmes blagues* » dont il convient d'user en leur présence) ni de défier les codes sociaux établis. Ainsi le brancardier dit devoir « *rester correct* » afin de répondre à un comportement général à avoir à l'hôpital. La notion d'éducation transparait des propos de la cadre supérieure de santé qui se « *censure* » ou « *s'interdit d'aller sur des terrains limites* ».

Le brancardier décrit l'importance des barrières qui s'imposent à son équipe, et le nombre important de ses « flops » - d'autant qu'il est partisan de l'humour (« *j'suis pas forcément drôle (petit rire)* »). Pour s'adapter aux limites humoristiques des personnes, il faut un minimum d'interconnaissance, mais aussi de reconnaissance. Ce qui passe par l'échange de regards. Or, une partie importante des médecins ne voient pas « les petits personnels », invisibles: « *par exemple dans le couloir j'arrive avec un lit pis il se pousse pas, quoi. Il me voit pas. Ou il va dire bonjour au patient et m'dit pas bonjour à moi* ». Car « *les médecins en règle générale, ils... c'est un peu toujours une catégorie un peu à part, quoi. Euh... pff... 'font pas trop attention* », a fortiori les professeurs : « *c'est un autre monde* ». Autrement dit, « *Y a pas de blagues parce qu'y a même pas de... de... de bonjour* ». Selon le brancardier, l'introduction de l'humour passerait donc par l'éducation affichée par le récepteur. Nous abordons ici (comme à suivre) l'aspect adaptatif de l'humour dégage par les travaux de Rod A. Martin.

1.6.3 Lorsque la gravité supplante la légèreté

Si les réunions font moins partie du quotidien du brancardier, celui confirme aussi que « *l'ambiance* » y est « beaucoup plus hiérarchique » : « *c'est pas des endroits où ça blague...* ». Sont évoquées ici les limites de l'usage de l'humour liées à des enjeux revendicatifs. Outre les personnes ayant « *p't-être une peur de... de la... de la hiérarchie* », les réunions voient ses collègues défendre leurs conditions de travail devant la direction. « *Les collègues vont m'dire : 'Attends, ah nan. Là c'est... là c'est sérieux là. '. On est plus dans le rapport de force, donc là... là y a pas vraiment de place à l'humour* », d'autant que l'équipe est souvent en sous-effectif. Pourtant il paraît toujours possible au brancardier de glisser

quelques blagues à certains collègues abusant de réclamations. L'usage de « *petites pointes* » permet justement de les pointer en douceur. Cela dépend « *d'la façon dont c'est dit, pis avec le sourire on peut... on peut dire plein de choses. Tout dépend le ton dans lequel on dit la même phrase* ». Par cet humour semi-agressif, Monsieur Saran reste à l'intérieur des limites de la violation bénigne.

1.6.4 L'autorité autorisée ?

En lien, des propos émergent d'autres différences claires entre le brancardier, la cadre supérieure, et d'autres groupes professionnels (d'après leurs expériences respectives). L'usage de l'humour apparaît bien dépendre du niveau professionnel hiérarchique, à « *quel niveau on s'situe* » (CSS). Clairement ici Madame Solmiec est « *connue et reconnue* ». Certain(e)s infirmier(e)s, les aide-soignant(e)s et les agents de service hospitalier la vouvoient. Elle est la « *chef* » et rencontre peu de limitation à son expression (dont humoristique). De fait, comparativement au groupe des brancardiers, elle prête beaucoup moins d'attention à l'image qu'elle donne : « *c'est pas grave, à qui il arrive d'aller trop loin* » = « *tant pis, j'lai dit* ». Elle rencontre également peu de limitation à ces échanges avec les médecins, tout en soulignant sa capacité à rire avec eux « *sur des choses qui ne font rire qu'eux* », ce qui la renvoie sur le caractère non transversal de l'humour entre communautés professionnelles. D'ailleurs les deux enquêtés confirment leur facilité plus grande à user d'humour, à échanger des vannes mutuelles au sein de leur « *corporation* » ou avec des professionnels avec qui l'entraide au travail est régulière. Ainsi à l'hôpital comme ailleurs, l'humour n'a plus sa place quand sont réunies des personnes étrangères, inconnues. Les intervenants venant « *de multiples horizons* » rendent impossible un usage de l'humour commun. Il est alors difficile de savoir sur quoi rire. La distance faisant loi d'autorité. L'expérience de la cadre supérieure de santé rejoint ainsi notre observation lors des conseils de surveillance où les participants ne se connaissent peu ou pas.

1.6.5 L'humour au service de la façade et du rôle

Il semble davantage permis aux personnels des services d'user de moqueries et d'exprimer leurs émotions, mais il est recommandé aux brancardiers de ne pas réagir même devant des critiques déplacées (ce que ses jeunes collègues - comme lui plus jeune - ne parviennent pas toujours à faire). Ils doivent faire attention à leur image dans leurs

interactions avec la hiérarchie. Enfin ils doivent apprendre à s'adapter sans arrêt aux différentes conditions de travail dans les services, à des oublis et à des violences verbales du fait aussi de leur « *rôle de tampon au quotidien* », à l'instar du rôle informel d' « air-bag » des infirmières entre le médecin et le patient (Vega, 2102). Il s'agit alors de développer des capacités à se détacher, à s'extraire de « *c'qu'on vit au quotidien, dans l'instant présent* », par rapport à « *d'autres qui sont un p'tit peu dans... dans une angoisse* ». Les brancardiers doivent apprendre à se taire car ils ne sont finalement pas considérés comme des acteurs de soins à part entière. Ils sont souvent critiqués, un peu des boucs émissaires quant aux retards dus en fait à des questions d'organisation collectives du travail.

Si les deux enquêtés sont bien en position transversale (d'où leurs capacités communes à s'extraire des clans ou des sous groupes) - il apparaîtrait donc aussi que les brancardiers, situés au bas des hiérarchies hospitalières, ont à faire avec une multitudes d'acteurs loin d'être toujours en capacité de s'extraire de leurs propres difficultés ou centres d'intérêts. Ceci expliquerait aussi la connaissance plus importante du brancardier enquêté des limites de ses usages de l'humour et de ceux de son groupe professionnel.

Par opposition, le regard du CSS sur l'hôpital semble moins global et en lien, ses stratégies managériales via l'humour sont plus limitées, du moins elles ne recoupent qu'une partie de celles développées par le brancardier (pour qui l'humour sert à détendre l'atmosphère en réunion, mais aussi à faciliter les échanges, préparer le terrain, ouvrir une porte, mieux faire passer des messages). Cependant, du fait de sa place dans la hiérarchie hospitalière, elle a développé des usages de l'humour comme pause redynamisant les réunions (a fortiori sérieuses et longues), voire des stratégies de séduction. D'autant que finalement sa principale difficulté, comme celle de son équipe de cadres est de faire face à d'énormes projets : avec beaucoup de travail à fournir, des réunions de comités de pilotages démultipliées, des heures supplémentaires de travail où il a fallu « *négozier* » (avec les directions). Ceci explique pour finir l'importance soulignée de l'entraide de ses collègues (« *on doit être notre soupape entre nous* »), et du maintien d'une bonne ambiance - qui passe par l'humour - avec les autres acteurs du pouvoir (médecins, directeur de pôle, collaborateurs cadres, cadres administratifs, directeurs).

1.6.6 Les styles d'humour

Selon qu'il est employé par le brancardier ou la cadre supérieure de santé, l'humour s'inscrit dans un contexte, dans un environnement propice. Néanmoins, il ne prend clairement pas la même forme selon qu'il est exprimé par l'un ou l'autre.

Avec ses pairs, Monsieur Saran s'adonne aux jeux de mots et à l'humour café du commerce. Les blagues peuvent être « *verbales euh... on s'moque de... de... enfin on s'moque... d'un physique... d'un gars* » quitte à atteindre l'image de son collègue (présent) ou du cadre de santé (absent). Il semble cependant que le brancardier soit bien plus adepte du comique de geste. Il n'hésite pas à se mettre physiquement en avant : « *je suis l'orateur pis y a une tribune* ». La palette est alors variée puisque « *ça va être une imitation, c'est euh... c'est un peu l'one-man-show* » ou « *rentrer dans la salle pis chanter une chanson, de... simuler un air de guitare* ». Le comique de situation est aussi présent dans le service puisque une autre blague « *peut être du scotch sur un vestiaire, sur un cadenas* ». Pour résumer, « *l'humour peut être facile avec tout le monde* » et prendrait tout son sens dès que « *ça a un côté un peu clown* ».

Madame Solmiec semble elle aussi réceptive à l'humour : « *j'suis très bon public* ». Si elle apprécie « *l'humour café de commerce* » ou « *Grosses Têtes* », elle est aussi sensible à « *l'humour plus pointu ... et second degré plus recherché dans les mots, dans le verbe* », puis à l'« *ironie - quand c'est bien fait* ». Les « *blagues qui sont en d'sous la ceinture* » sont rares car elle peut rire « *de plein de choses sans ça* ». Cette professionnelle s'inscrit donc exclusivement dans un comique de mots. L'ironie et la moquerie appellent les limites : « *se moquer, c'est pas forcément avoir de l'humour* ».

1.7 **D'une observation à une question de recherche**

Les résultats de ces deux entretiens confirment les usages importants de l'humour et du rire à l'hôpital entre professionnels (en particulier pour évacuer les tensions), de ses déclinaisons (selon les groupes, les lieux et les situations de travail), mais surtout de ses limites – bien au-delà du cadre des réunions. Ces assemblées semblent être « l'arbre qui cache la forêt » des codes sociaux. Elles ne font que confirmer des règles de bienséances, de représentation et de pouvoir à l'hôpital. Les brancardiers ne maîtrisent pas les réunions, pas plus qu'ils ne maîtrisent finalement l'organisation du travail qui s'impose à eux. Ils évoluent dans un cadre d'expression sinon beaucoup plus contraints, du moins à plus contrôler leurs

paroles lorsqu'ils sont en dehors de leur groupe. En contraste avec la cadre supérieure de santé qui paraît moins faire attention à ses propos.

L'hôpital nous est alors apparu comme une sphère, un espace temps obligé et contraint où chacun doit s'exercer à un travail de représentation. Le contexte impose la manière de paraître, plus ou moins retenue selon que le rôle et le statut social changent. Chacun apprend ou redéveloppe des codes « ad hoc » attendus dans les interactions sociales soumises aux rapports de pouvoir.

L'usage de l'humour et ses déclinaisons renvoient à l'idée que notre conduite, manière d'être et posture (entre soi comme avec d'autres) relèvent bien de notre socialisation primaire et secondaire nous héritant d'un capital culturel et social. Par définition non représentatifs, les deux entretiens ayant servi de support à cette première analyse nous imposent la prudence quant à toute interprétation arbitraire. Car l'exploration du terrain a « consisté en l'étude de cas concrets, pris dans leur singularité, et rapportés à un ensemble plus vaste, celui de (...) la société tout entière » (Fainzang, 1994), ici l'hôpital. Pour autant, nous apercevons une distinction quant aux possibilités d'utiliser l'humour (plus limité par le bas) et au type d'humour employé par les deux professionnels. Un peu clown pour le brancardier, sémantique et artistique pour la cadre supérieure de santé.

Les deux entretiens corroborent notre assurance que l'humour est un outil facilitant les interactions et assouplissant des conditions de travail parfois envahissantes. Pour autant, nous déplaçons encore notre conception initiale selon laquelle l'humour a soit pour fonction de policer et civiliser les rapports hiérarchiques, soit de s'opposer et « dénaturer » le pouvoir. Pourquoi ne pensions-nous qu'à ses supposées « vertus » sans en examiner ses limites ? Celles-ci transparaissent dans le discours des deux enquêtés, sous forme de prescription visant à défendre des enjeux s'éloignant d'une simple habileté relationnelle.

De fait, nous proposons la question de recherche suivante : En quoi l'usage de l'humour dans les interactions nous informent-ils des intérêts individuels et collectifs, au regard de la place hiérarchique et sociale occupée à l'hôpital ?

2. Méthodologie de la recherche

La construction d'un mémoire nécessite un travail intellectuel auquel nous sommes peu familiarisé. Par différentes étapes, nous passons d'un désir d'aborder un sujet suscitant notre intérêt à l'exécution réflexive et manuscrite lui donnant vie. Ce cheminement nous mène parfois dans une obscurité peu tranquillissante. Nous avançons, reculons ou faisons un pas de côté en fonction d'ouvertures et de fermetures idéiques permises par nos découvertes, nos échanges et nos observations.

Le travail de recherche peut s'apparenter un puzzle. Nous assemblons les morceaux afin de les réunir et n'en faire qu'une pièce. Bien que nécessaire, ce travail « éclaté » rompt avec notre approche cartésienne de l'exercice de production. Fort de ce constat, nous choisissons de nous appuyer sur le « Manuel de recherche en sciences sociales » proposé par L. Van Campenhoudt (Docteur en sociologie) et R. Quivy (Docteur en sciences politiques et sociales). Il sera complémentaire au cheminement réflexif engagé avec notre tutrice de mémoire.

« Une démarche est une manière de progresser vers un but. Chaque recherche est une expérience singulière. Chacune est un processus de découverte qui se déroule dans un contexte particulier au cours duquel le chercheur est confronté à des contraintes, doit s'adapter avec souplesse à des situations imprévues au départ, est amené à faire des choix qui pèseront sur la suite de son travail » (Van Campenhoudt, Quivy, 2011, p.15). Le choix d'appréhender l'humour à l'hôpital est arrêté avant d'intégrer l'Institut de Formation des Cadres de Santé. Reste à définir le prisme sous lequel nous allons l'aborder. Que voulons nous découvrir ? Nos premières approches sont superficielles et ne correspondent pas à ce que nous voulons mettre au jour. En guise d'élucidation, notre tutrice de mémoire nous invite à rapprocher notre usage de l'humour à notre expérience de vie puis professionnelle. Si réfléchir sur la seconde est aisée, nous dévoiler sur la première nous interroge en termes d'importance pour la suite. Non sans contrainte, nous nous révélons. Nous comprenons aujourd'hui cette demande imprévue, initiatrice de notre progression. Car « la particularité des sciences sociales est d'ailleurs qu'elles étudient des phénomènes dont chacun a déjà, le plus souvent, une expérience préalable, sinon directe, au moins indirecte » (id. p.17).

Toujours selon les mêmes auteurs, toute démarche de recherche s'articule autour de trois actes « interagissant de manière constante » (id. p.15). Le premier acte consiste pour le

chercheur à opérer une rupture avec des idées préconçues. Ce travail s'effectue notamment par une exploration livresque puis par les échanges avec nos collègues et directeur de mémoire. « Prendre suffisamment de recul avec sa propre expérience et ses propres catégories de pensée a priori » (id. p.18) permet ainsi un processus de recherche objectivé. Nous pensons que cette prise de hauteur s'est opérée au travers « l'intrigue » et « le nœud » constituant la première partie de notre travail. Le deuxième acte est celui de la reconstruction. Il « consiste à reconsidérer le phénomène étudié à partir de catégories de pensée qui relèvent des sciences sociales, à se référer à un cadre conceptuel organisé susceptible d'exprimer la logique que le chercheur suppose être à la base du phénomène » (id. p.19 20). Cette étape précède la phase d'observation afin de « savoir ce qu'il y a lieu d'observer » (id. p.20). Ici le cadre conceptuel n'est pas exhaustif en ce sens que de nouveaux concepts apparaissent en filigrane de la première phase exploratoire. Il est donc probable que nous nous placions dans une démarche inductive lors de l'analyse des entretiens définitifs pendant laquelle « les concepts et hypothèses continuent d'être élaborés » (id. p.20). La constatation constitue le troisième acte. Elle se décline en la construction du guide d'entretien, la réalisation des entretiens et leur exploitation par l'analyse qui en découle. Par l'apport d'un matériel fourni par les professionnels interviewés, cette dernière étape peut être en mesure d'élucider notre question de recherche et/ou de poser de nouvelles questions.

2.1 Conception du guide d'entretien

La construction du guide d'entretien nous est peu aisée. Simples, intelligibles et non-inductives, les questions doivent répondre à une trame structurante mais n'enfermant pas la parole du professionnel interviewé. Elles doivent être suffisamment ouvertes afin de soutenir des réponses elliptiques enrichissant chaque thème (logique de découverte). Par ailleurs, nous devons faire preuve de discrétion quant à l'hypothèse nous amenant à cet interrogatoire. Elle n'apparaît pas dans le guide et pour autant elle sera le fil rouge duquel les relances et les reformulations tenteront de s'approcher (Paillé, Muchielli, 2005).

L'instrument d'observation créé pour les deux entretiens exploratoires servira de socle aux entretiens définitifs. Leur construction et la conduite des interviews nous permettant de recueillir un matériau riche et exploitable. Notre attention portera cependant à adapter la forme de chaque guide en fonction de l'activité professionnelle de la personne interrogée. En conservant un fond commun, nous nous assurons de pouvoir recouper les collectes d'informations dans la phase ultérieure d'analyse.

Le guide d'entretien comporte douze questions rejoignant les cinq thèmes suivants:

- La présentation du professionnel
- Le lieu et les professionnels avec lesquels travaille l'interviewé
- Le vécu au travail en termes d'interrelation professionnelle
- L'usage de l'humour
- Les limites de l'humour

Le premier thème prend la forme d'une introduction à l'entretien. Notre première attente est de conforter l'interviewé quant à une situation peu habituelle, pouvant susciter la crainte de se livrer ou de répondre « à côté ». Se présenter professionnellement reste un exercice aisé puisqu'il mobilise la mémoire au service d'un exposé chronologique « simple ».

Le deuxième thème permet de contextualiser l'activité professionnelle de la personne en termes de lieu et de travail en équipe. Outre notre volonté d'évaluer ici l'ambiance générale du service, nous permettons à la personne de « s'installer » dans l'entretien. Les réponses sont contrôlées et ne laissent pas de place au doute. Une certaine confiance s'instaure dans la dualité. Nous évaluons la capacité de l'interviewé à pratiquer l'humour.

Le troisième thème aborde la chronologie d'une journée type de travail. La description des moments difficiles permet d'orienter la personne sur ses stratégies pour les surmonter. Nous tendons discrètement sur l'usage de l'humour. Nous vérifions également la qualité et les freins des interrelations professionnelles dans des lieux et situations de travail hiérarchisées telles que les salles de pause ou les réunions.

