



HAL
open science

Distribution et variation du sentiment de peur en contexte de “ risque infectieux élevé ”

Clément Tarantini, Patrick Peretti-Watel

► **To cite this version:**

Clément Tarantini, Patrick Peretti-Watel. Distribution et variation du sentiment de peur en contexte de “ risque infectieux élevé ”. Sociétés contemporaines, 2017, Varia, 105 (1), pp.31-51. 10.3917/soco.105.0031 . hal-03947944

HAL Id: hal-03947944

<https://hal.science/hal-03947944v1>

Submitted on 16 May 2023

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

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

Distribution et variation du sentiment de peur en contexte de « risque infectieux élevé »

Des expériences socialement différenciées du stigmatisme et de la peur chez des professionnels de santé d'un service de « maladies infectieuses et tropicales »

Clément Tarantini, Patrick Peretti-Watel

DANS **SOCIÉTÉS CONTEMPORAINES** 2017/1 (N° 105), PAGES 31 À 51
ÉDITIONS **PRESSES DE SCIENCES PO**

ISSN 1150-1944

ISBN 9782724635195

DOI 10.3917/soco.105.0031

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2017-1-page-31.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Clément TARANTINI Patrick PERETTI-WATEL

Distribution et variation du sentiment de peur en contexte de « risque infectieux élevé »

Des expériences socialement différenciées
du stigmate et de la peur chez des professionnels
de santé d'un service de « maladies infectieuses
et tropicales »

Le présent article traite des discours et des pratiques organisés autour de la question du risque d'infection nosocomiale chez les professionnels de santé d'un service de « maladies infectieuses et tropicales ». Ces unités sont considérées par l'institution hospitalière comme étant « à risque infectieux élevé ». Notre enquête témoigne des liens étroits entre les représentations qu'ont ces soignants de leur contexte de travail et les processus de constructions sociales des rapports au risque d'infection. Cette analyse éclaire ainsi la production des ancrages sociaux des rapports au risque à partir, notamment, des théories de la sociologie du stigmate et des émotions, le sentiment d'être stigmatisé étant intensément lié à la peur inhérente à ce contexte professionnel « risqué ».

Distribution and Variation of Fear in a "High Risk of Infection Context" The Social Variation of Experiences of Stigmatization and Fear in an "Infectious Disease Unit"

This paper analyses speeches and practices addressing risk of nosocomial infection among health professionals in an "Infectious Disease Unit". These wards are considered by hospital institution as "high infectious risk" units. This qualitative research reveals close links between the perceptions of healthcare workers about their working environment, and the social constructions of their perceptions of infectious risks. The study is shedding light on how risk perceptions result of social attachments. We use sociology of stigma and emotion to understand these processes. Indeed, stigma experience is strongly attached with feeling of fear in this "risky" ward.

Dans le sillage des travaux de Douglas, Beck et Giddens, qui placent le risque au cœur des sociétés contemporaines, de nombreux travaux ont été consacrés à la construction sociale des risques, et en particulier à la façon dont les profanes se les représentent (Peretti-Watel, 2001). Ces travaux montrent notamment que ces représentations dépendent des positions sociales, que celles-ci soient conçues en termes de statut socioéconomique (Finucane *et al.*, 2000) ou d'appartenance à un groupe stable, plus ou moins fermé et homogène (Douglas, 1992). Mais le risque n'est pas seulement une menace qu'il s'agit de mettre à distance, matériellement ou symboliquement ; il peut aussi être une ressource, un outil de

mobilisation collective ou une source d'affirmation de soi (Lyng, 1990). Cette ambivalence est particulièrement présente dans le domaine des risques au travail (Duclos, 1987). C'est à ce type de situation qu'est consacrée cette étude, réalisée dans un service hospitalier de « maladies infectieuses et tropicales » (MIT)¹. On y reçoit quotidiennement des cas d'infections bénignes mais aussi de tuberculoses, de méningites, de *clostridium difficile*, etc. Il a reçu le label « Établissement de santé de référence » (ESR), et à ce titre fait partie des services susceptibles d'accueillir, par exemple, des cas d'« Ebola ». Travailler au MIT, c'est donc travailler dans un contexte de « risque infectieux élevé ».

Ce service accueille un projet de recherche pluridisciplinaire qui vise à réduire les infections nosocomiales en contexte hospitalier par une meilleure compréhension des pratiques des professionnels de santé face aux mesures prophylactiques. De nombreuses recherches en sciences sociales ont déjà abordé la question des représentations du risque d'infection nosocomiale en service hospitalier. Toutefois, celles-ci se concentrent principalement sur les interactions entre soignants et soignés (Amiel, 2005 ; Carricaburu *et al.*, 2008 ; Pouchelle, 2008a ; Schindler ; 2013). Nous avons souhaité nous en démarquer en orientant notre étude autour de la problématique suivante : comment ce contexte professionnel singulier, ainsi que les processus de socialisation dont il est le théâtre, structurent-ils les discours et les pratiques des professionnels de santé à l'égard du risque infectieux ?

Pour répondre à cette question nous nous intéresserons d'abord aux représentations du service dans l'hôpital du point de vue des professionnels du MIT. Le sentiment de travailler dans un service stigmatisé tient une place importante dans les relations sociales au sein du service. Toutes les catégories professionnelles sont-elles touchées ? Les usages du stigmatisme et ses conséquences dépendent-ils des positions qu'occupe chacune de ces catégories dans l'espace social du MIT et de l'hôpital ? Nous mobiliserons la sociologie du stigmatisme (Goffman, 1975) et les théories culturelles du risque (Douglas, 2005 [1967]) pour répondre à ces questions.