Le quatrième thème plonge le professionnel dans son rapport à l'humour en terme de type, d'usage et de réception, selon le contexte et l'entourage de travail : en présence de collègues et de supérieurs hiérarchiques. Nous nous intéressons enfin à l'emploi de l'humour hors du champ professionnel.

Le cinquième thème propose à l'interviewé de s'exprimer sur ses propres limites d'utilisation de l'humour au regard de situations particulières ou de présence de certaines personnes.

Pour finir, nous invitons la personne à expliciter son approche de l'humour tout au long de sa carrière professionnelle.

Nous terminons l'entretien par une question ouverte amenant le professionnel à développer un point qu'il n'a pas eu l'occasion de soulever.

Puis nous nous posons les questions relatives à la construction du talon sociologique de l'agent.

2.2 Les entretiens exploratoires

Ainsi que nous l'explicitons auparavant, notre premier travail de recherche se traduit autour d'une corrélation humour-pouvoir de laquelle nous pouvons nous défaire. La décision d'user de l'humour nous semble descendante dans le cadre de relations professionnelles hiérarchisées. Les liens avec le cadre théorique nous permettent d'avancer que l'humour a ses frontières et que son emploi témoignerait d'un sentiment de supériorité. Par son aspect, il rapprocherait ou éloignerait l'orateur de son environnement. L'usage de l'humour passerait par un travail adaptatif au contexte social.

Le terme de cette étape nous fait bégayer. Nous sommes quelque peu enfermé dans une certaine circularité de notre pensée, avec le sentiment de vérifier une évidence ne pouvant accéder à une question de recherche.

Il nous faut élargir « le champ d'investigation des lectures » (Van Campenhoudt, Quivy, op. cit. p.58) en le confrontant à l'expérimentation des professionnels. « Les lectures donnent un cadre aux entretiens exploratoires et ceux-ci nous éclairent sur la pertinence de ce cadre » (ibid.). Car nous sommes effleuré par l'idée que nous n'avons pas envisagé le problème dans sa globalité. Certains aspects de l'usage de l'humour à l'hôpital semblent nous manquer.

Comme explicité précédemment, les entretiens exploratoires se déroulent auprès de deux professionnels issus de milieu hiérarchiques distincts : un cadre supérieur de santé et un brancardier. Leur exploitation allait comme le soulignent encore R. Quivy et L. Van Campenhoudt, « remplir cette fonction de rupture et d'ouverture vers des perspectives de recherche valables » (id. p. 59). Ils confirment en partie nos présupposés tout en ouvrant notre réflexion sur des hypothèses relevant d'un champ sociologique inattendu.

2.3 L'échantillon de la recherche

Les entretiens exploratoires et définitifs se déroulent auprès de huit professionnels, tous issus d'un même CHU, donc théoriquement emprunts d'une même culture institutionnelle (étude dite par monographie permettant aussi des comparaisons sans effets « établissement »). Par souci de neutralité, nous choisissons un établissement dans lequel nous n'avons jamais travaillé. Nous ne connaissons pas davantage les professionnels interviewés.

Le choix de la population interrogée nous est bien sûr suggéré par notre question de recherche. Nous allons donc sélectionner le personnel interviewé selon le critère du rang

hiérarchique occupé dans l'institution hospitalière. Notre choix peut paraître présomptueux en termes de faisabilité. Dans un souci de distinction de l'approche de l'humour selon les catégories socio-professionnelles, il nous paraît pourtant inconcevable de ne pas mettre le pied sur un seul barreau de cette échelle hiérarchique. Car dans notre cas, « le critère de sélection de ces personnes est généralement la diversité maximale des profils en regard du problème étudié » (id. p. 148).

Nous rencontrons donc huit salariés d'un même CHU :

- Le Directeur Général Adjoint (DGA) : responsable avec le Directeur Général d'un établissement comptant 12.000 salariés et d'une capacité de 2867 lits et places.
- Une Cadre Supérieur de Santé (CSS) : manageant 450 personnes.
- Un Cadre de Santé (CS) : responsable d'un pool de remplacement et assurant des missions transversales.
- Un Praticien Hospitalier (PH) : exerçant dans un Service d'Accueil d'Urgence pédiatrique.
- Une infirmière (IDE) de pédiatrie.
- Un Aide-Soignant (AS) travaillant en bloc opératoire
- Un brancardier
- Une Assistante Médico-Administrative (AMA) d'un service de chirurgie thoracique.

Sept professionnels sont rapprochés depuis notre propre réseau. Nous les contactons téléphoniquement. Nous sollicitons la Direction Générale de l'établissement par voie postale. Un courrier nominatif est adressé au Directeur Général qui délègue le temps d'entretien à son adjoint.

Tableau récapitulatif et tableau sociologique de l'échantillon (1)

Talon sociologique des personnes enquêtées							
Personnel rencontré	Age	Situation de famille	Niveau scolaire	Profession du conjoint	Revenus du foyer	Profession des parents	Service
DGA	47 ans	Marié 4 enfants	Bac +4	Fonctionnaire territoriale	N.C (à la demande de l'interviewé)	Père : Directeur compagnie d'assurance Mère : Bibliothécaire	Direction générale
PH	41 ans	Célibataire Sans enfant	Bac +10		5000 euros	Père et mère employés	SAU
CSS	50 ans	Mariée	Bac +3	Directeur de projet	6500 euros	Père : facteur Mère : femme de ménage	Bloc
CS	54 ans	Marié 2 enfants	BEP	IDE	5000 euros	Père : artisan peintre Mère : sans	Pool de remplacement
IDE	47 ans	Mariée 2 enfants	Bac +3	Médecin	Non précisé	Père : chef d'entreprise Mère : professeur (E.N)	Pédiatrie
AS	49 ans	Marié 2 enfants	BEP	Chargée d'exploitation	3300 euros	Père : militaire Mère : Secrétaire médicale	Bloc
Brancardier	53 ans	Marié 3 enfants	Bac	Manipulateur en radiologie	4000 euros	Père : chef d'entreprise Mère : secrétaire de direction	Brancardage
AMA	36 ans	Mariée Sans enfant	Bac	Chargé de bureau d'étude	3250 euros	Père et mère commerçant (bar)	Chirurgie thoracique

2.4 Appréciations méthodologiques et limites de l'enquête

Nous l'avons souligné au cours de cette première partie de la recherche : ce travail demande un déplacement personnel quant à notre représentation d'un sujet qui nous semble aussi léger que familier. Notre assurance facilite l'usage de l'humour, à moins qu'il en soit contraire. Nous ne cherchons pas de réponse. Nous constatons seulement qu'une pratique familière peut vite nous être étrangère dès lors que nous abordons son abstraction. Adopter un regard de chercheur nous renvoie à un exercice béotien autant qu'il nous est peu coutumier.

Le travail est semé de doute et de regain d'élan selon nos lectures et nos découvertes. Mais notre curiosité dissimule une appréhension de ne pouvoir relever notre défi tant les pistes de recherche nous paraissent trop idéelles.

La quête exploratoire du terrain nous rappelle notre aisance à recueillir nombre d'informations nécessaires à l'exercice de compréhension. En lien, notre capacité d'écoute et de mise en confiance façonnée par notre métier d'infirmier en psychiatrie. Par notre posture, les interviewés se permettent de prendre l'espace, de se livrer davantage en contrôlant les échanges.

Les entretiens sont productifs et laissent présager un apport de matériau conséquent et utile aux prochaines analyses. Mais l'étape de retranscription promet d'être chronophage, les rencontres ayant duré de près d'une heure à deux heures trente. L'incorporation des verbatim dans les tableaux d'analyse est non moins longue. Il s'agit de l'un des effets de l'entretien dit qualitatif, dès lors que l'enquêteur reste centré sur le point de vue l'acteur.

Les conditions de déroulement des entretiens sont aussi favorables à cette richesse de contenu. Six rendez-vous sont pris dans les services dont dépendent les salariés. Deux ont lieu au domicile. La durée préconisée des entretiens est estimée à environ une heure. Leur dépassement ne semble pas tarir la disponibilité et l'engagement des professionnels. Nous faisons l'hypothèse que le sujet éveille l'intérêt bien que la sélection de la population soit faite au gré du hasard.

Bien sûr chaque rencontre est singulière. La position sociale semble néanmoins bien imposer le maniement du verbe et plus globalement la réserve du discours. Nous le percevons clairement pendant la rencontre du directeur général adjoint, de la cadre supérieur de santé et dans une moindre mesure du Praticien Hospitalier. Les cinq autres personnes se livrent peut-être de manière plus spontanée ; elles seraient moins soumises au « devoir de réserve » lié au

rang occupé ou à une représentation d'une image. Il n'est pas toujours aisé ou opportun de faire tomber le masque.

L'hétérogénéité de la population étudiée nous paraît propice à la suite de notre travail. D'autant que les expériences (d'utilisation de l'humour) de chacun cachent bien des enjeux que nous ne soupçonnons pas. Les résultats de l'analyse sont pourtant à prendre avec précaution car nous avons étudié « des composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population » (id. p. 149). Aussi afin de rendre ce travail de recherche plus exhaustif, aurait-il fallu élargir le spectre des entretiens auprès d'un nombre plus important de professionnels des différents métiers, voire mener l'enquête dans différents établissements selon un critère de taille et de situation géographique.

2.5 L'analyse des entretiens

Le traitement du matériau collecté lors des entretiens est réalisé selon une méthode qualitative dite « intensive » de par « l'analyse d'un petit nombre d'informations complexes et détaillée ». Aussi cette méthode révèle « comme information de base la présence ou l'absence d'une caractéristique ou la manière dont les éléments du discours sont articulés les uns aux autres » (id. p. 207). Il est nécessaire de souligner ici que l'analyse s'attache également au contexte social et culturel dans lequel chaque interviewé a évolué et évolue encore. Celui-ci pouvant influencer le vécu individuel quant au thème abordé. Ce contexte est matérialisé par le tableau (1) représentant le talon sociologique des acteurs.

Quivy et Campenhoudt proposent que l'analyse des informations soit opérée en trois phases successives. La première consiste à présenter les données par ordre thématique pour accéder à l'analyse. La deuxième réside en l'évaluation des corrélations des informations recueillies. La troisième étape enfin consiste à comparer les informations à nos représentations explicitées en première partie.

3. L'humour à l'hôpital : au croisement d'un processus régulateur et compensatoire

3.1 La régulation des émotions par l'humour

L'aspect fondamental de l'usage de l'humour à l'hôpital est la régulation des émotions occasionnées par les conditions de travail difficiles des agents. Ces conditions diffèrent bien sûr selon la fonction et le lieu d'exercice. Nous proposons ci-après d'examiner ce mode de communication, qui apparaît commun aux professionnels avec des déclinaisons révélatrices des difficultés du travail, propres à chaque enquête.

3.1.1 L'hôpital ou la métaphore guerrière

Monsieur Saran (brancardier) est probablement celui qui est le plus en lien avec les services de soins. Malmenés et réceptacles de difficultés d'organisation avec ces services, les brancardiers : *« relativisent beaucoup par rapport à... à c'qu'on vit au quotidien, dans l'instant présent »*. Ainsi l'humour *« permet d'évacuer »* et de *« détendre l'atmosphère »*.

L'humour compense d'autres vécus douloureux. Monsieur Gersot (AS) témoigne ainsi de *« (...) chirurgies ou les ... les patients qui arrivent sont (...) pas très drôles »*. *« C'est Bagdad »* dit-il pour décrire les scènes dont il peut être témoin au bloc. *« Amené à faire des toilettes mortuaires »*, l'humour est pour lui *« une certaine soupape (...) pour se lâcher, lâcher prise sur ce qu'on a vu d'assez grave, sur ce qu'on a fait »*. *« On raconte beaucoup de conneries, on compense par ça on va dire »*. Enfin, comme Monsieur Saran, l'humour est intégré dans la prise en charge du malade *« anxieux »*. Il permet de *« détendre l'atmosphère quand (...) les patients sont un petit peu flippés »*.

Autre lieu et fonction, autre perspective d'usage, Monsieur Crisan (DGA) voit en l'humour une manière de *« faire passer un message avec simplicité et en sortant du cadre (...) »* sans monter sur ses *« grands chevaux »*. Les réunions rythment son quotidien. Parfois difficiles en ce sens qu'elles réunissent les partenaires sociaux avec lesquels ses opinions divergent, il s'agit alors de *« dégoupiller un peu la tension en mettant un peu d'humour, un peu de (...) de relâchement, en amenant les gens à prendre du recul, à... à s'ouvrir à l'extérieur »*. Parce que partagé, l'humour permettrait une ouverture d'esprit nécessaire à une convergence des idées.

Confinée dans son bureau, l'AMA voit quant à elle l'ambiance de travail se calquer sur l'humeur et les tensions véhiculées par les chirurgiens, qu'elle « *a plutôt (...) tendance à désamorcer* ». Elle semble endosser un rôle tampon entre les chirurgiens et leurs propres angoisses dues à leurs fonctions. L'humour serait également un moyen de régulation de tensions existant entre les médecins. Avec ses collègues, quand les « *gros problèmes* » surviennent, elle « *a plutôt tendance à plaisanter, à se taquiner, à décharger la tension* ». En tant qu'AMA, Madame Pace reçoit aussi l'angoisse des patients lors d'échanges téléphoniques parfois houleux. « *On prend sur nous* » dit-elle, « *on raccroche, on souffle un bon coup* ». Parfois en prenant « *une grande inspiration* » ou en émettant « *un hurlement primaire* ». Et il « *peut arriver qu'on se moque pas nécessairement du patient mais de la situation* ».

Pour finir, au-delà des lieux et des professions, l'humour a cette fonction commune de soutien et d'entraide avec ses collègues : « *quand on sent qu'il y en a une d'entre nous qui est très stressée ou très speed (...), à ce moment-là généralement il y en a une d'entre nous qui va la voir pour pouvoir désamorcer et puis souffler et plaisanter* » (AMA). Ici l'humour est communautaire.

Le panel émotif suscité par les circonstances professionnelles est très bien explicité par Madame Solmiec (CSS). Si l'humour « *permet de relativiser* » les conditions de travail pénibles, les larmes sont aussi autorisées pour extérioriser la rudesse due à la réalisation de projets ou des négociations parfois difficiles à mener. « *Si on fait de l'humour avec les gens, ça veut dire qu'on... on peut aussi... être triste avec des gens* ». Nous retrouvons ici encore la fonction liante de l'expression émotive, indispensable semble-t-il pour traverser les difficultés : « *on pouvait faire d'l'humour, et ça nous faisait du bien, on t'nait le coup et on rigolait, et quelquefois on rigolait pu, on pleurait* ».

3.1.2 La nécessité vitale de l'humour à l'hôpital, lieu de tension

En lien, Monsieur Barmu (CS) a un avis très tranché sur l'humour sans lequel « *la vie vaut pas l'coup d'être vécue* ». « *Vaut mieux manquer d'autre chose* » que d'humour, « *vaut mieux être aveugle et... et avoir d'l'humour* » dit-il pour exprimer le caractère indispensable de l'humour pour travailler à l'hôpital. « *Si j'étais pas entouré d'gens avec qui j'peux rigoler à un moment donné, je... je pense que je tiendrais pas* ». Pour lui, « *si y a pas d'humour, euh... y a des tensions, et les tensions, elles se libèrent par là, probablement beaucoup* ».

Nous nous permettons d'associer aussi ce dernier propos à l'approche freudienne selon laquelle le rire accèderait à rendre supportables ces tensions au travail. L'humour permet leur libération, leur décharge.

Madame Hack (IDE) tient un discours rejoignant celui du PH. Pour elle, l'humour est « *un dérivatif* » qui « (...) *apaise des fois un peu le... la tension puisque les gens ont rigolé, donc ont un peu lâché un peu d'pression, un peu d'endorphine* ». Permettons nous d'extrapoler ce dernier terme. L'endorphine est sécrétée lors d'activités physiques intenses, d'excitations et de douleurs. Cette analogie nous décrit ici le vécu de chaque IDE dans un service de soin, avec le panel d'émotions qui en découle. Osons nous intéresser à la capacité analgésique de l'endorphine qui permettrait alors à l'IDE de hausser son seuil de tolérance non pas à la douleur, mais à des conditions de travail laborieuses. Madame Hack voit elle aussi, en l'usage de l'humour un outil compensateur « *des trucs juste épouvantables* » qui font parfois son quotidien. Pour exemple, « *trois découvertes de cancer* » comme « *beaux cadeaux de Noël* ». De fait, « *à un moment faut qu'on déconne parce que là... on va péter une durite quoi* ».

Seule Madame Estant (PH) évoluerait, selon ses dires, dans un univers propice à la bonne ambiance. « *Le fait de travailler heu, en pédiatrie au contact des enfants fait que, même s'il y a des tensions ou même si il pouvait y avoir des sujets un petit peu plus tendus, heu, je trouve que ça reste quand même plutôt calme, heu, parce qu'il y a des enfants autour* ». Ainsi décrit-elle des conditions de travail favorables où les interactions sont toujours possibles et souvent sereines, quel que soit le rang occupé. Pour autant, le PH attribue à l'humour la possibilité de « *garder un peu une cohésion d'équipe, une bonne entente* » et de « *détendre un peu l'atmosphère* », principalement lors des réunions de service pendant lesquelles de nouveaux projets sont pensés avec les paramédicaux.

3.2 Vers une compensation des rapports de pouvoir par les interactions

La quête d'équilibre entre deux pôles hiérarchiquement opposés est repérable lors des interactions sociales en réunion. Cette recherche peut être vaine de par une notion de hiérarchisation des pouvoirs encore très présente en France. Mais nous y reviendrons. En effet, les différents entretiens réalisés montrent la manière dont (presque) tous les acteurs trouveraient en l'humour le biais pour accéder à une relation égalitaire.