Ensuite, nous appréhenderons les discours sur le sentiment de peur dans l'équipe. En effet, ceux-ci dépendent du rapport au risque de contamination qu'entretiennent les professionnels et à une forme d'expérience collective du stigmatisme. Quelles places pour le sentiment

1/ Ce travail a bénéficié d'une aide du gouvernement français, géré par l'Agence nationale de la recherche au titre du projet investissement d'avenir A*MIDEX portant la référence n° ANR-11-IDEX-0001-02.

de peur au MIT ? Comment s'inscrit-il dans les normes professionnelles à l'œuvre dans ce service ? Nous utiliserons ici les travaux d'Arlie Hochschild sur le « travail émotionnel » (1979).

ENCADRÉ MÉTHODOLOGIQUE

Des entretiens ont été réalisés auprès de diverses catégories professionnelles : médecins, assistants médecins, internes en médecine, cadres, infirmières diplômées d'État (IDE), aides-soignantes (AS), agents de service hospitalier (ASH). Nos données font état de fortes correspondances dans les discours et les pratiques relevant des trois premières catégories professionnelles citées ci-dessus, puis des trois dernières. Lorsque ces correspondances seront avérées nous qualifierons le premier groupe de « médecins », puis le second de « soignantes² ». Pour évoquer de façon plus large l'ensemble des professionnels du MIT exerçant auprès des patients nous utiliserons l'expression « professionnels de santé ». Tous les participants ont signé un consentement écrit. L'enquête (réalisée par CT) se base sur la réalisation d'entretiens et le recueil de données ethnographiques auprès des « soignantes » et des « médecins », entre janvier 2014 et avril 2015. Les observations de terrain qui jalonnent l'article sont rapportées par l'enquêteur. Chaque entretien a été enregistré, retranscrit et anonymisé (les prénoms utilisés dans la suite sont fictifs). CT et PPW ont rédigé le guide d'entretien et réalisé les analyses ensemble. Ce guide a été retravaillé au fur et à mesure que les premiers entretiens étaient analysés, dans l'esprit de la *grounded theory* (Strauss & Corbin, 1990). Leur analyse a mis en évidence une saturation progressive des thèmes émergents de ceux-ci, de sorte que le recueil de données a cessé à l'issue du vingtième entretien.

UN SERVICE STIGMATISÉ ?

Précisons d'abord que le terme de « risque » est peu utilisé par les membres du service. Pour restituer au mieux leurs logiques et éviter de leur imputer des concepts qui ne sont pas les leurs, nous leur emprunterons le terme « danger » qu'ils utilisent volontiers.

■ L'expérience du stigmaté

Le stigmaté implique qu'« un individu qui aurait pu aisément se faire admettre dans le cercle des rapports sociaux ordinaires possède une caractéristique telle qu'elle peut s'imposer à l'attention de ceux d'entre nous qui le rencontrent, et nous détourner de lui » (Goffman, 1975, p. 15). La question de la réalité de cette caractéristique a conduit certains chercheurs à préférer la notion d'étiquette (Becker,

2/ Ce dernier groupe est principalement composé de femmes. Nous en avons tenu compte et faisons le choix d'en parler au féminin. Aussi, nous remercions chaleureusement l'ensemble des professionnels du MIT pour leur accueil et leur générosité, et plus particulièrement Sophia, infirmière au MIT et doctorante en santé publique, sans qui cette étude n'aurait pas été possible.

[1963] 1985). Associée à des stéréotypes cette étiquette se voit dotée d'une valence négative et exprime alors une identité sociale dévalorisée. Depuis Goffman de nombreuses études ont enrichi le concept de stigmat. En particulier Link et Phelan (2001) qui replacent le stigmat dans ses cadres macrosociaux en le considérant comme un processus social inévitablement associé à des rapports de pouvoir. En outre, pour ces auteurs ce processus est caractérisé par plusieurs aspects : l'étiquetage, la stéréotypisation, la séparation entre un « Eux » et un « Nous », les relations de pouvoir, la perte du statut et la discrimination. Dans cette première partie nous mobiliserons ces analyses pour tenter de comprendre les mécanismes de stigmatisation à l'œuvre au MIT et leurs implications dans la construction d'une expérience collective du danger de contamination.

Les soignantes mentionnent presque toujours le sentiment de crainte qu'inspire leur service au reste du personnel hospitalier.

Au MIT il est prévu d'isoler les patients en fonction de leurs pathologies. À ces types d'isolement correspondent des « niveaux de sécurité biologique » allant d'un risque de contamination faible voire nul, à un risque élevé. Mais très vite il est apparu que les patients n'étaient pas les seuls « isolés ». En effet, lorsqu'est évoqué le regard que porte le personnel des autres services de l'hôpital sur le MIT, les soignantes mentionnent presque toujours le sentiment de crainte qu'inspire leur service au reste du personnel hospitalier. Elles rapportent que les professionnels extérieurs expriment régulièrement leur impossibilité à travailler dans un tel service et la peur qu'il suscite, et témoignent de la difficulté des relations avec ce personnel, qui voit dans le MIT un espace entièrement contaminé du fait des pathologies qui y sont traitées. Les propos de Rodolphe, IDE, illustrent ce sentiment :

Et est-ce que vous avez des relations avec les autres services de l'hôpital³ ?

« Non, pas du tout. »

Et à votre avis, quel regard portent-ils sur le MIT ?

« Ah, eux, ils ont peur de nous. »

À cause des pathologies ?

« Oui. »

Et vous en entendez parler, de quoi ils ont peur exactement ?

« Ben des infections. Avant, on avait le nom sur les blouses, ils voyaient “maladies tropicales et infectieuses”, oh la la, dans les ascenseurs ils se reculaient [...]. Bon, c'est vrai, si vous parlez aux gens à l'extérieur, je peux le comprendre. Mais des gens qui travaillent dans l'hôpital, souvent ils me disent : “oh la la, travailler dans ce service, quel malheur, je ne voudrais pas y aller travailler, moi”. Ils croient qu'on est plus... Que c'est plus dangereux que dans d'autres [services]. »

3/ Figurent en italique les propos de l'intervieweur.

Béatrice, AS, tient un discours similaire :

Et les autres services, alors, qu'est-ce qu'ils disent du MIT ? Quel regard ils portent ?

« Ils ont peur. Quand on dit MIT, pour eux c'est infection, eux ils vont être contaminés, les MIT c'est très mal vu [...], ça veut dire tuberculose, ça veut dire méningite, ça veut dire toutes les grosses maladies contaminantes. »

Travailler au MIT détourne l'individu des « rapports sociaux ordinaires » et engendre un sentiment de mise à l'écart.

Nous n'avons malheureusement pas pu interroger le personnel extérieur au service afin de vérifier l'existence de tels discours. Toutefois, nous pouvons affirmer que les soignantes du MIT ont le *sentiment* d'être perçues comme potentiellement contaminées, donc contaminantes. Cette attribution du risque à un groupe de professionnels particulier engage ainsi « des procédures d'accusation sociale reposant sur l'étiquetage d'individus déviants » (Calvez, 2001, p. 132) et, à l'image des ouvriers du nucléaire étudiés par Fournier, les soignantes risquent alors jusqu'à la contamination « de leur personne sociale » (2012, p. 93). Ce qui n'est pas sans conséquences sur les représentations que les soignantes ont d'elles-mêmes et sur leur rapport au travail. Être associé à ce risque ébranle la frontière entre le soignant et le malade (Amiel, 2005 ; Carricaburu *et al.*, 2008) puisqu'en milieu hospitalier cette frontière est un trait « consubstantiel à la création de l'identité professionnelle de soignant » (Lacaze, 2008, p. 191). Tout se passe comme si cette accusation, formulée par des individus exerçant la même profession, répondait à la menace que représente un tel service pour l'identité de soignant, pour les normes et les valeurs qui en tracent les frontières. Dès lors il s'opère une séparation entre un « eux » et un « nous », indissociable d'un processus de discrimination et de perte de statut. Il y aurait un danger de « pollution morale » pour le groupe (Douglas, 1967). En effet, qu'est-ce qu'un soignant contaminé et contaminant si ce n'est une anomalie échappant à l'ordonnancement de l'institution hospitalière ? Comme le remarque Harvey le risque « cerne des menaces à l'ordre social [et] est étroitement lié au processus d'établissement de normes culturelles et de définition de ce qui est relégué “à la marge” : les actions, les groupes ou les caractéristiques qui sont considérées comme anormaux, qui sont associés aux “autres”, et qui doivent donc être envisagés sous la catégorie du risque » (2012, p. 115).

■ Stigmate et hiérarchie hospitalière

Les médecins se perçoivent en « bonne collaboration » et ne se sentent pas stigmatisés.

Cette stigmatisation n'est pas vécue à l'identique par tous les professionnels du MIT. En effet, les médecins ne l'évoquent jamais. Au contraire, ils font valoir le sentiment de prestige qu'ils retirent des interactions entretenues avec les autres services. Ce dernier se fonde essentiellement sur la relation aux savoirs médicaux propres au champ des maladies infectieuses, dont ils affirment détenir le capital, rendant les autres services dépendants de cet appareillage théorique. Les « demandes d'avis » des autres services contribuent à ce que les médecins se perçoivent en « bonne collaboration » et ne se sentent pas stigmatisés :

Qu'est-ce que vous pourriez dire sur le MIT et ses caractéristiques, et par rapport à la place qu'il occupe dans l'hôpital ?

« Je pense qu'il travaille en bonne collaboration avec les autres services. »

Et par rapport aux liens avec les autres services, c'est plutôt avec quels autres services ?

« Tous les services de chirurgie, parce qu'il y a des gens qui ont des infections liées aux soins, donc on nous demande des avis [...] »

Et dans ces relations avec les autres services, quel regard eux portent sur le MIT ?

« Je pense plutôt bon. On a des bonnes relations avec la plupart des services de l'hôpital. » (Pierre-Marie, médecin, professeur des universités, praticien hospitalier)

À ce sujet le discours d'Aloïs, jeune interne en médecine, est frappant :

Et quelles relations vous entretenez avec les autres services ? Déjà, est-ce que vous en avez ?

« Oui, on en a beaucoup. Rien que par le fait d'avoir un service des avis, si vous voulez, c'est-à-dire qu'ils nous appellent dès qu'ils sont en défaut sur un problème infectieux, on va les aider [...] on va au chevet du malade, voir le malade, l'évaluer, regarder ses bilans, et discuter avec eux [...] on va vraiment être le médecin référent, quasiment. Ils nous demandent de prescrire nous-mêmes les antibiotiques, en faisant un peu une confiance aveugle... »

Cette différence entre médecins et soignantes révèle les multiples façons de penser ce contexte professionnel, les représentations que l'on a de soi-même, de sa profession et de sa position dans l'espace social de l'hôpital selon les catégories professionnelles. Plus encore, ces expériences différentes du stigmate doivent être envisagées à partir des relations de pouvoir qui s'exercent au MIT et dans l'hôpital, et dans lesquelles s'ancrent les processus de stigmatisation (Link et Phelan, 2001 ; Lacaze, 2008). Autrement dit « il faut du pouvoir pour stigmatiser » (Weitz, 1990, p. 375) ou, inversement, pour résister au stigmate. Or au MIT les positions de chacun n'offrent pas