3.2.1 En attente d'autorisation

Monsieur Saran, le brancardier, décrit l'humour comme « *quelque chose d'égal à égal* » désinscrivant l'Autre d'une partie de son statut. Il relate sa rencontre avec un médecin avec qui il a pu échanger quelques blagues. Cette rencontre teintée d'humour a fait de ce médecin « *quelqu'un qu'est... qu'est... qu'est... qu'a son autorité* » mais « *qu'est au-dessus de son statut* ». Ici le médecin initiait l'humour, ce qui a permis à Monsieur Saran de poursuivre sur le même registre. Car « *y en a qui... qui sont... qui sont drôles* » et « *donc ça appelle... ça appelle à r... à continuer* ». L'humour de la hiérarchie fonctionnelle appelle celui du brancardier, mais c'est l'autorité qui ici l'a impulsé. Cet espace-temps a autorisé Monsieur Saran une relation nivelée avec un acteur « *hiérarchiquement au-dessus, avec le respect que j'ai lui dois* ». Par ailleurs, le brancardier constate un recours plus fort au « *ice breaking* » beaucoup utilisé aux USA. Il « *remarque un truc maintenant dans la réunion, même un directeur ou même un... y a souvent un truc euh... pour... pour lancer la discussion qui... qui... qu'ils ont eux-mêmes une p'tite phrase d'humour* » pour essayer d'équilibrer la facilité de prise de parole. « *Les gens sont détendus, les paroles d'un côté ou de l'autre se l... s'lâchent p't-être plus facilement* ».

Monsieur Gersot (AS) a cette même conception d'approche de l'humour en réunion. Ainsi son usage y est possible à condition « *que ça vienne du cadre ou de la cadre sup par exemple* ». Car « *si ça vient de l'aide-soignant ou de l'ASH, la hiérarchie peut éventuellement mal le prendre* ». Par l'emploi de l'humour et grâce à une réciprocité de ses supérieurs, l'aide-soignant devine que « *le cadre peut baisser la garde (...) en disant ben je suis peut-être cadre mais j'ai le droit de rigoler avec vous aussi* ». Il va momentanément suspendre le rapport d'autorité et « *se mettre à niveau en disant voilà, j'ai le droit de rigoler avec mes aides-soignants* », j'ai le « *droit de redescendre d'un cran* ».

3.2.2 Un permis tacite

Madame Pace (AMA) est peut-être la professionnelle qui tient la position la plus singulière vis-à-vis de sa hiérarchie : les médecins. Pour elle en effet nous ne percevons pas de difficultés à engager l'humour. Mieux, celui-ci semble être le mode de communication privilégié voire nécessaire entre le secrétariat médical et les chirurgiens. « *Bah ici dans le bureau, ça va à vau-l'eau, c'est souvent du grand n'importe quoi (rire). C'est le moins qu'on puisse dire* ». Le bureau est un espace-temps où filtres et codes sociaux n'existent plus, « *ça*

vole pas très haut (rire). On peut plaisanter euh... parler cul... pour parler crument » et « avec les chirurgiens encore plus ». Ici la plaisanterie est un code relationnel institué (donc autorisé) par le corps médical et auquel l'AMA s'est souscrite facilement, pensant « que déjà entre eux ça doit pas mal plaisanter justement sur le cul ».

Le nivellement de la relation est aussi perçu dans la manière dont l'AMA s'adresse aux chirurgiens : *« on est très très directes (...) »*. Les médecins accordent tacitement voire recherchent cette liberté de ton de l'AMA, comme si elle était nécessaire à l'équilibre de leurs propres conditions de travail : *« ça se passe très bien avec les chirurgiens justement parce qu'on a je pense un franc parler avec eux »*.

Madame Hack (IDE) ne relate pas de dissymétrie relationnelle locale due à son rang hiérarchique. Sa perception est en revanche toute autre lorsqu'elle sort de son service : *« je subis la hiérarchie institutionnelle »* pour laquelle elle porte un regard très péjoratif : *« elle est là pour... qu'on nous ferme...qu'on ferme notre gueule quand même »*. Dès lors, la quête d'une relation d'égal à égal paraît compromise. Pour autant, Madame Hack a eu une expérience où le rire en réunion a permis de renvoyer le côté humain de chacun. *« L'humour est l'propre de l'Homme »* dit-elle. Ainsi prend-elle l'exemple d'un directeur recevant un appel téléphonique lors d'une réunion tardive. Pensant qu'il s'agissait de l'épouse du directeur, un collègue de l'IDE s'est permis de lui dire : *« vous direz à votre femme... que vous rentrerez tard, (...) parce que moi aussi, ma femme, elle va m'engueuler si j'rentre tard... de la réunion »*. Madame Hack voit en cette plaisanterie une relation qui *« rend humain donc ça... ça abaisse à un... un degré de... »*. D'égalité ?

3.2.3 Un visa délivré par la hiérarchie

Pour Monsieur Crisan (DGA), *« les individus en fait ont une capacité de résilience très forte, justement par rapport à la manière d'être de... du... du chef »*. Ainsi essaye-t-il *« de mettre un peu d'simplicité pour que les gens se désinhibent »* en réunion et en toute situation interactionnelle avec les agents. Car il s'agit pour lui *« de faire sauter, justement, l'image de la fonction »* pouvant mettre à mal la qualité du dialogue. Nous devinons qu'il est celui qui propose de tendre vers cette fameuse relation d'égal à égal, particulièrement lors des rencontres avec les partenaires sociaux de l'hôpital : *« l'humour, c'est aussi une manière de... de... de les mettre à notre niveau et nous d'nous mettre à leur niveau »* sans être *« justement dans quelque chose d'hautain »*. Il prend lui aussi l'exemple d'une réunion où son usage de l'humour lui a semblé bénéfique dans le sens où *« ça a descendu vraiment de... de... de dix »*.

rangs quoi ». « *J'aime assez me mettre en dérision* » : ce qui permet au DGA (comme nous l'avons vu dans la première partie) de s'éloigner de son environnement. « L'humour rabaisant l'image de soi » (Rod A. Martin) l'amenant à adopter une position basse afin de favoriser les interactions. De prime abord, Monsieur Crisan ne semble pas devoir adapter son attitude au contexte : « *vous m'faites ren... rencontrer François Hollande ou... ou Marco Verratti ou euh... l'agent d'service hospitalier, pour moi j'me comporte de la même manière quoi* ». Pourtant les réunions de direction, lieux hiérarchisés, semblent lui incomber une responsabilité d'adaptation car « *le directeur, il met le la* ».

Madame Solmiec (CSS) occupe une position hiérarchique intermédiaire. Les réunions sont nombreuses et ses interactions ne sont pas freinées par quelque aura hiérarchique. Dans ces lieux « *moi j'me considère égal à égal* » dit-elle. Les rapports avec les chirurgiens ne renvoient pas non plus de difficultés car Madame Solmiec a appris au fil de sa carrière qu'il fallait employer « *un langage adapté* » avec eux. La CSS entretient une « *relation d'égal à égal, à un niveau humain* » au quotidien, de manière constante. Pour ce faire, elle attache une importance à retenir chaque prénom des agents placés sous sa responsabilité : « *(...) c'est quèque chose qu'est très apprécié. Que la cadre sup sache comment on s'appelle* ». Le maintien du rapport égalitaire passant par la réciprocité, Madame Solmiec « *leur demande qu'ils m'appellent Léa* ».

Monsieur Barmu (CS) tente de niveler les relations avec son équipe en lui autorisant la communication. Sa préoccupation est « *d'afficher les règles de communication à mon équipe au début* ». Ainsi « *chacun sait qu'il peut s'exprimer* » car « *ça ne peut pas fonctionner si y a une... une retenue, si on ne se dit pas tout* ». Lors des réunions les prises de parole sont facilitées car les agents « *se sentent autorisés à... à parler, euh... Y a pas de... y a pas d'barrière* ». Outre la franchise qui paraît être un levier de nivellement, Monsieur Barmu accorde de l'importance à dissiper les relations de pouvoir lors des réunions car « *le lien hiérarchique (...) n'est nécessaire que quand y a des choses à poser* ».

3.2.4 Une dispense de permission

Une fois de plus le discours de Madame Estant (PH) ne laisse pas entrevoir cette nécessité de créer une relation d'égal à égal lors de ses interactions. Les réunions avec la direction se déroulent bien. L'humour n'y est pas employé, non pas par retenue vis-à-vis d'une éventuelle hiérarchie, mais parce qu'il faut rester « *très professionnel* ». Plus largement Madame Estant trouverait un équilibre relationnel au travers la poursuite d'un objectif

commun, par le fait qu'« *on est tous humains, on veut tous que ça se passe bien* ». Ainsi elle apprécie avant tout que les directions « *demandent* » et « *tiennent compte de l'avis médical* ». Dans le service, bien que ce soit « *le médecin qui décide si l'enfant est sortant ou pas* », elle n'hésite pas à interroger les équipes : « *qu'est-ce que vous en pensez heu, voilà, quelle est votre impression ?* ».

4. Les différentes perceptions du pouvoir par les acteurs

« Le pouvoir désigne la capacité de l'acteur individuel ou collectif de contrôler les termes d'une relation d'échange afin qu'elle lui soit favorable. Ni attribut ni possession, le pouvoir se déploie dans les interactions » (Rui, 2014, p. 85). Ainsi « le pouvoir est un mécanisme quotidien de notre existence sociale que nous utilisons sans cesse dans nos rapports avec nos amis, nos collègues, notre famille, etc. » (Crozier, Friedberg, cité par Jardin, 2003, p.2). Le pouvoir semble flotter dans chaque organisation côtoyée par chaque individu. Il revêt une forme singulière selon la place occupée par l'acteur dans ces organisations.

Le CHU dans lequel nous avons rencontré les professionnels a cette particularité de se présenter, via les témoignages des interviewés, tel « un mille-feuille » organisationnel et hiérarchique. De par la taille importante de l'établissement, le pouvoir s'y exerce par subdivision de telle sorte que le « contrôle » de la qualité et de l'efficacité des soins soit assuré de façon optimale. L'exercice du pouvoir et de l'autorité est donc dilué entre plusieurs strates de ce « mille feuille ».

4.1 Une approche négative

Pourtant la représentation du pouvoir est bien prégnante chez chaque acteur, bien que perçue différemment selon la place occupée dans l'organisation hospitalière. Les entretiens réalisés montrent un rapport au pouvoir déprécié dans les catégories socio-professionnelles les plus basses. Ainsi l'écart perçu entre ces dernières et la direction « *n'est même plus un fossé, c'est un gouffre* » (AMA). Au-delà de cette distance, il semble exister un sentiment de méfiance que Monsieur Saran traduit par « *une peur de... de la... de la hiérarchie* ». L'AS est quant à lui plus explicite sur les directeurs dont « *on ne sait jamais ce qu'ils pensent* ». L'IDE perçoit un côté « *assez imposant quand même* » car « *l directeur d'hôpital ou des... des... des sous-directeurs* » lui renvoient « *des positions un peu importantes* ». La rencontre avec la

direction est « *très protocolaire* » pour l'AS, alors qu'au regard de Monsieur Barmu « *c'est assez... c'est cadré, sans débordements* ». « *C'est pas des endroits où ça blague* » dit le brancardier.

Cette représentation paraît par ailleurs être inhérente à cette organisation en mille-feuille faisant de la direction une entité étrangère. « *C'est comme à l'armée* » dit l'AS, avec « *des gens qu'on ne connaît pas* ». Cette absence de proximité est aussi soulevée par l'AMA pour qui la direction est représentée par « *des personnes qui ne sont pas sur le terrain ou qui ne connaissent pas le travail de secrétaire* ». Nous retrouvons cette constance chez l'IDE déclarant : « *plus tu montes dans la hiérarchie, tu... j pense que moins ils sont accessibles* ».

4.2 Une notion de pouvoir relativisée

Ce rapport au pouvoir est différemment perçu par Monsieur Crisan (DGA). Pourtant son exercice est aussi très prégnant dans l'équipe de direction. Ici les postes ne semblent pas acquis de façon pérenne. Cette réalité n'échappe pas au DGA qui connaît la très forte exigence du directeur général à laquelle il doit répondre car « *si ça va pas, ben il... il remodèle encore une fois son équipe de direction* ». A contrario du discours des personnels des services, le DGA entend la nécessité de se décaler du rapport de pouvoir pour qu'avec les équipes « *on arrive à avoir cette relation d confiance* », y compris avec les cadres qui ont selon lui le sentiment « *qu'ils peuvent être lâchés par la direction, qu'il peut y avoir un fusible* ». Pourtant « *c'est nos plus sûrs alliés* » dit-il.

Monsieur Crisan semble avoir une représentation de la hiérarchie qui pourrait surprendre l'AS, le brancardier ou l'AMA. Bien que le pouvoir soit exercé de façon assurée et assumée, la notion de ses hiérarchisations est discutée par le DGA qui se dit « *iconoclaste* » dans la manière dont « *les gens (...) conçoivent aussi l pouvoir* ». En effet il doit s'accommoder de cette « *complexité qui est qu'en France on a... on aime bien avoir des... des... des gens qui sont dignes de la fonction, c qui prouve qu'on est un peuple, encore une fois, assez immature sur l plan démocratique* ». Autrement dit et ramené à l'hôpital, une fonction trop représentée entraverait la liberté des interactions lors des réunions. D'où l'importance pour Monsieur Crisan d'utiliser l'humour afin de tenter de niveler les inégalités hiérarchiques. Enfin, le DGA dit avoir cette « *constance (...) qui est qu j'ai pas de déférence vis-à-vis du pouvoir* ». Il ne semble pas que cet « *irrespect* » sonnait comme un leitmotiv puisse pourtant s'appliquer au personnel de terrain car à « *l'hôpital, tu... tu sais pas... si tu... tu peux froisser quelqu'un, si c'est au-dessus d toi, il peut t faire chier* » (Madame Hack).

Le rapport au pouvoir tel qu'il est intériorisé par le DGA, l'AS, l'AMA, l'IDE et dans une moindre mesure le CS, n'est pas pareillement mesuré par le CSS et le PH. En effet ces deux salariées auraient sans doute à l'inclure plus naturellement dans un rapport « *très professionnel* » (PH). Ce regard moins négatif serait probablement lié au fait qu'il existe davantage de lien entre ces deux professionnelles et une direction qui leur serait moins éloignée. Ce rapport serait aussi peut-être moins perçu par le PH du fait d'un équilibre du pouvoir médical et administratif à l'hôpital. Harmonie liée au pouvoir de la relation patient-médecin sur laquelle la direction n'a pas de vue.

Le rapport au pouvoir est interrogé par le DGA et globalement péjoré chez le personnel occupant une place hiérarchique inférieure. Il est cependant essentiel de préciser que beaucoup semble « *respecter quand même la... la hiérarchie, comment la pyramide est construite* » (IDE). Monsieur Saran voit en son supérieur « *un collègue, hiérarchiquement au-dessus, avec le respect que j'ai lui dois* » car « *de toute façon on est obligé de garder aussi une certaine relation quand même... en disant c'est quand même un chef* » (AS).

Nous retrouvons ici l'importance et le respect donnés à la hiérarchisation du pouvoir au regard du niveau de diplôme de chacun. Cette notion est toujours très marquée en France et mise en avant, voire critiquée, aussi bien par les personnels faiblement diplômés « subissant » le pouvoir que par celui qui le représente. La pièce nous réserve parfois des rencontres inattendues...

5. Les stratégies pour une préservation des rôles

Parce qu'il est en mouvement, l'hôpital accorde de plus en plus de place aux réunions rassemblant les décideurs, porteurs de projets devant répondre aux injonctions des tutelles en termes d'amélioration constante de la qualité des soins, de la gestion des risques ou plus largement de modification de l'architecture de la prise en charge. Elles sont aussi structurellement instituées afin de réguler l'organisation de l'établissement. En ce sens, la participation des acteurs à ces réunions peut paraître inévitable. Et pourtant...

5.1 De la représentation des premiers rôles...

Ainsi que nous l'avons décrit dans la première partie de notre travail, les instances décisionnelles sont celles qui nous paraissent les plus solennelles. L'équipe de direction est le

plus souvent présente. L'humour n'y siège pas. Sans détour le DGA nous apporte ici un début d'explication. En effet, lors de ces réunions, « *vous intégrez toujours dans votre manière d'être, la... la personnalité du chef* ». Signifiant en creux que ce dernier dicte l'ambiance de la séance ; ce qui rejoint notre perception de l'existence d'un humour descendant dans les interactions hiérarchiques. Monsieur Crisan poursuit : « *je pense qu'en réunion d'orientation, y a des enjeux de pouvoir qui peuvent se jouer entre les individus ; c'est-à-dire que, à un moment donné, vous devez euh... faire une prestation devant l'équipe, donc vous êtes jugé par vos pairs* ». Cette phrase nous incite à nous arrêter sur le concept du rôle de l'acteur dans les interactions sociales, développé par Erving Goffman (sociologie canadien).

Terme emprunté au théâtre, le rôle est défini comme une idéalisation comportementale attachée à un statut. Autrement dit ce que chacun est convenu de faire au regard de ce qui est attendu par l'Autre. Chaque individu dans un espace social, se comporte de telle façon qu'il donne une image de lui-même. Depuis cette image, les acteurs en interaction se forment ensuite une opinion de l'individu (Goffman, 1973). L'approche métaphorique de la vie sociale permet d'analyser celle-ci comme une représentation théâtrale. Ainsi, la scène symbolise le lieu où l'interprétation du rôle (soumise à des règles précises) est jouée par les acteurs devant leur public.

E. Goffman attribue au rôle trois dimensions :

- La dimension normative : représente la règle de conduite idéale pour que l'acteur joue idéalement son rôle.
- La dimension typique : correspond aux attributs et qualités couramment associés au rôle.
- L'interprétation : définit la manière dont le rôle est joué, ce qui se passe lors des interactions.

Enfin, pour que la représentation soit crédible, l'acteur doit attacher une attention au décor autour duquel se joue l'action. C'est ce qu'E. Goffman appelle « la façade ». La façade permet l'articulation du cadre de l'interaction et in fine le comportement adopté par les acteurs au regard de règles sociales préétablies. La cohérence et la fiabilité de la représentation repose sur le respect d'une attitude idoine de la part des inter-actants. L'acteur doit préserver sa face et celle de l'interlocuteur, sous peine de donner une mauvaise opinion et d'introduire une rupture dans le cours de l'interaction.

Le sociologue entend que le rôle se construit dans l'interaction. Pourtant, il est important de préciser que le rôle est afférent au statut, c'est-à-dire la position de l'acteur dans l'espace

social. Ramené au niveau institutionnel et à la division du travail social, le rôle prend une dimension prescriptive répondant à une compétence statutaire, à un cadre de référence, de normes et de conduites à adopter dans une organisation de travail.