les mêmes ressources pour négocier les injonctions relatives à l'hygiène des mains. C'est ce qu'illustre le témoignage de Ghislaine, une infirmière du CLIN⁴ bien connue dans le service pour dispenser des formations sur le risque infectieux et participer à l'élaboration des protocoles d'hygiène. Ainsi, après avoir tenté laborieusement de convaincre une infirmière et un interne d'enlever leur alliance, elle glisse en aparté : « C'est toujours comme ça, on fait une remarque à une ASH qui dit "regardez les AS", lesquelles disent "regardez les infirmières", et ainsi de suite. » En outre, lorsque Ghislaine propose à l'interne de faire la remarque à son chef celui-ci rétorque, non sans sarcasme, que leurs positions hiérarchiques l'en empêchent. Si le désarroi de Ghislaine semble indiquer qu'un traitement égalitaire se met en place par défaut (finalement, personne ne change ses habitudes), il ne doit pas masquer que les professions situées en bas de la hiérarchie du service doivent déployer plus d'énergie à résister et négocier que les médecins. D'ailleurs les médecins sont peu inquiétés par le CLIN au sujet de leur tenue (la plupart ne portent que la blouse par-dessus leur tenue « civile ») tandis que le non port du pantalon médical et des sabots est inenvisageable pour les soignantes. Ces dernières me l'ont souvent fait remarquer, preuve qu'elles ont conscience de ce traitement différencié et de leur position dans la hiérarchie hospitalière. Les rapports de pouvoir en faveur des médecins impliquent qu'ils se soustraient et résistent plus facilement aux injonctions internes sur les protocoles d'hygiène relatifs à la prévention du risque infectieux, et donc à des formes de stigmatisation internes au MIT. De plus leur captation du pouvoir, fondée en partie sur l'idée qu'ils sont détenteurs des savoirs experts sur les maladies infectieuses, leur confère le sentiment d'être indispensables à bon nombre de leurs collègues et les rend imperméables aux discours stigmatisants supposés du personnel des autres services.

Reste à approfondir les relations entre stigmatisation et peur. Car si les soignantes se sentent stigmatisées c'est avant tout parce qu'elles pensent inspirer un sentiment de peur au reste du personnel hospitalier. Qu'en est-il du sentiment de peur au sein de leur groupe ? Nous allons voir que les discours sur le sentiment de peur sont au centre de pratiques qui visent à inverser la valence négative qui accompagne le stigmate afin de réajuster sa place et son statut dans l'espace social de l'hôpital, et à repenser le contexte professionnel « risqué » dans lequel ces soignantes évoluent. Et *quid* des médecins ? Nous questionnerons ci-dessous la distribution du sentiment de peur et ses variations selon les catégories professionnelles du MIT et en leur sein.

4/ Comité de lutte contre les infections nosocomiales.

REFORMULER LA FRACTURE

■ Un service plus dangereux que les autres ?

Si de l'extérieur le MIT semble perçu comme un lieu dangereux, les soignantes ne partagent pas cet avis. Car, justement, disposer de davantage de mesures de précaution que les autres services diminue le sentiment de danger. Ces mesures sont multiples : dispositifs technologiques spécifiques (chambres à pression négative), formations régulières sur l'hygiène, rappels fréquents des recommandations, etc. De plus les patients y sont généralement orientés par d'autres services et les pathologies sont identifiées en amont. Cette particularité renforce le sentiment d'être plus en sécurité au MIT qu'ailleurs. Le contre-exemple des urgences est souvent cité pour illustrer l'absurdité qu'il y aurait à considérer le MIT comme un service plus dangereux que les autres. En effet, aux urgences les pathologies ne sont pas identifiées lorsque le patient arrive. Pour les soignantes du MIT les mesures de protection sont donc moins respectées et souvent inadéquates. Le paradoxe réside alors en ce que le MIT est perçu comme l'espace accueillant les pathologies les plus contagieuses de l'hôpital, mais est pourtant vécu comme le lieu où le danger est le plus faible :

[Au sujet du personnel extérieur au MIT] « C'est vrai, ils ont peur de... Moi quand je vois, je fais les courses, les bilans ou quoi, "Ah tu travailles au MIT, ouh ! Le MIT !" [...]. Je n'ai pas la crainte parce que je suis dans l'infectieux. Parce qu'aux urgences ils ne mettent pas les masques, ils ne savent pas ce qu'ils vont rencontrer comme patients. Par contre ici on sait, quand on peut mettre le masque, mettre les gants... Au contraire, moi en cinq ans j'ai jamais attrapé quelque chose. » (Soraya, ASH)

Les médecins du MIT partagent ce point de vue :

« Même si le patient vient pour une suspicion de tuberculose et qu'on n'a pas la preuve on va tout de suite se protéger, ce qu'on ne ferait pas forcément [dans les autres services]. Des fois on voit des patients, au bout de dix jours d'hospitalisation dans certains services, qui n'ont jamais été isolés, et c'est beaucoup plus grave que l'exposition qu'on peut avoir au MIT. On est beaucoup plus contrôlés, beaucoup plus vigilants. » (Chloé, médecin assistant du service)

Nous retrouvons ici des similarités importantes avec les discours dont usent les ouvriers de l'industrie chimique décrits par Duclos, et qui affirment que leur « usine est sûre » en comparaison des autres industries de ce milieu (1988).

À la manière des travailleurs du nucléaire dépeints par Zonabend (2014) ces professionnels usent de ruses langagières et rhétoriques pour chasser l'anxiété que produit un contexte de travail menaçant. Autrement dit les acteurs construisent des « stratégies défensives individuelles et collectives [qui] permettent de réduire l'appréhension, la peur étant incompatible avec la poursuite du travail » (Carricaburu *et al.*, 2008, p. 60). Dans le cas présent la stratégie consiste à reformuler la fracture en reportant le stigmate sur ceux-là mêmes qui sont accusés de l'entretenir, à éloigner la peur en déplaçant le danger sur l'Autre. En outre, si certaines catégories situées en haut de la hiérarchie professionnelle semblent résister au stigmate, elles déploient pourtant le même type de discours. Nous allons voir ci-dessous que ce sentiment de peur est bien au cœur des processus de socialisation et des rapports au danger de contamination. En effet, cette rhétorique en apparence bien rodée et à laquelle l'ensemble de l'équipe souscrit cohabite avec des discours permettant d'asseoir une identité professionnelle fondée sur la capacité à ne pas éprouver de peur ou, du moins, à la nier et à la réprimer.