Grâce à cet éclairage, les propos du DGA prennent tous leurs sens. Nous comprenons qu'ils s'appliquent non seulement à lui mais à chaque acteur qui, dans chaque espace social (et a fortiori dans le cadre des réunions) doit assurer une représentation correspondant aux attentes du rôle, c'est-à-dire aux comportements attendus par l'Autre (ici les « *pairs* » du DGA). Ces attitudes sont soumises à des prescriptions que peuvent être les compétences professionnelles, relationnelles et une adaptation à des codes sociaux inhérents au contexte de travail. Alors nous concevons que l'humour laisse place au sérieux pendant les réunions où la hiérarchie est présente - sans quoi l'acteur qui l'emploie se verrait attribuer une image déplaisante par le subordonné d'une part et par le supérieur hiérarchique d'autre part.

Les réunions sont probablement les plus belles scènes que l'hôpital offre aux acteurs pour se représenter. Bien qu'un certain nombre soit bien entendu essentiel au fonctionnement de l'établissement, leur répétition et leur durée semblerait aussi suggérer le caractère inutile de ces rassemblements. Sans en faire une caractéristique générale, Monsieur Crisan (DGA) témoigne que « *la réunion, c'est pas un moment d'travail* », elle existe « *parce qu'on est des grands intellectuels et on aime bien dis... dissenter sur l'âge... sur le sexe des anges quoi, voilà* ». Il doit toutefois être présent même si il « *discute assez peu* ». « *J'essaye d'être attentif, et si vraiment c'est très, très dur, ben je pense à autre chose* », rajoutant « *je peux assez facilement euh... partir en rêverie* ». Chose qu'il ne peut pas faire à l'occasion de pauses de travail car dit-il : « *neuf fois sur dix, j'ai... j'ai pas... j'ai pas l'temps — parce que voilà, on est beaucoup en réunion* ». Ce qu'il pourrait regretter car « *le moment d'pause, c'est aussi un moment où euh... y a pas des choses qui s'jouent* », où la représentation est momentanément suspendue.

Les réunions sont aussi des lieux de représentation pour Madame Solmiec (CSS) qui « *s'met toujours à côté de... des copains ou des copines (...) pour échanger, pour rigoler d'autre chose, pour... pour parler d'autre chose* ». « *Et on a intérêt sinon on tiendrait pas* ». Monsieur Barmu (CS) ne reproche « *pas tant le nombre de réunions* » mais « *le temps passé en réunion* » pensant « *qu'y a beaucoup d'réunions qui peuvent être traitées d'façon très courte* ». « *C'est d'la perte de temps* » dit-il, poursuivant « *je m'ennuie plutôt* ». Pourtant lui aussi s'y rend « *parce que clairement j'ai pas l'choix. Je suis obligé d'faire acte de*

présence ». Alors comme le CSS, il peut se rapprocher de son voisin : « *quelqu'un à côté d'moi à qui j'ai quèque chose à dire et j'peux parler d'autre chose, discrètement* » afin de ne pas donner une mauvaise image de lui ou rompre les interactions. Plus largement le CS dit faire attention à ce qu'il renvoie « *quelle que soit la réunion, avec qui qu'ce soit* » « *parce que je veux garder ma crédibilité* » affirme-t-il. Monsieur Barmu a très bien intériorisé les notions de rôle et de pouvoir. Il dit en effet : « *on est dans une organisation euh... vachement hiérarchisée à l'hôpital, où (...) y a des représentations. On est dans des représentations de gens qui ont un poste, une place...* ». Cette réalité peut être contrariante, lui qui a une approche si particulière de l'humour : « *ça m'pèse, parce que je... ça m'empêche d'être moi, ça m'empêche de... de m'libérer, de... de... de... de vivre, de parler* ».

Madame Estant (PH) est une personne « *qui aime bien rire, qui aime bien heu, plaisanter, qui aime bien s'amuser* » mais « *au travail, j'essaye d'avoir une retenue* » précise-t-elle. Avec son chef de service, elle peut « *plaisanter (...) d'une situation, d'une remarque qui aura été faite sur une situation clinique, tout en restant pro* ». Son usage de l'humour semble s'être modifié au fil des années et d'une acquisition de compétences professionnelles voire d'une légitimité qu'elle doit elle aussi défendre : « *je pense que j'ai aussi plus de retenue sur ça, par rapport au fait qu'il y a un moment, ben, voilà, 40 ans, il y a un peu plus de responsabilités* ». Pour elle aussi les réunions sont nombreuses mais rendues plus supportables du fait qu'elle « *fait beaucoup de choses variées* ». Cependant, certaines « *sont beaucoup plus longues* » et renvoient le sentiment qu'elle « *n'a pas la même temporalité* » que les autres participants « *et que peut-être, il serait possible de faire en 2 heures des réunions qui durent 4 heures* ». Quelque peu gênée par cet aveu, Madame Estant nous souffle lors de l'entretien qu'il ne « *faut pas le répéter hein* ». Ce qui peut démontrer l'effort fait pour se représenter lors de ces séances. D'ailleurs il lui « *arrive de temps en temps heu, de répondre à 2 ou 3 messages* » depuis l'ordinateur ou son smartphone. « *Après peut-être qu'on n'a pas d'autres choix* ».

Madame Hack (IDE) semble entretenir des relations privilégiées avec ses collègues paramédicales mais aussi médecins. Les liens ne se limitent pas à l'activité soignante puisqu'une partie de l'équipe se retrouve en dehors du cadre professionnel. Cela ne semble pas « *impacter* » la façade que chacun doit préserver pour assurer une attitude nécessaire à la rigueur exigée pour la prise en soins des enfants. Aussi l'IDE profite simplement de la pause matinale pour « *papoter de c'qu'on a fait l'week-end* ». Pour autant, « *y a aucune*

modification sur le comportement professionnel des unes et des autres ». Si les médecins « *m'ont donné un ordre, je... je l'exécute ; une prescription, je la fais* ». De façon directe, elle rajoute « *ce serait une énorme connerie de mélanger... travail et... et relations... personnelles* ». L'entretien avec l'IDE montre également une imbrication des notions de rôle et de pouvoir dans le quotidien des jeunes soignantes pour lesquelles les réunions de service sont vécues passivement. Pour elles « *le statut est... quand même largement plombant pour... pour s'exprimer* ». « *Contractuelles, stagiaires ou jeunes... jeunes diplômées (...), elles... elles se donnent pas le droit de... de donner leur opinion* » sous peine d'« *d'être... mal perçues, pas... pas par leurs collègues, plutôt par la... la... la hiérarchie qui s'est dit... : c'est d'être la graine de... de syndicalistes, ça* ». La préoccupation de l'acteur est ici de garder la face en tentant de se faire apprécier « *par leur chef, le cadre et le médecin* » qui ont le pouvoir de compromettre l'évolution de leur carrière professionnelle. Mais pour l'IDE, les jeunes ne sont « *pas là pour ça* », « *parce que j'ai pensé qu'elles sont déjà à... à apprendre leur métier* » argumente-t-elle. L'expérience servirait une légitimité nécessaire à la prise de parole en réunion : « *il faut avoir déjà, à mon avis (...) de l'ancienneté dans un service pour comprendre* ». Une ancienneté qui s'apparenterait davantage à un processus d'intégration sociale du jeune soignant. Car outre la dimension normative du rôle auquel chaque professionnel doit se soumettre, le service de soins s'applique à lui comme une instance de socialisation secondaire permettant au nouvel acteur de s'y intégrer selon les règles et coutumes qui organisent le service.

5.2 ... Au théâtre des « petites mains »

Monsieur Saran (brancardier) est un maillon indispensable dans l'organisation du parcours de soins à l'hôpital. Pourtant la transversalité de son poste et ses apparitions éphémères dans les services lui procurent un rôle de figurant dans la pièce. Excepté lorsqu'il est rendu responsable des désorganisations des services. Alors, il occupe le devant de la scène en étant « *assez exposé* » aux aigreurs des étages et en assurant « *un rôle tampon au quotidien* ». Afin de pallier à ce manque de reconnaissance, Monsieur Saran s'appuie sur son ancien métier d'aide-soignant (pourtant peu valorisé lui aussi) qui lui confère modestement « *des petites connaissances* » afin de « *ne pas paniquer* » lorsqu'il faut surveiller un patient lors d'un transfert. « *Bah, c'est déjà une reconnaissance du métier d'aide-soignant* » dit-il. La légitimation passe aussi par le développement des techniques d'exploration duquel son expérience le rend témoin : « *on fait tous les examens, et puis le fait que ça soit développé*

comme ça s'est développé maintenant, (...) là on voit vraiment de tout, quoi (...). Et j'trouve ça s... c'est sympa ».

Par ailleurs, aidé par l'usage de l'humour le brancardier résiste à sa transparence par une quête de popularité : *« Ça blague... Bah l'brancardier qu'est là, il en prend plein... »*. Le rôle tampon est ici appréciable. Ainsi on lui *« dit bonjour des... des dizaines, des cinquantaines de fois par jour »*, ce qui surprend les patients qui ne manquent pas de lui faire remarquer : *« Mais dis donc, vous êtes connu »*. Puis Monsieur Saran n'hésite pas à dépasser les tâches relevant de ses fonctions. Dans les étages *« on fait... on leur fait tout, quoi. On l'... on... on les aide vraiment dans leur quotidien »*. Ce qui lui permet d'affirmer *« la nécessité qu'on a au sein de l'hôpital »*.

Enfin le masque de la bonne humeur lui permet de se singulariser, d'exister aux yeux des services de soins. Car le fait d'*« arriver avec un grand sourire, ils vous appellent par votre prénom »*.

La quasi transparence des brancardiers semble confirmée par les propos de Monsieur Gersot qui *« à part avec certains collègues qui sont rendus au brancardage que je connais »* n'a pas de relation avec eux. Pour cause, la rencontre est momentanée : *« on les voit...on leur pousse le patient et ils amènent le patient et puis voilà c'est tout hein »*.

L'AS valorise la pratique de son métier au bloc opératoire en comparant son travail à celui de ses collègues exerçant dans les étages et assurant les tâches peu reconnues des collègues et personnels appartenant à des catégories sociales plus élevées (Arborio, 2002). Monsieur Gersot se différencie par l'énumération de ses activités qui sonnent comme une gratification : *« on accueille le patient », « on fait le pré-champs opératoire », « on fait le pré-champs opératoire », « on installe en salle », « On habille les chir », « on désinstalle une fois que c'est fini », « on gère un petit peu le tableau », « on gère un petit peu le tableau », « on fait l'accueil des patients dans la salle d'accueil », « On a le comment... la stérilisation aussi euh... tout le matériel »*. L'AS dit avoir remarqué une évolution de ses pratiques : *« maintenant on est beaucoup plus multitâches multi polyvalents »*. Ce qui ne semble pas négatif dans la mesure où cette activité le placerait comme personnage central au bloc.

La qualité du travail fourni semble aussi allouer de la valeur à la fonction occupée. Ainsi Monsieur Gersot souligne que les chirurgiens *« vont même nous demander à nous aides-soignants, savoir si ils peuvent rentrer en salle, si c'est prêt »*. Plus encore, son ancienneté lui confèrerait un rôle influent auprès *« des jeunes chirurgiens ou des jeunes »*

chefs ». En effet, « *étant en plus le vieux du bloc* », il peut se « *permettre de dire : attention, ça, ça va péter ou ça ne va pas le faire* » à propos d'un matériel mal installé.

Bien que peu diplômé, nous constatons que l'aide-soignant parvient si ce n'est à se hisser hiérarchiquement, au moins à négocier une place importante auprès des chirurgiens. Ce pouvoir de négociation découlerait « de la maîtrise d'une compétence particulière et de la spécialisation fonctionnelle » (Crozier, Friedberg, 1977, p. 83) acquises par l'AS au cours de sa carrière. Cette expertise semble raisonner aujourd'hui comme un monopole, une exclusivité dont Monsieur Gersot aurait tiré parti de la difficulté que le service éprouverait à la remplacer (Crozier, Friedberg, 1977).

Dans la continuité du brancardier et de l'AS, le discours de Madame Pace (AMA) reflète le besoin de valoriser ses activités professionnelles car « *en tant que secrétaire on reste exécutante* » dit-elle, « *on n'a pas le choix. On est obligées de faire bon gré mal gré* » au regard de ses supérieurs hiérarchiques bien plus diplômés. Ainsi son travail est « *vaste. Euh... répondre aux demandes des patients, c'est-à-dire aussi bien les prises de rendez-vous, savoir les conseiller où prendre les rendez-vous (...), on fait aussi tout ce qui est prise de rendez-vous... Que ce soit aussi bien de consultations, des blocs opératoires, des réservations de lits...ce genre de choses* ». « *On n'a pas de répit en fait* ».

Comme Monsieur Saran, l'AMA semble aussi tenir un rôle tampon auprès d'autres professionnels, ici les chirurgiens : « *nous on essaye d'être le plus neutre possible. On n'entre surtout pas dans leurs conflits* ». Ce rôle indirect peut naturellement faire partie du quotidien de l'AMA qui dans cette instance et par l'humour, assure la socialisation des chirurgiens par un mode de socialisation implicite.

L'AMA occupe une position stratégique dans l'organisation que constitue le service de chirurgie thoracique. Elle est en lien étroit avec les médecins qui « *s'arrêtent au passage et (...) prennent le café vite fait avec nous* ». Elle a aussi « *des contacts privilégiés avec certains professionnels parce qu'on a l'habitude de les avoir au téléphone* ». Ainsi son « capital de relations dans tel ou tel segment de l'environnement » (Crozier, Friedberg, 1977, p. 85) hospitalier ne donne-t-il pas à l'AMA le pouvoir de maîtriser « les incertitudes qui se développent autour des relations entre l'organisation et son environnement » (ibid.) ? Son rôle d'acteur serait trouvé en celui du « marginal-sécant » en étant « partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes » (ibid.). La neutralité mise en avant par Madame Pace pourrait bien être sous-estimée.

Les réunions avec la direction sont un lieu où l'AMA tente également de compenser cette notion de pouvoir hiérarchique. Ainsi s'y assoit-elle naturellement au milieu de ses collègues secrétaires : *« je pense que ça se fait instinctivement. C'est très certainement pour un sentiment de sécurité ou on a peut-être l'impression d'avoir plus de poids en étant toutes alignées ou côte à côte »*. Plus de poids pour équilibrer la balance du pouvoir. Enfin son aisance de prise de parole et son rôle de porte-parole peuvent aussi contribuer à réduire l'écart : *« généralement aux réunions, quand il faut parler je parle pour mes collègues »*.

6. Les territoires comme instance de socialisation

La construction symbolique de l'espace social semble en premier lieu passer par une appropriation individuelle du lieu et du contexte autour duquel l'acteur dresse une frontière qui « marque la distance entre le proche et le lointain » (Pesqueux, 2009, p. 5).

6.1 Un travail de distinction

Par l'emploi de pronoms et d'adjectifs possessifs, tous nos interviewés ont mis en lumière ce phénomène d'appropriation de l'environnement de travail. Au risque de rendre la lecture redondante, nous choisissons de ne pas énumérer ici les verbatim.

6.1.1 Des frontières imposées au sein des services...

Monsieur Gersot (AS) fait ainsi du bloc opératoire un lieu lui appartenant. *« Quand ils viennent, on sait pas pourquoi ils viennent. On ne nous l'annonce pas, parfois ils peuvent venir à l'improviste... »* annonce-t-il en parlant des membres de la direction qui viendraient taper à la porte de son territoire sans prévenir (*« c'est un peu le côté ils viennent sur mon territoire et voilà... »*). Cette dimension appropriative est aussi exprimée par Monsieur Saran (brancardier) sur le ton de l'humour : *« revenez quand vous voulez, vous êtes chez vous. »*. La présence de la direction paraît seulement tolérée par « les petites mains » dont le discours « conduit à la notion de distance critique qui est celle en deçà de laquelle il n'est pas permis de se rapprocher sauf de risquer de voir interpréter cela comme une menace » (id. p. 4).

6.1.2 ...A la différenciation sociale via les autres instances de socialisation territorialisées

Les territoires sont également marqués à l'occasion de réunions de travail, qui apparaissent comme des moments propices aux acteurs pour se différencier. En témoigne notamment les propos de Madame Estant (PH) : « *la cadre programme souvent ses réunions avec les puéricultrices sans forcément... Alors, a priori, les médecins ont l'ait d'être conviés mais je sais que... enfin, pas tout le temps, là on en avait rediscuté avec ma collègue qui est praticien hospitalier, en disant que finalement c'était peut-être dommage* ». Pour autant, il n'est pas certain que Madame Estant questionne la possibilité qu'un professionnel non médical puisse participer à leurs réunions de service mensuelles, d'autant qu'elle « *ne fait jamais de réunions avec les internes* ». La différenciation sociale ou comment les acteurs se répartissent pour créer leur lieu anthropologique, aux caractéristiques identitaires, relationnelles et historiques communautaires (AUGE, 1992). Autrement dit, ces espaces clos de réunion permettraient l'intégration sociale des participants par l'interaction entre semblables ayant (ici) un vécu professionnel ou personnel commun. Découle alors de ce processus un cloisonnement organisationnel plaçant l'individu dans sa « *petite bulle fermée* » (AS) à tout acteur n'appartenant pas au même groupe social.

Autre instance de socialisation territorialisée à l'hôpital : la pause. Parfois moment récréatif, parfois lieu de décharge affective et émotionnelle, la pause est avant tout un endroit bien gardé des professionnels d'un même groupe d'appartenance. Ainsi, en pédiatrie, les pauses se passent entre « *celles qui ont embauché à six heures et demie du matin, c'est-à-dire... les deux auxiliaires, les trois infirmières, euh... les étudiants si y en a* ». « *Et puis les médecins arrivent (...) y a une espèce de rotation et ils vont un peu prendre notre place* » (IDE). Les pauses se prennent « *bulles après bulles* » sans que celles-ci semblent se toucher. Puis arrive la cadre de santé : « *elle attend qu'on lui propose éventuellement d's'asseoir* ». A-t-elle sa place dans cette instance ? Peut-être pas, car Madame Hack poursuit : « *après elle va... monte vite à l'UHCD parce que son bureau à elle, concrètement, physiquement, est à l'UHCD* ». A cause de son statut social auquel est rattachée une relation hiérarchique avec son équipe, la cadre de santé pourrait ne pas être permis de prendre part à un lieu « intime » partagé par un groupe de professionnels autorisés (Vega, 2008). En effet, le territoire renvoie à l'espace de socialisation secondaire permettant la pérennité d'intégration au groupe de travail. Il renvoie également à l'articulation entre « le proche et le lointain en indiquant la

préférence pour le proche, dans une logique d'inclusion – exclusion et de stigmatisation des intrus, de tolérantisme des étrangers et d'ignorance des absents » (Pesqueux, op. cit., p. 11). Les soignants accordent une importance significative à la pause et aux frontières de son lieu dont le franchissement par les patients est à peine toléré. Ainsi les soignants invectivent régulièrement aux patients : « sortez de cette pièce, vous n'avez rien à y faire ! ».