■ Renverser le stigmate, revendiquer le danger

Très vite notre enquête a révélé qu'il était indispensable de ne pas avoir peur pour travailler au MIT. Un clivage oppose les soignantes qui travaillent au MIT à celles qui ont essayé mais n'y sont pas restées. La peur de la contamination est au cœur de cette distinction. Ainsi, lors d'une discussion informelle Soraya, ASH, se moque d'une infirmière restée quelques jours seulement et dont elle rapporte les propos en expliquant qu'« elle avait toujours l'impression "d'en avoir partout" ». En réponse à cette peur cette soignante prenait donc des précautions jugées excessives par ses collègues, portant un masque tout au long de sa vacation, se lavant sans cesse les mains, etc. Outre le caractère épuisant de cette attitude Soraya souligne sa dimension chronophage. Au MIT plus qu'ailleurs le respect « à la lettre » des mesures prophylactiques est perçu comme perturbateur de l'organisation des soins : il altère à la fois la productivité (Amiel, 2005 ; Carricaburu *et al.*, 2008) et la dimension relationnelle du soin (Schindler, 2013). Ainsi, « "avoir peur" se transforme rapidement en "peur de ne pas arriver à faire son travail" » (Trompette & Caroly, 2004, p. 73). La cadre du service témoigne également de cette impossibilité de travailler dans la peur :

« On a une aide-soignante, par exemple, qui a dit : "Moi je ne veux pas, je ne veux pas venir ici, parce que toutes les nuits je rêve de contagion". Donc elle est partie. Là on en a une autre aussi, c'est pareil. »

Tout comme Nadia, AS :

« Apparemment là il y avait quelques filles qui étaient anti-pathologies infections tropicales, qui avaient peur, tout ça, qui... »

Anti-pathologies ?

« Ah oui, elles pouvaient pas [...] elles avaient trop peur. Et elles sont parties. »

L'absence du sentiment de peur apparaît dès lors comme une condition *sine qua non* d'intégration professionnelle. De même que dans les métiers du funéraire, lorsqu'elle est apprivoisée la peur désigne alors une « qualité professionnelle à part entière » (Trompette & Caroly, 2004, p. 71).

À ce sujet le discours de Bianca, AS, est exemplaire :

Et vous avez le sentiment de travailler dans la peur, du coup ?

« Non, pas du tout [...] »

Et par rapport à Ebola, vous l'avez vécu comment ? Parce qu'il y a eu deux arrivées de suspicion d'Ebola...

« J'étais là aux deux. Ben pas plus inquiétant que la grippe H1N1, on a fait pareil, hein. »

C'est-à-dire ?

« Le premier cas, on a fait le même... On s'est habillé pareil, on a fermé le sas, on rentrait, on groupait les soins, on avait la combinaison avec tout, exactement comme Ebola. Après on a commencé à enlever au fur et à mesure quand on a vu que c'était pas si grave que ça. Voilà, mais la peur non. J'ai jamais eu peur. »

Et vous pensez que c'est quoi, les qualités à posséder pour travailler au MIT ?

« Déjà de ne pas avoir peur. Parce qu'il y en a une, d'aide-soignante, qui n'est pas restée ici pour ça. Elle avait peur. »

Et vous ne m'avez pas dit, vous aviez peur au début, quand vous êtes arrivée dans le service, ou pas du tout ?

« J'ai jamais eu peur. »

Pour travailler au MIT il faut donc faire partie de celles qui sont capables de braver la peur de la contamination.

Pour travailler au MIT il faut donc faire partie de celles qui sont capables de braver la peur de la contamination. Ce clivage vient appuyer la dimension élitiste du travail de soignant au MIT. Une recherche réalisée en période de crise « Ebola » au sein des ESR de métropole (dont fait partie le MIT) révèle que leurs personnels soulignent l'investissement que constitue une telle prise de risque. Beaucoup valorisent la stimulation professionnelle qui prévaut dans de tels services ainsi que leur participation à la gestion de crises sanitaires d'envergure, lors desquelles ils s'exposent au danger de contamination pour l'intérêt général (Tarantini *et al.*, 2015). Affronter de telles situations procure un sentiment de prestige (Fournier, 2012, p. 95). Le risque permet alors de forger une identité collective positive dans un contexte professionnel où l'on ne peut y échapper et

où il produit stigmatisme et marginalisation. Le stigmatisme est renversé, il devient source d'une identité positive et marque d'élitisme. Les discours sur la peur oscillent ainsi entre deux pôles : la relativisation du danger et la revendication du danger comme « une ressource pour défendre et affirmer le mode de vie et de relation auquel [ils] affirment leur attachement » (Calvez, 2011, p. 192).

■ Domestiquer les savoirs experts

Encore une fois ce type de discours ne se retrouve pas chez les médecins qui perçoivent un possible sentiment de peur chez les soignantes mais nient qu'il puisse s'établir au sein de leur groupe professionnel. Ils ne distinguent pas les médecins qui auraient peur et ne pourraient pas travailler au MIT :

« Il y a la peur de la contagion, pas trop chez les médecins, mais on le voit dans le reste de l'équipe, les gens qui veulent pas aller dans la chambre, qui veulent attendre qu'ils ne soient plus contagieux pour aller leur parler. » (Chloé, médecin assistant)

Allois, interne, nous fait remarquer la même chose :

« Il y a certains personnels soignants qui ont un peu la phobie des maladies infectieuses, là je pense que c'est nécessaire de ne pas l'avoir. »

Dans le personnel soignant ?

« Oui. Alors ça, c'est quelque chose qui m'a beaucoup étonné. Je m'en suis aperçu quand je suis devenu interne, il y a notamment des infirmières qui sont absolument tétanisées par la maladie infectieuse. Qui ont très très peur d'être contaminées. »

Même après une expérience au MIT ?