6.2 Dressage de frontières et effets collatéraux

Depuis la direction générale, Monsieur Crisan semble bien percevoir l'existence de ces lieux anthropologiques éloignant les acteurs au-delà d'une organisation stratifiée. « *Chaque... fonctionnement d'un groupe a des codes bien particuliers et fonctionne de manière individuelle en fonction de la personnalité des membres et des individus* ». Il poursuit sur les difficultés à travailler avec les cadres qui ont aussi une capacité « *à s' fédérer très, très fortement* », ou dont le processus d'intégration sociale crée « *une relation euh... qui est ambivalente, pour pas dire ambiguë, entre la direction et les cadres* ». De son point de vue, les lieux anthropologiques éloigneraient les acteurs les uns des autres, phénomène contre-productif au fonctionnement l'organisation.

Ce fait semble confirmé par Madame Estan (PH) qui trouve dommageable qu'il n'y ait « *pas eu de discussion entre l'équipe médicale et l'équipe paramédicale* » lors de la construction d'un projet de service ayant provoqué des incompréhensions mutuelles. Car la cadre « *met les réunions avec le personnel paramédical, sans en parler aux médecins, (...) c'est un petit peu ce que j'ai trouvé qui manquait* ». Par conséquent « *tout fonctionne par bruit de couloir, et (...) c'est... en général ça casse une ambiance* », empêchant de travailler productivement.

Les territorialisations des espaces hospitaliers distancieraient les groupes d'individus en ce sens qu'ils suspendraient la communication interprofessionnelle indispensable au travail collaboratif à l'hôpital. Monsieur Barmu (CS) relate ainsi le caractère compliqué des échanges « *avec certains médecins qui mettent de la distance (...), leur disponibilité n'est pas la même* » car « *y en a certains, c'est... c'est les rois* » rajoute t-il. Le marquage de la distance entre groupes sociaux peut se manifester par l'ignorance de l'Autre. Monsieur Barmu prend l'exemple d'un médecin sollicité pour une question d'ordre professionnel : « *il ne m'a pas répondu, quoi — il m'avait dit bonjour —, il ne m'a pas répondu. Il m'a laissé avec ma question* ».

Si le CS a tout de même eu le droit à une formule de politesse, les « petites mains » peuvent s'en voir dispensées. Monsieur Saran (brancardier) exprime ainsi son expérience lorsqu'il rencontre un médecin lors d'un transfert : *« par exemple dans le couloir j'arrive avec un lit pis il se pousse pas, quoi. Il me voit pas. Ou il va dire bonjour au patient et m'dit pas bonjour à moi »*. Avec les professeurs *« c'est un autre monde, là on s'croise mais euh... là on s'voit pas du tout, quoi »*. Ce qui nous renvoie au caractère invisible des brancardiers à l'hôpital. « Pour une fois qu'on s'intéresse à nous ! », nous avaient-ils lancé avant le premier entretien. Cette formule dite sur un ton léger prend désormais tout son sens. Nous vérifions par ailleurs que l'humour permet l'expression de sujets difficiles de façon socialement acceptable.

La constitution de lieux anthropologiques peut enfin conduire leurs occupants à s'enfermer dans une routine de travail. Monsieur Gersot (AS) semble ainsi se décaler d'un regard autocritique sur ses pratiques professionnelles. Lorsque ses supérieurs franchissent les frontières du bloc, *« ils vont avoir une image de nous avec des protocoles »* alors qu'il arrive *« qu'on bosse différemment, qu'on bosse à notre façon »*. Les bonnes pratiques amenant à un soin de qualité sont dictées par ces protocoles visiblement non suivis par l'AS qui va devoir se *« justifier après en disant : bah si, j'ai fait ça parce que c'est comme ça, comme ça quoi »*. Au-delà de cet enquête, la territorialisation va de pair avec des manières spécifiques de faire, déclinés individuellement a fortiori dans les micro espaces (pause, ailes de service, etc.). L'hôpital se caractérise aussi par des pratiques informelles, hors normes (souvent expérimentées pendant des années et liées à l'histoire des lieux) qui résistent aux injonctions à l'homogénéisation-standardisation des pratiques (Vega, 2008). Ceci expliquerait peut-être aussi en lien, le caractère impromptu, voire déplaisant et déplacé de l'arrivée des hiérarchies. Et a fortiori la succession de cadres de santé qui n'ont pas été autorisés ici à franchir les frontières posées par l'équipe (ce service voit l'arrivée d'un nouveau cadre tous les deux à trois ans). Dès lors comment un cadre peut-il prendre le temps d'observer, en vue d'améliorer la qualité de prise en charge, voire de corriger des défauts d'organisation de soins ? Peut-il seulement le faire au regard de ce qui fait sa qualité pour l'AS ? *« Un chef qui est bien, il arrive, il regarde comment ça fonctionne, il voit les euh...les dysfonctionnements, ce qui marche bien et ce qui ne marche pas bien et voilà »*. Monsieur Gersot ne précise pas si le chef corrige les dysfonctionnements. *« Il arrive, il regarde »* mais agit-il ? L'absence de précision de la part de l'AS sème le doute.

7. L'humour : un costume nécessaire au processus d'intégration sociale

L'usage de l'humour dans un groupe social répond à une convenance unanimement reconnue par l'ensemble des interviewés : le respect de l'Autre. L'écart de cette norme sociale place l'acteur dans une position de déviant, avec le risque de se voir exclu de l'instance de socialisation à laquelle il prétend vouloir se rattacher. La déviance semble pourtant proportionnelle aux acteurs, certains pouvant se permettre en certaines circonstances de brocarder l'interlocuteur.

7.1 D'une civilité exigée...

La première marque de respect répond au processus de socialisation primaire. Ainsi Monsieur Gersot (AS) a « *appris aussi à dire bonjour mais d'une certaine façon* » : via une façon de s'imposer au sein du groupe, de dire « *voilà, j'arrive (...) je suis là* », « *je sers les mains* ». Son usage de l'humour est conditionné par l'équipe qui l'entoure, principalement féminine. Ici l'AS « *essaye de ne pas faire l'humour garçon garçon (...) parce qu'il y a des filles qui l'entendent et d'autres qui l'entendent beaucoup moins bien donc euh... On essaye de s'adapter à la personne* ». « *Je connais mes limites, jusqu'où je peux aller et ce que je ne dois pas dépasser* » conclue t-il.

Monsieur Crisan (DGA) a aussi « *rarement* » eu le sentiment d'être allé trop loin. Il ne croit « *pas à l'humour... voilà, en dessous d'la ceinture, l'humour sur le... le... le physique, les gens* » parce que « *l'idée de l'humour sur l'plan professionnel, c'est pas d'mettre les gens mal à l'aise* ». Sans compter qu'« *à un moment donné on a quand même une fonction... voilà, on peut pas s'permettre* ».

Le brancardier (Monsieur Saran) a aussi assimilé la conduite empathique nécessaire à l'usage de l'humour : « *faut toujours s'adapter à la personne, (...) on essaie de s'mettre dans la position de...* ». Il ajoute d'ailleurs : « *on n'est plus drôle parce qu'on est complètement en décalage avec la personne qu'on a en face* ». Pourtant, il est le seul à croire « *qu'on peut rire de tout* » et pour qui l'humour n'a « *pas forcément de limites* ». Un lien serait à faire « *certainement par rapport à cette timidité* » que la blague permet de surmonter.

7.2 ...A une proximité indispensable

Les limites de l'AMA sont quant à elles repoussées puisque l'usage de l'humour sous la ceinture est adapté au groupe social dans lequel elle évolue. Madame Pace insiste ici sur le fait que le type d'humour employé dépend de la proximité et de la connaissance du receveur. Si l'humour est sans limite avec les médecins qu'elle côtoie, elle le mesure « *quand ce sont des chirurgiens ou des médecins que je ne connais pas, c'est vraiment au cas par cas* ». L'humour distant des normes « *est pensé comme quelque chose de déplacé, comme euh... comme quelque chose qui n'a pas lieu d'être présent à ce moment là* » dit-elle à l'évocation d'une plaisanterie osée en présence d'une direction « inconnue ».

Madame Solmiec (CSS) se souvient « *de proximité dans les réanimations ; c'est des gens qui travaillent beaucoup ensemble, qui sont non-stop, qui travaillent en équipe — y a plus d'équipes que de malades dans ces lieux-là —, et du coup y a une relation très particulière entre les différents acteurs* ». Ainsi l'humour ne s'adresse « *pas à n'importe qui à n'importe quel moment* » mais uniquement « *quand on s'connait, on sait c'que l'autre peut faire, c'qu'il peut entendre, (...) ses limites* ».

Monsieur Barmu (CS) met aussi l'accent sur cette proximité indispensable à l'usage de l'humour. Il regrette son ancien poste en médecine où « *s'marrer* » était « *la culture (...) du service* ». « *On était ensemble, et c'était l'instant où on allait se marrer* ». Aujourd'hui responsable d'un pool de remplacement, il constate un groupe de professionnels « *éparpillés, donc tu les connais pas, fin tu les connais beaucoup moins que t'as connu tes... les équipes* » fixes. En conséquence, il dit avoir « *beaucoup moins d'proximité avec eux* », et « *du coup y a... l'humour, là, est... est pas là parce qu'on est sur. Bon : 'bah alors, ça va ?'* ». Autrement dit, les rapports sont devenus ici bien plus superficiels et insuffisants pour le partage du rire.

7.3 L'humour des territoires

Comme nous l'avons évoqué précédemment, chaque acteur d'une organisation adopte une attitude conforme à ce qui est attendu par autrui lors des interactions, dans un espace social donné. Dans l'hypothèse où le professionnel enlève le masque (ou ne garde pas la face), il risque alors de rompre le cours de l'interaction avec son interlocuteur. Son rôle d'acteur doit donc être constamment intériorisé et connu. A fortiori durant les échanges avec une personne hiérarchiquement supérieure ou inférieure.

7.3.1 Un jeu d'acteur au service du groupe

Monsieur Gersot (AS) est le premier à porter le masque du rire qu'il nomme aussi « *carapace* » le protégeant d'un vécu professionnel mortifère. « *Savoir être un peu le caméléon* » lui permet de s'adapter à toute situation : de la venue d'un inquisiteur hiérarchique, à la précaution d'abaisser l'angoisse du patient en passant par cette volonté d'unir ses pairs face aux tourments que leur réserve un quotidien funeste. Monsieur Gersot l'exprime parfaitement par cette tirade sonnante comme un résumé : « *C'est perso mais je pense qu'à l'hôpital on est obligé de devenir un personnage, un acteur en fait. Que ce soit avec les patients, avec les collègues car dans une équipe où il y a douze aides-soignants... éventuellement dans certaines équipes on va pas avoir des affinités avec tout le monde donc on est obligé de jouer un rôle en disant bon voilà... Je le connais, c'est un collègue mais bon pfff, j'ai pas plus d'affinités ou quoi que ce soit. Qu'avec d'autres euh...voilà. Que ce soit donc du collègue jusqu'à l'échelle plus haute. Je pense qu'on a un rôle d'acteur en fait...* ». L'hôpital est un second lieu anthropologique où il a appris à « *arriver avec le sourire, la bonne humeur même si à la maison il y a des fois il a peut y avoir des trucs qui tracassent (...). J'ouvre une porte, je la ferme. C'est le clac, clac* ». Ce jeu d'acteur investi lui permet de maintenir son équilibre thymique mais aussi celui de ses collègues : « *dans l'équipe on a un rôle de montrer que ça va bien* » même si « *y'a des fois y'a des jours je suis arrivé et où j'avais vraiment pas envie de faire l'acteur* ». La bonne humeur est un masque au service des collègues. Quitte à ce que ce masque soit aux antipodes de l'humeur de celui qui le porte.

Dans le vestiaire, Monsieur Saran (brancardier) semble aussi mettre le même masque que l'AS : « *moi j'me lève le matin, ben j'ai le sourire. Même si j'vais faire quelque chose qui m'plaît pas forcément parce que quelque part le travail c'est... ça peut devenir une contrainte* ». Il s'agit encore une fois de faire bonne figure devant des collègues plus jeunes « *qui sont un p'tit peu dans... dans une angoisse* » vis-à-vis de l'accueil qui peut leur être réservé dans les services, « *à c'qu'on vit au quotidien* ». Madame Pace (AMA) fait quant à elle « *toujours des petits sketches* » pour assurer « *la joie de vivre tout le temps.* ».

Par son jeu d'acteur, Madame Hach (IDE) souhaite « *soulager ses collègues (...)* puisqu'elles, elles ont la tête dans l'guidon » et que « *c'est pas tous les jours, tous les jours facile* » chuchote t-elle. Le travail à mi-temps de l'IDE la préserve peut être davantage que ses collègues, ce qui accentue probablement son attention d'être « *d'être gentille, en forme, agréable... conciliante* ».

L'esprit du collectif cadre évoqué par le DGA est vérifié dans les propos de Monsieur Barmu (CS) : « *Toute l'équipe de cadres vient ici prendre un café* ». Son bureau « *est le point d'ralliement, (...) c'est ici qu'ça s'passe et c'est... un rituel* ». Rappelons que Monsieur Barmu occupe un poste transversal. Il n'est pas le cadre d'une équipe dans un service de soins géographiquement délimité. Ici son rôle de manager est moins identifiable du fait d'une équipe soignante répartie sur l'ensemble du CHU. En guise de compensation, Monsieur Barmu a donc fait de son bureau « *l'café du coin* » : un « lieu symbolique de la convivialité du vivre ensemble sur la base d'une image valorisante » (Pesqueux, op. cit., p. 5) pour lui. Le point de ralliement créé par le CS est « conçu par rapport à un centre mais un centre mou dans la mesure où, avec le territoire, on pense toujours être au centre » (ibid.). Monsieur Barlu n'est pas au centre d'une équipe de soins mais au centre des interactions distractives de l'équipe de cadres.

Ce jeu est bien moins visible chez Monsieur Crisan (DGA). Le travail en équipe ne prend probablement pas la même forme à la direction générale, où chacun occupe son bureau aux frontières délimitées. L'interprétation n'a pas la même épaisseur et le rire est plus rare. Comme les pauses qui se font avec « *les personnes qui sont là, parce qu'elles sont là quoi, voilà* ». Ainsi que nous l'avons vu précédemment, Monsieur Crisan porte le masque de l'humour de façon plus discrète et dans un objectif immédiat : équilibrer les rapports hiérarchiques afin de libérer la parole lors des réunions et « *avancer collectivement* ».

7.3.2 Les manières de jouer

Ainsi le jeu d'acteur est vérifié chez les professionnels qui s'efforcent de bien paraître devant leurs collègues, pour le maintien d'une ambiance d'équipe. Toutefois le degré d'interprétation varie d'un acteur à l'autre, en termes de type d'humour et de comique employés. En ce sens, il est intéressant de faire un parallèle entre l'interprétation humoristique des acteurs et leurs positions sociales dans l'organisation. Car le rapport à l'humour des professionnels aurait un lien avec leur milieu social et leur socialisation. Le tableau (1) aide ici à étayer notre hypothèse.

7.3.2.1 *De la retenue...*

Monsieur Crisan (DGA) garde un rapport finalement assez distant quant à l'usage de l'humour dans ses interactions professionnelles. Adepte de l'autodérision, il en use parfois en

réunion pour essayer « *en tout cas de... de mettre de la simplicité* ». Sa résolution est de « *rire de soi, rire des autres* » en respectant les limites imposées par son statut.

Au travail, le PH « *essaye d'avoir une retenue* » en lien avec ses responsabilités. Elle va cependant parfois « *être un peu ironique* » et « *plaisanter sur un dossier qui traine* » ou de « *situations un peu cocasses, légères* ».

Madame Solmiec (CSS) privilégie beaucoup le partage d'anecdotes et de souvenirs avec des collègues qu'elle connaît depuis longtemps car « *y a toujours des trucs... très accrochés à une personne* ». La construction d'une identité collective est ici permise par un vécu commun. Elle s'autorise aussi « *de la moquerie de base, gentille* » à condition que « *ça soit du vrai humour, alors... pas de l'ironie* » ou « *des blagues (...) à deux balles* ». Enfin, elle apprécie le deuxième degré et le quiproquo.

Madame Hack (IDE) semble aussi respecter une certaine retenue dans l'usage de l'humour même si les allusions sexuelles peuvent intervenir dans les échanges avec ses collègues. Cela ne doit pas « *être... indécent ou... ou... sexuellement trop explicite* ». Elle préfère surtout raconter « *des p'tites bribes de ma vie, rigolotes, parce que y a toujours dans ta vie quelque chose qu'est finalement rigolo* ».

7.3.2.2 ... A l'engagement

Nous retrouvons ici le DGA pour qui les barrières de l'humour ne semblent pas si bien définies. Son statut semble bien lui permettre de repousser ses limites. Car il lui arrive « *d'temps en temps* » en réunion qu'il se « *lâche complètement* » en disant « *Monsieur X à une dame, ou madame à un monsieur* ». Le DGA donne un autre exemple où : « *une fois, j'avais pris une... un... un pari avec... avec des collègues parce qu'on avait une... une syndicaliste qu'était vraiment immonde et... et j'avais dit : voilà, un jour j'l'appellerai Marie-Antoinette* ». Son pari fut gagné lors d'une réunion CHSCT.

Monsieur Saran quant à lui privilégie l'humour tous azimuts. De la blague qui « *peut être du scotch sur un vestiaire, sur un cadenas* » aux « *blagues verbales* » pouvant être « *des calembours, des... des jeux de mots* ». Le brancardier se voit « *bien rentrer dans la salle pis chanter une chanson, simuler un air de guitare* », faire une imitation. « *c'est un peu l'one-man-show, quoi* » : « *je vais me mettre debout et pis euh... y a... y a les orateurs, 'fin je suis l'orateur pis y a une tribune, quoi* ».

Au bloc, « *on rigole euh... franchement il y a un peu de tout, il y a vraiment de tout. Il n'y a pas de secteur bien précis* » dit Monsieur Gersot qui est « *toujours à sortir une*

connerie » dès qu'il peut. Avec une collègue il « *fait des trucs un peu fous* » comme faire « *les singes* », « *on marche bizarrement* ».

Dans son bureau Monsieur Barmu s'adonne aux plaisanteries de tous ordres avec ses collègues cadres : « *on déconne, on rigole, on part sur... alors justement, on part sur des trucs... sur l'humour : on fait les pitres* ». L'outil informatique est aussi utilisé pour échanger des mails, des images animées ou « *des trucs qu'on a lus sur Facebook* » : « *un met le... met l'doigt dedans et l'autre en ra... en rajoute une grosse couche* ». L'humour « *en dessous d'la ceinture aussi quelquefois un peu, faut l'reconnaître* » malgré une infériorité masculine. Dans un processus d'individuation, « *on s'donne des surnoms* » dit aussi le CS, ce qui constitue « la marque tangible d'une intégration au collectif, puisque la partie nominale de l'identité se trouve retravaillée au regard des normes du groupe pour former une nouvelle identité résumant de manière imagée et humoristique un trait distinctif pas encore représenté dans le collectif » (Le Lay, Pentimalli, 2013). Le fait de surnommer les collègues appartient au processus d'individuation. Chaque cadre faisant tenir à l'autre une position singulière et distinctive dans le groupe.

8. Synthèse

Bien que l'humour puisse se limiter à une simple farce ou fantaisie communicationnelle, il lève surtout le voile sur notre espace organisationnel de travail. S'il témoigne de la communion avec nos pairs, il pointe aussi les dissemblances avec les individus sortant de notre rang social et hiérarchique. Car l'hôpital n'échappe pas à cette réalité sociétale selon laquelle la manifestation du pouvoir influe nos comportements.

La perception du pouvoir est bien mise en évidence par l'observation du terrain. Celle-ci diffère selon les catégories socio-professionnelles interviewées. En effet les agents occupant les rangs hiérarchiques inférieurs intègrent une image plutôt négative des personnes détentrices du pouvoir. Ces dernières sont considérées comme étant inaccessibles aux « petites mains » qui leur portent d'ailleurs une confiance très relative. Le médecin et les agents occupant des postes d'encadrement nuancent cette perception et voient dans les rapports de pouvoir un élément nécessaire à l'organisation et au fonctionnement de l'hôpital. Ils sont davantage en quête de confiance mutuelle et de partenariat entre tous les acteurs afin d'assurer une prise en soins qualitative.

L'organisation de l'établissement en mille-feuille altère la communication, éloigne les acteurs voire en fait des étrangers. L'inconnu renforce la représentation du pouvoir.

Alors dans les interactions et en réunion en particulier, chacun met en place des stratégies pour tenter d'approcher les opposés. Cet aménagement se fait (entre autres) par l'emploi de l'humour. Il serait un moyen pour gommer les rapports hiérarchiques, les barrières statutaires et sociales pour amener l'Autre sur une ligne égalitaire, favorable à l'engagement discursif et aux échanges souhaités par les parties. Car la prise de parole est nécessaire à la qualité de vie au travail. Elle permet d'évoquer des non-dits (sources de conflit) et de défendre les intérêts.

Mais comme nous l'avons évoqué lors de notre expérience personnelle, l'impulsion humoristique est descendante. Le pouvoir est permissif et le rire pourrait en effet venir de l'idée de sa propre supériorité : hiérarchique et sociale.

Puis l'humour comme régulateur des émotions est mis en avant par une partie des interviewés. Cette propension semble davantage appartenir aux « petites mains » (AS, et brancardiers) occupant les barreaux les plus bas de l'échelle hiérarchique. Pouvons-nous faire

un lien avec cette notion de « dirty work » incombant à la réalité de la division du travail (Hugues, 1996) ? Cette hypothèse nous semble vérifiable dans la mesure où ces professionnels trouvent dans le rire une fonction narcissique tentant d'abraser le caractère ingrat de leur activité professionnelle. Ici le rire ne pourrait-il pas venir de l'idée d'une fausse supériorité qui viendrait compenser l'invisibilité de leur travail ? En lien, l'énumération des tâches qu'accomplissent l'AS et l'AMA peut être vue comme une valorisation et un besoin de gratification.

Cette fonction narcissique serait aussi promue par le dressage de frontières délimitant un territoire : espace transitionnel dans lequel les individus auraient la possibilité d'accéder à une reconnaissance professionnelle et sociale. Ceci se traduit encore dans les propos de l'AS qui dans son bloc semble occuper la place du Calife.

Comme instances de socialisation, les territoires permettent de façon symbolique, l'inclusion de règles et de comportements parfois originaux mais compris des acteurs se trouvant à l'intérieur des frontières de leurs lieux anthropologiques. Aussi les jeux comiques empruntés par l'AS, le brancardier et le CS ne peuvent être reproduits en dehors de ces territoires au risque de se voir stigmatisés dans une instance distincte, régie par d'autres règles, d'autres comportements. Chaque lieu et contexte de travail demande à l'acteur une attitude idoine.

Le concept de territoire apparaît de manière beaucoup moins significative dans le discours des acteurs occupant un rang hiérarchique plus élevé (DGA, le PH et le CSS). Leur statut social dans l'organisation hospitalière les affranchit du recours humoristique, de par l'occupation d'une fonction gratifiante et socialement reconnue. Le métier suffit au processus individuel de narcissisation. Parce que permise par le statut, la distinction par l'humour et le rire est ici facultative. Les apports humoristiques prennent un autre sens et permettent en l'occurrence la suspension partielle des représentations hiérarchiques.

La conduite du professionnel est imposée par son rôle. Il est incarné singulièrement selon les instances de socialisation traversées par l'acteur. Lorsqu'il est prescrit, le rôle correspond à un alignement de l'acteur sur les exigences professionnelles attendues de l'organisation des soins. Le décor sanitaire enjoint l'individu à assurer officiellement l'interprétation de son métier ou de sa profession ; il lit et récite son texte à la lettre.

Toutefois, pour qu'elle soit plus vivante, l'interprétation peut à tout moment laisser place à l'improvisation et se poursuivre sur le hors-scène. Le rôle du professionnel devient indirect et vient remplir une fonction nécessaire au maintien de l'équilibre du groupe social auquel

l'acteur appartient. Le rôle se manifeste dans les espaces interstitiels de l'hôpital, souvent à l'abri du regard des pouvoirs. L'acteur libère alors son jeu par une expression humoristique (verbale et/ou gestuelle) conditionnée par sa socialisation.

Conclusion

La pièce de théâtre arrive à son terme. L'intrigue laisse progressivement place au dénouement. Ce dernier prend ici la forme d'une résolution d'une problématique, née d'un questionnement nous paraissant aujourd'hui futile. Car le travail de recherche consent au déplacement de notre regard sur notre pratique de l'humour dans le cadre professionnel. Simpliste en apparence, son usage nous conduit sur des champs inconnus en termes d'acception et de dessein. Il nous éloigne du mythe de l'individu libre. Une liberté d'être et de communiquer que nous croyons atteindre via notre légèreté humoristique. Nous considérons le rire comme une valeur cardinale dans nos interactions.

Or l'accession aux instances administratives de l'hôpital nous fait comprendre que l'humour ne peut être une licence unanimement admise. Les lieux empreints du pouvoir exigent la retenue et éprouvent alors nos capacités d'adaptation. Par mimétisme et obligation, nous ajustons notre posture et accordons un profil sérieux aux assemblées représentatives où l'usage de l'humour, tel que nous l'entendons, ne peut être proclamé. L'absence d'humour semble être une marque d'appartenance à un rang hiérarchique.

Le costume de chercheur nécessaire à la construction de ce travail nous a permis d'appréhender les interactions sous un prisme nouveau et inattendu. La rencontre avec les professionnels et l'analyse des entretiens réalisés ont eu l'effet d'ouvrir le rideau sur les sociologies des différentes coulisses de l'hôpital. L'humour n'a pas l'unique prétention d'égayer ou de faciliter les relations. Il nous dévoile les représentations sociales des acteurs, selon leurs appartenances hiérarchiques.

Gustave Nicolas Fischer (professeur de psychologie) définit la représentation sociale comme « un processus, un statut cognitif, permettant d'appréhender les aspects de la vie ordinaire par un recadrage de nos propres conduites à l'intérieur des interactions sociales » (Fischer, 1996, p. 125). Autrement dit les représentations dictent le comportement des professionnels afin qu'ils adaptent le plus justement possible leurs rapports à l'organisation hospitalière et plus précisément aux instances de socialisation côtoyées. Ces représentations se construisent sur une base de normes et de valeurs acquises par l'acteur au cours de sa socialisation.

Ce dernier apport théorique éclaire encore davantage les résultats de notre recherche, déjà très riche à notre sens. Dans la mesure où le processus de représentation et de socialisation appartient à chaque acteur, nous pouvons expliquer ici la façon variable des enquêtés d'appréhender le pouvoir, l'humour et le rôle dans leurs espaces sociaux.

Les missions du cadre de santé sont multiples. La gestion des ressources humaines en est probablement la principale dans la mesure où la continuité et la qualité des soins dépendent d'un apport constant en capital soignant. Pour autant, cette gestion doit-elle s'articuler seulement autour d'un équilibre des effectifs ? En tant que futur cadre de santé, nous devinons désormais que la « conduite » des soignants dans un service de soins demande à étendre notre attention sur un fonctionnement individuel et collectif, en y posant un regard sociologique. L'appétence des acteurs pour l'humour et ses résultantes directes ne nous ont pas échappé. Toutefois cette coutume nous a révélé tout autre enjeu personnel et commun qui se trame au sein de l'organisation, et qui peut en modifier son fonctionnement. Cette compréhension servirait notre rôle de manager et permettrait une prise de hauteur quant à des activités d'équipe qui auraient pu nous paraître étrangères.

Pour finir, nous ne pouvons pas rester insensible aux représentations dégradées qu'ont les aides-soignants de leur métier. Celles-ci peuvent être vérifiées au niveau de notre établissement où les aides-soignants exercent uniquement en service de gériatrie. Ils y sont majoritaires en terme d'effectif. La possibilité de les intégrer dans les services de soins en psychiatrie fut un temps évoquée, sans que suite ait été donnée. Cela leur aurait pourtant permis d'élargir leur horizon professionnel en termes de diversité, d'expérience et de gratification. Néanmoins, les aides-soignants seraient-ils prêts à bénéficier d'une politique de mobilité proposée par l'hôpital, avec comme conséquence qu'ils se retrouvent alors en minorité parmi les équipes infirmières ?

Références bibliographiques

➤ Ouvrages :

Abbott, Andrew. The System of Professions : An Essay on the Division of Expert Labor. Chicago : The University of Chicago Press ;1988. 452p.

Augé M. Non-lieux : Introduction à une anthropologie de la surmodernité. Paris : Seuil ; 1992. 150p.

Autissier A, Arnéguy E. Petit traité de l'humour au travail. Paris : Eyrolles ; 2012. 176p.

Arborio AM. Les aides soignantes à l'hôpital : un travail invisible. Paris : Economica ; 2002. 334p.

Baudelaire C. Baudelaire journaliste : Articles et chroniques. Paris : Flammarion ; 2011. 383p.

Baudelot C, Establet R. Allez les filles!. Paris : Seuil ; 1992. 288p.

Bergson H. Le rire : Essai sur la signification du comique. Paris : Quadrige/PUF ; 1991. 158p.

Bourdieu P. La reproduction : Éléments pour une théorie du système d'enseignement. Paris : Les Éditions de Minuit ; 1970. 279p.

Bourdieu P. Raisons pratiques. Paris : Seuil ; 1996. 256p.

Critchley S. De l'humour. Paris : Kimé ; 2004. 120p.

Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. Paris : Seuil ; 1977. 500p.

Crozier M. Le phénomène bureaucratique. Paris : Seuil ; 1971. 382p.

Fischer G.N. Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Paris : Dunod ; 1996. 224p.

Goffman E. La mise en scène de la vie quotidienne. Paris : Les Éditions de Minuit ; 1973. 256p.

Goffman E. Les relations en public : La mise en scène de la vie quotidienne II. Paris : Les Éditions de Minuit ; 1973. 368p.

Goffman E. Stigmate : Les usages sociaux des handicaps. Paris : Les Éditions de Minuit ; 1975. 180p.

Gonnet F, Lucas S. L'hôpital en question(s) : un diagnostic pour améliorer les relations de travail. Paris : Lamarre ; 2003. 272p.

Hugues E.-C. Le Regard sociologique, Essais choisis. Paris : Editions de l'EHESS ; 1996. 344p.

Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin ; 2005. 424p.

Pasqueron de Fommervault I. Je ris donc je suis : Le rire et l'humour au carrefour de deux processus identitaires : socialisation et individuation. Université Aix-Marseille : 2012 ; 121p.

Peneff J. L'hôpital en urgence : Étude par observation participant. Paris : Métailié ; 1992. 258p.

Pouchelle MC. L'hôpital ou le théâtre des opérations, Essai d'anthropologie hospitalière. Paris : Seli Arslan ; 2008. 192p.

Quivy R, Van Campenhoudt L. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris : Dunod ; 2011. 262p.

Vega A. Les risques d'intercommunicabilité entre le cadre et son équipe. In : Sainsaulieu I (dir). Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques. Paris : Lamarre ; 2008 : 163-199.

Voltaire. Œuvres complètes, Tome troisième. Paris ; 1827. 126p.

Zeldin T. Les Français. Paris : Fayard ; 1983. 526p.

➤ Articles :

Bouquet B, Riffault J. L'humour dans les diverses formes du rire. Vie sociale. Février 2010 ; N° 2 : 13-22.

Collin J. Médicament et vieillesse : Trois cas de figure. Anthropologie et Sociétés. 2003 ; 27, N°2 : 119-138.

Dumond JP. Les conflits de pouvoir à l'hôpital. Les Tribunes de la santé. Janvier 2003 ; N°1 : 71-81.

Fainzang S. L'objet construit et la méthode choisie : l'indéfectible lien. Terrain. 1994 ; N°23 : 161-172.

Jardin E. L'acteur et le système. Sciences Humaines. Septembre-Octobre-Novembre 2003 ; Hors-série N°42.

Le Lay S, Pentimalli B. Enjeux sociologiques d'une analyse de l'humour au travail : le cas des agents d'accueil et des éboueurs. Travailler. Janvier 2013 ; N° 29 : 141-181.

Noiriel G. Journal de terrain, journal de recherche et auto-analyse : Entretien avec Florence Weber. In : Salais R (dir). À la découverte du fait social. Genèses. 1990 ; 2 : 138-147.

Vega A. Nuits blanches à l'hôpital. Annales de la recherche urbaine. Septembre 2000 ; N°87 : 25-28.

Zolesio E. Les modalités d'apprentissage brutes et brutales en chirurgie. Travail et emploi. Janvier-mars 2015 ; N°141 : 25-36.

➤ **Webographie**

Ménoret M. La prescription d'autonomie en médecine. Anthropologie & Santé. 2015 : 10 [en ligne] disponible sur <https://anthropologiesante.revues.org/1665> - bibliography, (consulté le 11/03/2017).

Pesqueux Y. La notion de territoire. Colloque Propedia – Observatoire économique des banlieues. Décembre 2009 [en ligne] disponible sur https://hal.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/479794/filename/Notion_de_territoire.pdf, (consulté le 15/04/2017).

Aird R. Théories sur le rire et l'humour. 30 août 2015 [en ligne] disponible sur <https://robertaird.wordpress.com/2015/08/30/theories-sur-le-rire-et-lhumour/>, (consulté le 12/03/2017).

Vega A. La mort, l'oubli et les plaisirs. Anthropologie & Santé. 2012 : 4 [en ligne] disponible sur <https://anthropologiesante.revues.org/861> - quotation, (consulté le 24/02/2017).

Annexes

ANNEXE 1 - Guide d'entretien exploratoire destiné au brancardier

Thème 1 : QUI ?

Q1 : Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel, ce qui vous a amené à devenir brancardier ?

Thème 2 : QUOI – QUAND ?

Q2 : Pouvez-vous me parler en quoi consiste votre travail ?

Q2R : Quel est le moment de la journée le plus difficile ?

Q2R : Au niveau de l'ambiance sur votre lieu de travail, comment ça se passe avec les collègues, l'équipe ?

Q2R : Et avec l'encadrement ?

Thème 3 : OU – AVEC QUI ?

Q3 : A quel moment et où pouvez-vous pauser, souffler ?

Q3R : Cela se passe comment, où et avec qui en général ?

Q3R : Que faites-vous pour que ce moment vous soit profitable ?

Q3R : **Vous auriez des exemples ou des anecdotes ?**

Q3R : Comment on entretient la bonne ambiance dans son service ?

Q3R : De quoi, de qui on peut se permettre de rire ?

Q4 : Avez-vous aussi des réunions d'équipe, de travail ?

Q4R : Cela se passe où, comment et avec qui ?

Q4R : C'est plutôt comment en terme de relation, d'ambiance ?

Q4R : Les échanges sont-ils faciles avec les autres participants (Médecins, CSS, CS, IDE, AS) ?

N'hésitez pas si vous avez des exemples ou des anecdotes.

Q5 : Et avec les équipes équipes que vous rencontrez dans les autres services, cela se passe comment ?

Q5R : Avec qui cela se passe mieux, ou moins bien (ASH, AS, IDE, CS, PH, Médecins chef) ?

Q5R : Et sinon est-ce que vous voyez des ambiances différentes selon les services ?

N'hésitez pas à me donner des exemples.

Q5R : A quoi cela est dû selon vous ?

Thème 4 : LES LIMITES

Q6 : Alors on dit que l'humour est très répandu à l'hôpital, pour évacuer notamment des tensions au travail. Vous en pensez quoi ?

Q6R : Et vous comment amusez vous vos collègues ? Sur quoi ou sur qui blaguez vous (CS, directions, les femmes, ...) ?