« Non, ils ne travaillent au MIT, parce qu'ils ne sont pas idiots [...] »

Donc il y a quand même une peur du service, un petit peu, de la part des autres professionnels ?

« Oui. Notamment le paramédical, les brancardiers surtout. Les médecins, beaucoup moins, parce qu'ils arrivent mieux à se figurer la chose. »

Cette dernière phrase est significative du rapport des médecins hospitaliers aux savoirs médicaux. En effet, Baszanger nous rappelle qu'à la fin de leur internat les étudiants ont reconnu la supériorité de l'hôpital « fondée sur le poids accordé au savoir et sur le statut socialement fait à l'intelligence abstraite » (1981, p. 242). La capacité à conceptualiser à partir de ces savoirs constitue donc une marque de distinction sociale et professionnelle pour l'élite médicale à laquelle cette catégorie professionnelle estime appartenir (Baszanger, 1981 ; Hardy, 2013). Mais chez les soignantes comme chez les ouvriers du nucléaire on ne peut penser l'action de ces agents

Les médecins procèdent à une rationalisation scientifique du danger de contamination par la domestication des savoirs experts.

invisibles sur l'individu autrement que de façon abstraite (Fournier, 2012). C'est ce que suggèrent les propos de Soraya lorsqu'elle évoque « l'impression d'en avoir partout » de son ancienne collègue. Cette expression fait référence aux agents pathogènes. Elle rend compte de la centralité de l'expérience du corps dans la confrontation à ce danger invisible et hypothétique, et révèle que dans de tels contextes l'appréhension individuelle du danger peut être extrêmement variable. C'est pourquoi cette dernière est encadrée de normes sociales puissantes engagées dans la définition et la construction sociale des différents groupes professionnels. Les médecins procèdent à une rationalisation scientifique du danger de contamination par la domestication des savoirs experts sur les maladies infectieuses. Ils opèrent ainsi à la relativisation, voire à la neutralisation du sentiment de peur. Mais les membres du personnel n'étant pas « tous des physiciens ou des ingénieurs » maîtrisant les savoirs experts sur le sujet (*ibid.*, p. 27) les soignantes, elles, font de leur capacité à ne pas ressentir de peur leur marque de distinction. Elles reformulent la fracture et confèrent au MIT une dimension positive : si les autres ont peur, elles ne seront jamais capables de travailler ici.

APPRENTISSAGES ET ANCRAGES DU RAPPORT À LA PEUR

■ L'existence d'une « règle de sentiment »

Cependant cette faculté *a priori* indispensable n'est pas aussi solide que ce que les discours des soignantes laissent paraître. En effet il s'agit, aussi, de ne pas dire sa peur quitte à l'euphémiser en employant une autre dénomination, comme en témoigne Clarisse, AS :

« Même le personnel... on n'en parle pas ouvertement, mais... Ils vont pas dire : "J'ai peur d'attraper quelque chose", ou alors elles bossent ailleurs. Donc si on a peur, c'est compliqué. »

Et vous, vous sentez qu'il y a une peur, ou quelque chose comme ça, chez les soignants qui sont là ?

« J'appellerais pas ça une peur, j'appellerais ça une crainte... »

Le sentiment de peur demeure inavouable dès lors que l'on témoigne de sa difficulté à le domestiquer.

De telles ambivalences ne se laissent découvrir que dans des contextes privilégiant une parole anonyme et à l'écart du groupe, comme lors des entretiens individuels. Le sentiment de peur demeure inavouable dès lors que l'on témoigne de sa difficulté à le domestiquer, et l'intégration sociale en est menacée. D'où la nécessité de parvenir, quoiqu'il en coûte, à le mettre à distance.

Hochschild évoque en ce sens le concept de « travail émotionnel » (1979), soit « l'acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment » (*ibid.*, p. 561). Elle distingue deux types de travail émotionnel, le jeu superficiel (*surface acting*) et le jeu en profondeur (*deep acting*), selon que l'individu travail à feindre ou à transformer ses émotions (1983). Si cette gestion des émotions est une constante chez les professionnels de santé à l'hôpital (Strauss *et al.*, 1982 ; Paillet, 2007), notre terrain d'enquête divulgue qu'au MIT ce travail émotionnel comporte une dimension supplémentaire : un « travail » sur la peur. Ainsi, les soignantes en poste n'ont pas « naturellement » moins peur de la contamination que celles n'ayant pu rester au MIT, comme le laissent entendre bien souvent les interprétations des professionnels du service. Elles répondent à des « règles de sentiment » et « travaillent » à se conformer à ces normes professionnelles officieuses qui déterminent la façon dont les individus doivent réagir émotionnellement, selon le contexte.

Aussi, connaître la règle et y adhérer, initier un travail émotionnel, implique un processus d'apprentissage qui s'exprime parfois de manière particulièrement brusque dans les interactions entre les stagiaires et les soignantes titulaires. Ainsi lorsqu'une élève AS, inquiète, fait part à Bianca (AS depuis de nombreuses années au MIT) de sa peur d'avoir été contaminée par un patient atteint d'une tuberculose multirésistante et diagnostiqué sur le tard, celle-ci lui répond froidement : « Ça, ça arrive tous les jours au MIT ». Marquant ainsi la nécessité de s'adapter à cette réalité du danger de contamination propre au service, tout en taisant sa peur. Quelques semaines plus tard une élève IDE est victime d'un accident d'exposition au sang : elle se pique avec une seringue ayant servi à réaliser un bilan sanguin à un patient dont la sérologie est inconnue. C'est Halima, une jeune infirmière, qui raconte la scène à l'équipe :

« Elle est arrivée en panique vers Juliette [IDE depuis près de 25 ans au MIT], elle lui demande si elle doit aller aux urgences et elle, elle lui dit [Halima imite Juliette en train de travailler et répondant à l'élève sans lui adresser un regard] : "Tu fais bien comme tu veux, si tu veux aller aux urgences, vas-y..." ». Halima et ses collègues rient du comportement de Juliette. Puis la narratrice ajoute : « Elle aurait pu la rassurer, d'habitude elle n'arrête pas de répéter qu'elle s'est piqué des centaines de fois et qu'elle n'a jamais rien eu ! ». Chacune y va alors de son imitation de Juliette, impassible face à la détresse de l'élève. Finalement l'élève ira aux urgences. Pour conclure Halima prend un malin plaisir à nous raconter la rencontre de l'élève avec le médecin des urgences : « Le médecin il lui a demandé de quel service elle venait, et là, quand elle a dit qu'elle venait du MIT, le mec il a fait des yeux ! »

Cette dernière précision appuie l'image d'un service « à risque » inspirant la peur aux autres professionnels.