Q6R : Avez vous une sorte d'humour qui vous appartient plus ?

Q7 : Alors, toujours en dehors des relations avec les patients ou les familles, est ce qu'il y a des situations où vous devez faire attention à vos propos, voire où vous vous interdisez toute liberté de ton ?

Q7R : En présence de qui ? Pourquoi ?

Q8 : Et vous est-il arrivé d'aller trop loin, ou inversement de ne pas apprécier du tout les plaisanteries de collègues ou d'autres professionnels ?

Q8R : Auriez vous des exemples ou des anecdotes ?

Q9 : Avez vous d'autres exemples de plaisanteries, d'humour qui vous ont marqués depuis que vous travaillez à l'hôpital ?

ANNEXE 2 - Guide d'entretien exploratoire destiné au cadre supérieur de santé

Thème 1 : QUI ?

Q1 : Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

Thème 2 : QUOI – QUAND ?

Q2 : Pouvez-vous me parler du pôle dont vous êtes responsable, en terme de RH soignante et encadrante ?

Q2R : Comment percevez-vous vos relations avec les équipes soignantes (AS, IDE, PH, ...) et encadrantes ?

Q2R : Comment pensez-vous être perçu par ces mêmes équipes ?

Thème 3 : OU – AVEC QUI ?

Q3 : Comme dans les services, vous faites vous-même des pauses dans la journée. A quel moment et où se passent-elles ?

Q3R : Avec qui passez-vous ce temps ?

Q3R : Que faites-vous pour que ce moment vous soit profitable ?

(Orientation vers la bonne humeur et les anecdotes si l'interviewé le permet).

Q4 : Les réunions de travail sont nombreuses. Certaines sont-elles plus faciles à conduire que d'autres ? Pourquoi ? En fonction de quoi ?

Q4R : Comment décririez-vous l'ambiance et les relations dans ces réunions : soignantes, d'encadrement, de pôle ?

Q4R : Pensez-vous que les échanges y soient aussi faciles ? Pourquoi ? Exemples ?

Q5 : Vous rencontrez sans doute régulièrement le directeur des soins et les membres de la direction de l'hôpital. Comment se passent vos échanges ?

Q5R : Y a-t-il des personnes avec lesquelles vous vous sentez plus à l'aise ? Pourquoi ?

Q5R : Comment les percevez-vous, que vous renvoient-elles ?

Thème 4 : LES LIMITES

Q6 : On dit que l'humour est très répandu à l'hôpital, pour évacuer notamment des tensions au travail, vous en pensez quoi ?

Q6R : Avez vous recours à l'humour ? Avec qui l'utilisez vous ? Sur quoi repose cet humour ?

Q7 : Est ce qu'il y a des situations où vous devez faire attention à vos propos, voire où vous vous interdisez toute liberté de ton ?

Q7R : En présence de qui ? Pourquoi ? Exemple ?

Q8 : Vous est-il arrivé d'aller trop loin ou inversement de ne pas apprécier les plaisanteries de collègues ou d'autres professionnels ?

Q8R : Avez vous des exemples ?

ANNEXE 3 - Guide d'entretien définitif destiné à l'aide-soignant

THEME 1 : QUI ?

Q1 : Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? Ce qui vous a amené à devenir ... et à travailler ici ?

THEME 2 : QUOI – QUAND ?

Q2 : Pouvez vous me dire en quoi consiste votre travail ?

- Q2R : Quel est le moment de la journée le plus difficile ?
- Q2R : Au niveau de l'ambiance, comment ça se passe avec vos collègues (Kiné ou IDE, AS, ASH, brancardiers).
- Q2R : Et avec l'encadrement ?
- Q2R : Et avec les médecins ?

Q2R : Y a t'il des professionnels avec lesquels vous vous sentez plus à l'aise au travail ?
Pourquoi ?

Comment les percevez vous, que vous renvoient-elles ?

THEME 3 : OU – AVEC QUI ?

Q3 : A quel moment et où pouvez vous pauser, souffler ?

- Q3R : Cela se passe comment, où et avec qui en général ? CS et/ou médecins sont-ils présents ?
- Q3R : Que faites vous pour que ce moment vous soit profitable ?
- **Q3R : Vous auriez des exemples ou des anecdotes ?**
- Q3R : De quoi, de qui peut-on se permettre de plaisanter ou de rire plutôt lors de ces pauses ?
Et en dehors de ces pauses, quand ?
- Q3R : Comment entretient-on la bonne ambiance dans son service ?

Q4 : Avez vous beaucoup de réunions d'équipe, de travail ? (transmissions, réunions de service, réunions institutionnelles, groupe de travail institutionnel) ?

- Q4R : Cela se passe où, comment ? Quels sont les professionnels présents ?
- Q4R : C'est plutôt comment en termes d'ambiance ?
- Q4R : Quelles sont habituellement les relations entre chacun des participants ?

- Q4R : Les échanges sont ils faciles avec tous les participants (Direction, Médecins, CSS, CS, Kiné, IDE, AS, ASH, autres) ?
- **Q4R : Avez vous des exemples ou des anecdotes ?**

Q5 : Etes vous personnellement à l'aise lors de chacune de ces réunions ?

- Q5R : si oui/non pourquoi ? Relancer sur le fait d'oser parler, prendre la parole en public, voire à poser une question aussi les façons de se tenir en réunion.
- Q5R : Avez vous des « stratégies » pour que la réunion soit plus facile à vivre ? (se mettre à côté de collègues, faire autre chose, lancer des vanes***)

THEME 4 : L'USAGE DE L'HUMOUR

Q6 : Alors on dit que l'humour est très répandu à l'hôpital, pour évacuer notamment des tensions au travail. Vous en pensez quoi ?

- Q6R (que si ce n'est pas déjà sorti avant) Et vous, comment amusez vous vos collègues ? Sur quoi ou sur qui blaguez vous entre vous ?
- **Q6R : Avez-vous des exemples ou des anecdotes ?**
Avec les autres professionnels (brancardiers, médecins, chirurgiens/IDE si c'est un kiné) ? Et les cadres et directions ? Et les administratifs ?
Pour le kiné : relancer sur ce qu'il voit en termes d'ambiances dans les services (reprendre les questions posées au brancardier)
- Q6R : Préférez-vous utiliser un type d'humour particulier ?
- Q6R : Et cela vaut aussi en dehors du travail ? Etes vous habitué à le manier ? Depuis longtemps ?
- Q6R : A quoi peut vous servir l'humour au travail, avec les différents professionnels.

Q7 : Qu'est-ce que vous appréciez lorsqu'un collègue fait de l'humour ?

THEME 5 : LES LIMITES DE L'HUMOUR (relancer sur la question des genres)

Q8 : En dehors de vos relations avec les patients ou les familles, est-ce qu'il y a des situations où vous devez faire attention à vos propos ?

- Q8R : En présence de qui pourquoi ?
- **Q8R : Vous auriez des exemples ?** (*à chaque fois, si la personne sèche, rapporter des exemples déjà évoqués*).

Q9 : Y a t'il des situations où vous vous interdisez totalement toute liberté de ton ?

- Q9R : En présence de qui ? Pourquoi ?
- **Q9R : Vous auriez des exemples ?**

Q10 : Vous est-il arrivé d'aller trop loin dans l'usage de l'humour ?

- **Q10R : Vous auriez des exemples ?**
- Q10R : Où mettez-vous le curseur ? Pourquoi ?

Q11 : Vous est-il arrivé de ne pas apprécier les plaisanteries de collègues ou d'autres professionnels ?

- **Q11R : Vous auriez des exemples ?**
- A quoi cela est du ?
- Q11R : Et l'humour des cadres, des médecins et de la Direction ?
- Q11R : Et avant, quand vous étiez plus jeune, c'était comme cela ? (Q8, Q9, Q10, Q11)
- Q11R : Faites vous un lien entre humour et éducation ?

Q12 : Avez vous d'autres exemples de plaisanteries, d'humour qui vous ont marqué depuis que vous travaillez à l'hôpital (en négatif, positif, en "flop" ou en succès) ?

Autre chose à ajouter ?

ANNEXE 4 - Guide d'entretien définitif destiné à l'assistante médico-administrative

THEME 1 : QUI ?

Q1 : Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? Ce qui vous a amené à devenir ... et à travailler ici ?

THEME 2 : QUOI – QUAND ?

Q2 : Pouvez vous me dire en quoi consiste votre travail ?

- Q2R : Quel est le moment de la journée le plus difficile ?
- Q2R : Au niveau de l'ambiance, comment ça se passe avec vos collègues (Kiné ou IDE, AS, ASH, brancardiers).
- Q2R : Et avec l'encadrement ?
- Q2R : Et avec les médecins ?

Q2R : Y a t'il des professionnels avec lesquels vous vous sentez plus à l'aise au travail ?
Pourquoi ?

Comment les percevez vous, que vous renvoient-elles ?

THEME 3 : OU – AVEC QUI ?

Q3 : A quel moment et où pouvez vous pauser, souffler ?

- Q3R : Cela se passe comment, où et avec qui en général ? CS et/ou médecins sont-ils présents ?
- Q3R : Que faites vous pour que ce moment vous soit profitable ?
- **Q3R : Vous auriez des exemples ou des anecdotes ?**
- Q3R : De quoi, de qui peut-on se permettre de plaisanter ou de rire plutôt lors de ces pauses ?
Et en dehors de ces pauses, quand ?
- Q3R : Comment entretient-on la bonne ambiance dans son service ?

Q4 : Avez vous beaucoup de réunions d'équipe, de travail ? (transmissions, réunions de service, réunions institutionnelles, groupe de travail institutionnel) ?

- Q4R : Cela se passe où, comment ? Quels sont les professionnels présents ?
- Q4R : C'est plutôt comment en termes d'ambiance ?
- Q4R : Quelles sont habituellement les relations entre chacun des participants ?

- Q4R : Les échanges sont ils faciles avec tous les participants (Direction, Médecins, CSS, CS, Kiné, IDE, AS, ASH, autres) ?
- **Q4R : Avez vous des exemples ou des anecdotes ?**

Q5 : Etes vous personnellement à l'aise lors de chacune de ces réunions ?

- Q5R : si oui/non pourquoi ? Relancer sur le fait d'oser parler, prendre la parole en public, voire à poser une question aussi les façons de se tenir en réunion.
- Q5R : Avez vous des « stratégies » pour que la réunion soit plus facile à vivre ? (se mettre à côté de collègues, faire autre chose, lancer des vannes)

THEME 4 : L'USAGE DE L'HUMOUR

Q6 : Alors on dit que l'humour est très répandu à l'hôpital, pour évacuer notamment des tensions au travail. Vous en pensez quoi ?

- Q6R (que si ce n'est pas déjà sorti avant) Et vous, comment amusez vous vos collègues ? Sur quoi ou sur qui blaguez vous entre vous ?
- **Q6R : Avez-vous des exemples ou des anecdotes ?**
Avec les autres professionnels (brancardiers, médecins, chirurgiens/IDE si c'est un kiné) ? Et les cadres et directions ? Et les administratifs ?
Pour le kiné : relancer sur ce qu'il voit en termes d'ambiances dans les services (reprendre les questions posées au brancardier)
- Q6R : Préférez-vous utiliser un type d'humour particulier ?
- Q6R : Et cela vaut aussi en dehors du travail ? Etes vous habitué à le manier ? Depuis longtemps ?
- Q6R : A quoi peut vous servir l'humour au travail, avec les différents professionnels.

Q7 : Qu'est-ce que vous appréciez lorsqu'un collègue fait de l'humour ?

THEME 5 : LES LIMITES DE L'HUMOUR (relancer sur la question des genres)

Q8 : En dehors de vos relations avec les patients ou les familles, est-ce qu'il y a des situations où vous devez faire attention à vos propos ?

- Q8R : En présence de qui pourquoi ?
- **Q8R : Vous auriez des exemples ?** (*à chaque fois, si la personne sèche, rapporter des exemples déjà évoqués*).

Q9 : Y a t'il des situations où vous vous interdisez totalement toute liberté de ton ?

- Q9R : En présence de qui ? Pourquoi ?
- **Q9R : Vous auriez des exemples ?**

Q10 : Vous est-il arrivé d'aller trop loin dans l'usage de l'humour ?

- **Q10R : Vous auriez des exemples ?**
- Q10R : Où mettez-vous le curseur ? Pourquoi ?

Q11 : Vous est-il arrivé de ne pas apprécier les plaisanteries de collègues ou d'autres professionnels ?

- **Q11R : Vous auriez des exemples ?**
- A quoi cela est du ?
- Q11R : Et l'humour des cadres, des médecins et de la Direction ?
- Q11R : Et avant, quand vous étiez plus jeune, c'était comme cela ? (Q8, Q9, Q10, Q11)
- Q11R : Faites vous un lien entre humour et éducation ?

Q12 : Avez vous d'autres exemples de plaisanteries, d'humour qui vous ont marqué depuis que vous travaillez à l'hôpital (en négatif, positif, en "flop" ou en succès) ?

Autre chose à ajouter ?

ANNEXE 5 - Guide d'entretien définitif destiné à l'infirmière

THEME 1 : QUI ?

Q1 : Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? Ce qui vous a amené à devenir ... et à travailler ici ?

THEME 2 : QUOI – QUAND ?

Q2 : Pouvez vous me dire en quoi consiste votre travail ?

- Q2R : Quel est le moment de la journée le plus difficile ?
- Q2R : Au niveau de l'ambiance, comment ça se passe avec vos collègues (Kiné ou IDE, AS, ASH, brancardiers).
- Q2R : Et avec l'encadrement ?
- Q2R : Et avec les médecins ?

Q2R : Y a t'il des professionnels avec lesquels vous vous sentez plus à l'aise au travail ?
Pourquoi ?

Comment les percevez vous, que vous renvoient-elles ?

THEME 3 : OU – AVEC QUI ?

Q3 : A quel moment et où pouvez vous pauser, souffler ?

- Q3R : Cela se passe comment, où et avec qui en général ? CS et/ou médecins sont-ils présents ?
- Q3R : Que faites vous pour que ce moment vous soit profitable ?
- **Q3R : Vous auriez des exemples ou des anecdotes ?**
- Q3R : De quoi, de qui peut-on se permettre de plaisanter ou de rire plutôt lors de ces pauses ?

Et en dehors de ces pauses, quand ?

- Q3R : Comment entretient-on la bonne ambiance dans son service ?

Q4 : Avez vous beaucoup de réunions d'équipe, de travail ? (transmissions, réunions de service, réunions institutionnelles, groupe de travail institutionnel) ?

- Q4R : Cela se passe où, comment ? Quels sont les professionnels présents ?
- Q4R : C'est plutôt comment en termes d'ambiance ?
- Q4R : Quelles sont habituellement les relations entre chacun des participants ?

- Q4R : Les échanges sont ils faciles avec tous les participants (Direction, Médecins, CSS, CS, Kiné, IDE, AS, ASH, autres) ?
- **Q4R : Avez vous des exemples ou des anecdotes ?**

Q5 : Etes vous personnellement à l'aise lors de chacune de ces réunions ?

- Q5R : si oui/non pourquoi ? Relancer sur le fait d'oser parler, prendre la parole en public, voire à poser une question aussi les façons de se tenir en réunion.
- Q5R : Avez vous des « stratégies » pour que la réunion soit plus facile à vivre ? (se mettre à côté de collègues, faire autre chose, lancer des vanes***)

THEME 4 : L'USAGE DE L'HUMOUR

Q6 : Alors on dit que l'humour est très répandu à l'hôpital, pour évacuer notamment des tensions au travail. Vous en pensez quoi ?

- Q6R (que si ce n'est pas déjà sorti avant) Et vous, comment amusez vous vos collègues ? Sur quoi ou sur qui blaguez vous entre vous ?

- **Q6R : Avez-vous des exemples ou des anecdotes ?**

Avec les autres professionnels (brancardiers, médecins, chirurgiens/IDE si c'est un kiné) ? Et les cadres et directions ? Et les administratifs ?

Pour le kiné : relancer sur ce qu'il voit en termes d'ambiances dans les services (reprendre les questions posées au brancardier)

- Q6R : Préférez-vous utiliser un type d'humour particulier ?
- Q6R : Et cela vaut aussi en dehors du travail ? Etes vous habitué à le manier ? Depuis longtemps ?
- Q6R : A quoi peut vous servir l'humour au travail, avec les différents professionnels.
- Q7 : Qu'appréciez-vous lorsqu'un collègue fait de l'humour ?

THEME 5 : LES LIMITES DE L'HUMOUR (relancer sur la question des genres)

Q8 : En dehors de vos relations avec les patients ou les familles, est-ce qu'il y a des situations où vous devez faire attention à vos propos ?

- Q8R : En présence de qui pourquoi ?
- **Q8R : Vous auriez des exemples ? (à chaque fois, si la personne sèche, rapporter des exemples déjà évoqués).**

Q9 : Y a t'il des situations où vous vous interdisez totalement toute liberté de ton ?

- Q9R : En présence de qui ? Pourquoi ?
- **Q9R : Vous auriez des exemples ?**

Q10 : Vous est-il arrivé d'aller trop loin dans l'usage de l'humour ?

- **Q10R : Vous auriez des exemples ?**
- Q10R : Où mettez-vous le curseur ? Pourquoi ?

Q11 : Vous est-il arrivé de ne pas apprécier les plaisanteries de collègues ou d'autres professionnels ?

- **Q11R : Vous auriez des exemples ?**
- A quoi cela est du ?
- Q11R : Et l'humour des cadres, des médecins et de la Direction ?
- Q11R : Et avant, quand vous étiez plus jeune, c'était comme cela ? (Q8, Q9, Q10, Q11)
- Q11R : Faites vous un lien entre humour et éducation ?

Q12 : Avez vous d'autres exemples de plaisanteries, d'humour qui vous ont marqué depuis que vous travaillez à l'hôpital (en négatif, positif, en "flop" ou en succès) ?

Autre chose à ajouter ?

ANNEXE 6 - Guide d'entretien définitif destiné au cadre de santé

THEME1 : QUI ?

Q1 : Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? Ce qui vous a amené à devenir... ?

THEME 2 : QUOI – QUAND ?

Q2 : Pouvez vous me parler du pôle dont vous êtes responsable, en termes de RH soignante et encadrante ?