Les postures adoptées par les titulaires contrastent fortement avec l'agitation, la panique et l'inquiétude véhiculées par les élèves face à la peur d'avoir été contaminées. Dans les deux cas l'élève est laissée en proie à ses angoisses et n'est pas rassurée. Au contraire, comme le fait remarquer Halima ces dernières se gardent bien de déployer les discours qui circulent dans l'espace social du service et qui visent à relativiser le risque. Les élèves apprennent donc à leurs dépens que le travail en « infectieux » est source d'angoisses, mais se voient contraintes de ne pas les exprimer en public et de les gérer seules. Les soignantes titulaires invitent indirectement les élèves à faire preuve de calme et de retenue, en bref à ne pas exprimer sa peur auprès de ses collègues. Ces deux exemples traduisent un apprentissage informel et sans ménagements du caractère proscrit du sentiment de peur et des comportements qui lui sont associés.

■ Le « travail émotionnel » au prisme du parcours de Nadia

Le rapport à la peur n'est donc ici ni inné, ni figé. Mais, comme toute règle, celle-ci peut-être transgressée et faire l'objet de déviance. L'évolution des discours et des pratiques de Nadia – nous pourrions parler de son « parcours émotionnel » – illustre bien le caractère instable du travail émotionnel et les difficultés rencontrées pour se « normaliser » à l'égard de la règle de sentiment.

L'extrait qui suit est issu du premier entretien qu'elle nous accorde, quelques semaines après son affectation au MIT :

Et vous diriez que vous travaillez dans la peur, vous, ou pas du tout ?
« Non, je ne travaille pas dans la peur. Mais je travaille vraiment dans la prévention. »
Dans la prévention, pour limiter justement ça... ?
« Ah oui, j'ai trop peur ! »

Ainsi, dès les premières semaines de sa prise de fonction, Nadia semble avoir intériorisé les règles de sentiment opérant au MIT. Toutefois, comme Clarisse son discours est porteur d'ambivalences qui annoncent déjà une difficulté à respecter la règle. Cet extrait trahit les difficultés qu'elle rencontre dans son travail émotionnel, mis en porte-à-faux par le langage et les lapsus auxquels il se prête. Les données de terrain recueillies des mois plus tard confirment son impossibilité à se conformer à la règle et le choix assumé de Nadia de la transgresser. Elle exprime publiquement sa peur d'être contaminée par certaines pathologies (gale, VIH, *clostridium difficile*). Ses ressources sociales dans le service (elle bénéficie d'une forte

reconnaissance sociale et professionnelle de la part de ses collègues et entretient des amitiés fortes avec nombre d'entre elles) lui permettent d'élaborer des stratégies de gestion de ses tâches professionnelles plutôt que de « travailler » sur sa peur. Ainsi, avec les autres membres de l'équipe elle parvient à redistribuer les tâches pour les accomplir tout en évitant certaines situations. D'ailleurs elle confiera lors d'une journée passée à l'accompagner dans le service qu'elle réfléchit à quitter le MIT, voire à se reconverter professionnellement. Parmi les raisons invoquées, une incapacité croissante à contrôler sa peur d'être contaminée. Selon elle cette peur serait pour une large part entretenue par la dynamique continue d'acquisition de nouveaux savoirs experts sur les pathologies qu'elle côtoie au MIT. Ainsi, à l'inverse des médecins, chez Nacyma l'accès aux savoirs médicaux a pour effet de découpler sa peur des pathologies et de la contamination.

Une autre anecdote éclaire cette difficulté. Nous sommes près de deux ans après la prise de poste de Nadia au MIT. Une nouvelle AS vient d'être recrutée, Alix. Aujourd'hui elles travaillent ensemble. Alors qu'elles enfilent le tablier de plastique et les gants, protocole d'hygiène préalable au service des plateaux-repas, Alix fait une remarque à ce sujet : « C'est ça qui est fatigant ici, tout le temps s'habiller, se déshabiller ! ». Nadia acquiesce. Puis Alix reprend un discours très fréquent dans le service : en cas d'urgence médicale il est primordial de passer outre le respect des protocoles et de se diriger sans détour vers le patient concerné. Alix nous raconte donc la fois où, dans un autre service de l'hôpital, une personne âgée est tombée du lit. Entendant le vacarme elle court dans la chambre et, face à l'urgence, fait le choix de ne pas mettre de masque avant de porter secours à ce patient situé dans une chambre à isolement respiratoire. Son récit valorise la prise de risque pour le bien du patient. Cette trame narrative se présente dans nos données comme l'un des fondamentaux du devoir de soignant au MIT. Tout se passe comme si le prestige et la reconnaissance professionnels en sortaient d'autant plus grands que la prise de risque est perçue, au MIT, plus importante. Alors que l'on pourrait s'attendre à ce que Nadia approuve les propos d'Alix, elle lui répond qu'« elle est folle » et qu'elle, « elle met les gants ou le masque quoi qu'il arrive ! ». Elle illustre également ses propos par une anecdote. Alors qu'elle est en pause avec une autre AS, une ASH leur fait de grands signes depuis l'autre bout du couloir. Les deux collègues comprennent très vite qu'il s'agit d'une urgence médicale. Elles traversent alors le couloir en courant et, arrivées à la hauteur de l'ASH, celle-ci leur explique que la « mamie de la chambre 16 » est en train de s'étouffer. Cette patiente est infectée par un *clostridium difficile*, une bactérie multi-résistante.