- Q2R : Comment percevez vous les relations que vous avez avec les équipes soignantes (AS ? IDE, PH) et l'équipe d'encadrement ?
- Q2R : Comment pensez-vous être perçu par ces mêmes équipes ?
- Q2R : Quelles les périodes, moments du travail les plus difficiles ?

THEME 3 : OU - AVEC QUI ?

Q3 : Comme dans les services, vous faites vous même des pauses dans la journée. A quel moment et où se passent elles ?

- Q3R : Avec quels collègues passez-vous ce temps ?
- Q3R : Que faites vous pour que ce moment vous soit profitable ?
(Orienter si possible vers la bonne humeur, la plaisanterie et les exemples).

Q4 : Les réunions de travail sont nombreuses. Certaines sont elles plus faciles à suivre ou à conduire que d'autres ? Pourquoi ? En fonction de quoi ?

- Q4R : Comment décririez vous l'ambiance et les relations dans ces réunions : 1/soignantes, 2/d'encadrement, 3/de pôle ?
- Q4R : Quelles sont habituellement les relations entre chacun des participants ?
- Q4R : Que pensez vous de la facilité des échanges entre les différents acteurs participant à ces réunions ? En terme de posture, de prise de parole, de positionnement de chacun des participants ?

Q5 : Vous rencontrez également le coordinateur général des soins et les membres de la Direction. Comment se déroulent ces réunions ?

- Q5R : Y a t-il des ordres du jour, ou autres avec lesquels vous êtes plus à l'aise ?
Pourquoi ?

- Q5R : Y a t-il des personnes de cette équipe de Direction avec lesquelles vous êtes plus à l'aise ? Pourquoi ?
- Q5R : Comment les percevez-vous ? Que vous renvoient-elles ?
- Q5R : Avez-vous des exemples ou des anecdotes : vérifier que tous les acteurs ont été passés en revue : Directions, Médecins, CSS, CS, Kiné, IDE, AS, ASH
- Q5R : Que pensez vous de la longueur et/ou répétition de certaines réunions ? Comment les vivez-vous ? (représentation, choix de la place, des voisins, usage de blagues pour tuer le temps ?).

THEME 4 : L'USAGE DE L'HUMOUR

Q6 : On dit que l'humour est très répandu à l'hôpital, pour évacuer notamment des tensions au travail. Qu'en pensez-vous ?

- Q6R : Vous même, avez-vous beaucoup recours à l'humour ? Avec qui l'utilisez-vous : équipe soignante, médicale, de direction-administration ?
- **Q6R : Avez-vous des exemples ?**
- Q6R : Pensez-vous que certains professionnels manquent d'humour ? Qu'en pensez-vous ? Pourquoi ?
- Q6R : Au travail, privilégiez-vous un type d'humour en particulier ?
- Q6R : Et cela va-t-il aussi en dehors de votre travail dans votre quotidien personnel ? Etes-vous habitué à manier l'humour ? Depuis quand ? (relance sur la famille, deux enquêtés avant vous m'ont parlé d'éducation, qu'en pensez vous ?)
- Q6R : Selon vous, à quoi peut vous servir l'humour au travail ?

Q7 : Qu'appréciez-vous chez un/une collègue qui fait de l'humour ? Et chez un autre professionnel : soignant, Direction.

- Q7R : Et quand cet humour est usité en réunion, qu'en pensez-vous ?

THEME 5 : LES LIMITES DE L'HUMOUR

Q8 : Dans votre activité professionnelle, pensez-vous qu'il a des situations où vous devez être précautionneux de vos propos ?

- Q8R : En présence de qui ? Pourquoi ?
- **Q8R : Auriez-vous des exemples ?**

Q9 : Y a t-il des situations où vous vous interdisez totalement toute liberté de ton ?

- En présence de qui ? Pourquoi ?
- **Q9R : Auriez-vous des exemples ?**
- Q9R : Et avec les syndicats de personnel ? Et l'ARS ?

Q10 : Avez-vous déjà eu le sentiment d'être allé trop loin dans l'usage de l'humour ?

- **Q10R : Auriez-vous des exemples ?**
- Q10R : Où placez-vous le curseur ? Pourquoi ?

Q11 : Vous est-il arrivé de ne pas apprécier les plaisanteries de collègues ou d'autres professionnels ?

- **Q11R : Auriez-vous des exemples ?**
- Pour quelle raison ?
- Q11R : Relancer sur l'humour de cadres, directions, médecins....

Q12 : Avez-vous d'autres exemples de plaisanteries, d'humour qui vous ont marqué depuis que vous travaillez à l'hôpital, notamment à vos débuts ?

- Q12R : Et justement, quand vous étiez plus jeune, c'était pareil ? (votre usage de l'humour, ses limites, la façon dont vous l'appréciez...).
- Q12R : Est-ce qu'il y a eu des passages dans votre carrière, des apprentissages, des changements dans vos manières d'être- postures/l'humour ?

D'autres choses à ajouter ?

ANNEXE 7 - Guide d'entretien définitif destiné au praticien hospitalier

THEME 1 : QUI ?

Q1 : Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? Ce qui vous amené à devenir médecin et à travailler ici ?

THEME 2 : QUOI – QUAND ?

Q2 : Pouvez-vous me parler du service duquel vous êtes responsable, en termes de patients accueillis et de multidisciplinarité ?

- Q2R : Comment se passe la coordination des soins auprès des enfants ?
- Q2R : Comment percevez-vous les relations que vous avez avec l'équipe : soignante, encadrante, confrères, internes, professeurs ?
- Q2R : Comment pensez-vous être perçu par cette même équipe ?
- Q2R : Quel sont les moments de la journée où les plus difficiles ?

THEME 3 : OU – AVEC QUI ?

Q3 : Comme l'équipe, vous faites vous-même des pauses dans la journée. A quel moment et où se passent-elles ?

- Q3R : Cela se passe comment ? Avec qui passez-vous ce temps de pause en général ?
- Q3R : Que faites-vous pour que ce moment vous soit profitable ?
- Q3R : Vous arrive t-il de plaisanter ou de rire lors de ces pauses ? Et à d'autres moments ?
- Q3R : Avez vous des exemples ou des anecdotes ? Pouvez-vous me parler de l'humour médical à l'hôpital en général ?
- Q3R : Selon vous est il possible d'assurer une bonne ambiance dans un service ? Comment ?

Q4 : Avez-vous beaucoup de réunions d'équipe, de travail : staff, réunions médecins – cadres, réunions médicales, autres ?

- Q4R : Cela se passe où, comment ? Quels sont les professionnels présents ?
- Q4R : Comment décririez-vous l'ambiance et les relations dans chacune de ces réunions ?
- Q4R : Et en terme de posture, de prise de parole, de positionnement de chacun des participants ?
- Q4R : Les échanges sont-ils faciles avec tous les participants : confrères (professeurs, PH, internes), cadres, équipe.

Q5 : Il vous arrive probablement aussi de rencontrer la Direction de l'établissement. Comment se déroulent ces réunions ?

- Q5R : Etes vous à l'aise lors de ces réunions ?
- Q5R : Si oui/non : relance sur facilité de prise de parole, stratégies employées + la négociation, les conflits...
- Q5R : Si oui, y a t-il des personnes de cette équipe de Direction avec lesquelles vous êtes plus à l'aise ? Pourquoi ?
- Q5R : Comment les percevez-vous ? Que vous renvoient-elles ?
- Q5R : Que pensez vous de ces réunions en terme de redondance et de leur longueur ?
Est ce que vous assistez à toutes ces réunions ? Quelles stratégies adoptez-vous (se mettre à côté de collègues, faire autre chose, lancer des vannes...) ?
Pourquoi y assistez-vous ? (représentation du service, de la spécialité, du groupe médical).

THEME 4 : L'USAGE DE L'HUMOUR

Q6 : On dit que l'humour est très répandu à l'hôpital, pour évacuer notamment des tensions au travail. Qu'en pensez-vous ?

- Q6R : Et vous-même, avez-vous beaucoup recours à l'humour ? Comment amusez-vous vos collègues ? De quoi ou de qui blaguez vous entre vous ?
- **Q6R : Avez vous des exemples ou des anecdotes ?**
- Q6R : Et avec les autres professionnels : IDE, AS, ASH, brancardiers, cadres, Direction ?
Bien relancer sur les petits personnels.
- Q6R : Au travail, privilégiez-vous un type d'humour en particulier ?
- Q6R : Et cela vaut aussi en dehors du travail ? Etes-vous habituée à manier l'humour ?
Depuis longtemps ?
Pensez vous qu'il puisse s'acquérir pendant les études, stages médicaux + famille.
Deux enquêtés avant vous m'ont parlé d'éducation, qu'en pensez vous ?
- Q6R : Dans le cadre professionnel, pourquoi, à quelle fin utiliser l'humour ?
Avez-vous des exemples ou des anecdotes ?
- Q6R : Pensez-vous que certains de vos collègues maquent d'humour, si oui qu'en pensez-vous, pourquoi ?

Q7 : Qu'appréciez-vous chez un confrère/une consœur qui fait de l'humour ? Chez un autre professionnel : soignant, cadre, Direction ?

- Q7R : Et lorsque cet humour est fait en réunion ?

THEME 5 : LES LIMITES DE L'HUMOUR

Q8 : En dehors de vos relations avec les patients et les familles, est-ce qu'il y a des situations à l'hôpital où vous devez faire attention à vos propos ?

- Q8R : En présence de qui ? Pourquoi ?
- **Q8R : Auriez vous des exemples ?**

Q9 : Y a t-il des situations où vous vous interdisez totalement toute liberté de ton ? Si non pourquoi ?)

- Q9R : En présence de qui ? Pourquoi ?
- **Q9R : Auriez vous des exemples ?**

Q10 : Vous est-il arrivé d'aller trop loin dans l'usage de l'humour ?

- **Q10R : Auriez vous des exemples ?**
- Q10R : Où mettez vous le curseur ?

Q11 : Vous est-il arrivé de ne pas apprécier les plaisanteries de confrères/consœurs ou d'autres professionnels ?

- **Q11R : Auriez-vous des exemples ?**
- Q11R : Pour quelle raison ?
- Q11R : Et l'humour des cadres de santé, des IDE, des ASH, du personnel de direction ou autre à l'hôpital ?
- Q11R : Pensez-vous que votre humour (usages, limites, degré d'appréciation a évolué au fil des années ? Quand vous étiez plus jeune (étudiants), c'était comme cela aussi ?

Q12 : Avez-vous d'autres exemples de plaisanteries, d'humour qui vous ont marqué depuis que vous travaillez à l'hôpital notamment à vos débuts ?

Avez vous autre chose à rajouter sur l'humour à l'hôpital, ou sur l'humour médical ?

ANNEXE 8 - Guide d'entretien destiné au directeur général adjoint

THEME1 : QUI ?

Q1 : Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? Ce qui vous a amené à devenir Directeur d'Hôpital ?

THEME 2 : QUOI – QUAND ?

Q2 : Pouvez vous me parler de l'hôpital dont vous êtes responsable, en termes de RH soignante et encadrante ?

- Q2R : Comment percevez vous les relations que vous avez avec l'équipe de direction, les équipes d'encadrement de proximité, les équipes soignantes (AS ? IDE, PH) et les équipes médicales ?
- Q2R : Comment pensez-vous être perçu par ces mêmes équipes ?
- Q2R : Quelles sont les périodes, les moments de travail les plus difficiles ?

THEME 3 : OU - AVEC QUI ?

Q3 : Comme dans les services, vous faites vous même des pauses dans la journée. A quel moment et où se passent elles ?

- Q3R : Avec quels collègues passez-vous ce temps ?
- Q3R : Que faites vous pour que ce moment vous soit profitable ?
(Orienter si possible vers la bonne humeur, la plaisanterie et les exemples).

Q4 : Les réunions de travail sont nombreuses. Certaines sont elles plus faciles à suivre ou à conduire que d'autres ? Pourquoi ? En fonction de quoi ?

- Q4R : Comment décririez vous l'ambiance et les relations dans ces réunions de direction ?
- Q4R : Quelles sont habituellement les relations entre chacun des participants ?
- Q4R : Que pensez vous de la facilité des échanges entre les différents acteurs participant à ces réunions ? En terme de posture, de prise de parole, de positionnement de chacun des participants ?

Q5 : Vous rencontrez également le coordinateur général des soins, les membres de l'encadrement de proximité, les équipes soignantes ET le corps médical. Comment se déroulent ces réunions ?

- Q5R : Y a-t-il des ordres du jour, ou autres avec lesquels vous êtes plus à l'aise ? Pourquoi ?
- Q5R : Y a-t-il des personnes de ces différentes équipes avec lesquelles vous êtes plus à l'aise ? Pourquoi ?
- Q5R : Comment percevez-vous chacune de ces équipes ? Que vous renvoient-elles ?
- Q5R : Avez-vous des exemples ou des anecdotes : vérifier que tous les acteurs ont été passés en revue : Directions, Médecins, CSS, CS, Kiné, IDE, AS, ASH
- Q5R : Que pensez vous de la longueur et/ou répétition de certaines réunions ? Comment les vivez-vous ? (représentation, choix de la place, des voisins, usage de blagues pour tuer le temps ?

THEME 4 : L'USAGE DE L'HUMOUR

Q6 : On dit que l'humour est très répandu à l'hôpital, pour évacuer notamment des tensions au travail. Qu'en pensez-vous ?

- Q6R : Vous même, avez-vous beaucoup recours à l'humour ? Avec qui l'utilisez-vous : équipe de direction-administration, encadrement, médicale, soignantes ?
- **Q6R : Avez-vous des exemples ?**
- Q6R : Pensez-vous que certains professionnels manquent d'humour ? Qu'en pensez-vous ? Pourquoi ?
- Q6R : Au travail, privilégiez-vous un type d'humour en particulier ?
- Q6R : Et cela va-t-il aussi en dehors de votre travail dans votre quotidien personnel ? Etes-vous habitué à manier l'humour ? Depuis quand ? (relance sur la famille, deux enquêtes avant m'ont parlé d'éducation, qu'en pensez vous ?)
- Q6R : Selon vous, à quoi peut vous servir l'humour au travail ?

Q7 : Qu'appréciez-vous chez un/une collègue qui fait de l'humour ? Et chez un autre professionnel encadrant, soignant, médical.

- Q7R : Et quand cet humour est usité en réunion, qu'en pensez-vous ?

THEME 5 : LES LIMITES DE L'HUMOUR

Q8 : Dans votre activité professionnelle, pensez-vous qu'il a des situations où vous devez être précautionneux de vos propos ?

- Q8R : En présence de qui ? Pourquoi ?
- **Q8R : Auriez-vous des exemples ?**

Q9 : Y a t-il des situations où vous vous interdisez totalement toute liberté de ton ?

- En présence de qui ? Pourquoi ?
- **Q9R : Auriez-vous des exemples ?**
- Q9R : Et avec les syndicats de personnel ? Et l'ARS ?

Q10 : Avez-vous déjà eu le sentiment d'être allé trop loin dans l'usage de l'humour ?

- **Q10R : Auriez-vous des exemples ?**
- Q10R : Où placez-vous le curseur ? Pourquoi ?

Q11 : Vous est-il arrivé de ne pas apprécier les plaisanteries de collègues ou d'autres professionnels ?

- **Q11R : Auriez-vous des exemples ?**
- Pour quelle raison ?
- Q11R : Relancer sur l'humour de cadres, directions, médecins....

Q12 : Avez-vous d'autres exemples de plaisanteries, d'humour qui vous ont marqué depuis que vous travaillez à l'hôpital, notamment à vos débuts ?

- Q12R : Et justement, quand vous étiez plus jeune, c'était pareil ? (votre usage de l'humour, ses limites, la façon dont vous l'appréciez...).
- Q12R : Est-ce qu'il y a eu des passages dans votre carrière, des apprentissages, des changements dans vos manières d'être- postures/l'humour ?

Ne pas oublier la question des genres.

ANNEXE 9 – Protocole de présentation

Bonjour, je m'appelle Vincent GOURIOU et je suis actuellement étudiant - à *l'Institut de Formation des Cadres de Santé* - à Nantes.

Au cours de notre cursus, nous avons à élaborer un travail de recherche.

Pour travailler le thème choisi, je suis amené à faire des entretiens avec différents professionnels de santé. L'échange devrait durer environ 1 heure.

L'entretien est anonyme et vos propos resteront confidentiels. Je pourrai arrêter l'enregistrement selon votre volonté.

Je vous remercie d'avoir bien voulu vous rendre disponible.

Avez-vous des questions particulières ?

ANNEXE 10 – Talon sociologique

SEXE	
AGE	
NIVEAU SCOLAIRE	
TYPE D'ETABLISSEMENT TAILLE DU SERVICE	
SITUATION DE FAMILLE	
PROFESSION DU CONJOINT REVENUS DU FOYER	
PROFESSION DES PARENTS	
LIEU D'HABITATION	

Via les usages de l'humour qui s'y trament, l'hôpital peut être saisi comme une scène où les acteurs semblent jouer, répéter et représenter leurs rôles. Ces acteurs professionnels sont multiples de par la complexité de leurs répertoires mais uniques à cause de leurs expériences et socialisations. Ces personnages aux nombreuses facettes se caractérisent dans la pièce par leurs statuts : principaux et secondaires. Chaque professionnel trouverait en son supérieur hiérarchique un rôle de metteur en scène donnant vie à la pièce. Ce dernier en ferait une représentation, un spectacle vivant en dirigeant les acteurs dans leur déplacement, leur interprétation. Les décideurs imposent officiellement à la fois le décor des actions et les comédiens préalablement sélectionnés pour leur façon d'incarner leurs rôles. Pour autant les comédiens peuvent s'affranchir du texte et trouver des marges de manœuvre, des stratégies pour contrer le pouvoir. En hors-scène ils refont entre eux des pièces où les humeurs reprennent toute leur place.

La fonction de l'humour ne se limite pas à déclencher le rire. Par son usage et ses limites, il dévoile en creux, des intérêts individuels et collectifs dans une organisation hospitalière marquée par la hiérarchisation des pouvoirs et des représentations sociales.

De l'aide-soignant au directeur général adjoint, huit professionnels ont accepté de témoigner sur leurs manières d'utiliser l'humour au quotidien. En découlent des expériences communes mais aussi singulières de par la diversité des fonctions occupées dans l'établissement.

MOTS CLÉS

Interaction – Humour – Pouvoir – Rôle – Socialisation – Territoire