Nadia affirme alors à Alix : « On a couru mais je t'assure qu'on a pris le temps de mettre les gants ! ». Avant d'ajouter : « Et c'est pareil pour le masque ! ». Quant à Alix elle maintient sa posture et affirme qu'elle n'a pas peur au MIT, qu'elle a été ASH aux urgences pendant 12 ans et que « c'est pire, on ne sait pas ce qu'ils ont ! ». Nous retrouvons là le « paradoxe » évoqué précédemment d'un service *a priori* plus dangereux que les autres mais au sein duquel les professionnelles se perçoivent, en fait, moins exposées au danger de contamination que dans les autres services.

Enfin, quelques semaines plus tard, lors d'un second entretien, Nadia déclare :

« Le risque 0 il n'existe pas, on a beau se protéger, se laver les mains, mais ça n'existe pas tu vois. J'suis psychose, dès qu'il t'arrive un truc tu te dis "j'ai ça, j'ai ça, j'ai ça..." , je t'ai dit avec la 16 [une patiente à la chambre 16] je me suis dit "ahiiii, autant je vais avoir une bactérie, l'oxa 48, et nanani, nanana..." Mais tu psychoses, c'est devenu de la parano, tu vois même chez toi c'est récurrent quoi, il t'arrive le moindre truc [...] tu as vraiment peur, tu essaies de te surprotéger, et en fait je ne pense pas que ce soit un bon comportement pour travailler en infectieux [...] c'est dans la tête, mais tu psychoses tu vois, tu psychoses... »

Désormais elle exprime clairement sa peur de travailler « en infectieux ». Dans ce dernier extrait elle témoigne d'ailleurs elle-même du fait qu'une telle appréhension n'est « pas un bon comportement pour rester au MIT », et associe cela aux gestes générés par son angoisse, notamment les pratiques de surprotection dont on a vu que, selon les soignantes, elles nuisaient à l'organisation du travail. Nadia a des difficultés à intérioriser la norme de sentiment et à transformer en profondeur ses émotions. Elle éprouve une « dissonance émotionnelle », c'est-à-dire « un écart entre ce qui est ressenti réellement et la démonstration des sentiments » (Soares, 2003). Aujourd'hui Nadia, enceinte, est en congé parental. Selon ses anciennes collègues « elle ne reviendra pas ». Son parcours au MIT, analysé au prisme de ses discours et de ses pratiques, témoigne des variations de son rapport à la peur et des modalités d'énonciation et de gestion de celui-ci. Ces variations expriment l'évolution du « travail émotionnel » et des positionnements par rapport aux règles de sentiment à l'œuvre dans l'équipe des soignantes.

Ces variations expriment l'évolution du « travail émotionnel » et des positionnements par rapport aux règles de sentiment.

■ Sentiment de peur et virilité(s)

Les soignantes expriment une forme de virilité au travail caractéristique de celle des classes populaires (Boltanski, 1971 ; Bourdieu, 1996 [1979]) : « la valorisation de la dépense physique, associée à une représentation du corps comme force » (Avril, 2014). Les tâches de *nursing* sont valorisées à la lumière des efforts physiques qu'elles impliquent, bien plus qu'à partir de leur aspect relationnel. Et si les soignantes critiquent l'organisation du travail et le manque de personnel qui accentuent l'exploitation de leur force physique, elles en tirent aussi une certaine reconnaissance professionnelle. Les nombreuses discussions entre collègues qui consistent à établir la liste des tâches réalisées la veille et les difficultés physiques rencontrées en attestent, tout comme certains comportements relevés lors de nos observations ethnographiques. Par exemple, alors que des AS ou des ASH (parfois aidées d'IDE) profitaient de ma présence pour m'entraîner dans leurs tâches les plus physiques, il n'était pas rare que le moment venu je les cherche dans le service pour m'apercevoir qu'elles avaient déjà commencé, voire fini la tâche en question, en toute discrétion et sans me prévenir. En « m'oubliant » elles affirment ainsi que « la virilité n'est pas l'apanage des hommes mais s'exprime aussi [...] au féminin » (Avril, 2014, p. 138). Mais l'expression de formes de virilité passe aussi par d'autres voies. Ainsi, Molinier ou Zonabend témoignent des rapports à la virilité que l'on retrouve dans les formes de revendication du risque et de dénégation de la peur, mis en exergue dans le vocable utilisé par certaines catégories d'ouvriers qui convoquent des symboles de la masculinité (2000 ; 2014). Dès lors, « dire qu'on a peur c'est aussi, pour beaucoup, dire qu'on est un froussard, qu'on n'est pas un homme » (Zonabend, 2014, p. 155). C'est ce que m'a rappelé Sarah, AS, lors d'une journée d'observation à ses côtés. Alors que nous sommes nombreux dans la salle de réunion je lui fais part de mon inquiétude d'avoir été contaminé par un patient atteint de la grippe A, diagnostiqué plusieurs jours après son affectation au MIT. Le port du masque n'avait donc pas été prescrit et les soignantes se sont exposées au danger sans le savoir, tout comme moi. Elle s'esclaffe alors et me lance en rigolant : « Trompette va ! ». Ce terme argotique désigne quelqu'un de peureux et de craintif et, par extension, une personne efféminée, à l'image des « femmelettes » et des « chochottes » évoquées par Molinier (2000, p. 30). D'ailleurs, d'autres formes d'expression de la virilité, à l'instar de celles décrites par Avril dans son étude sur les aides à domicile, traversent le groupe de soignantes : une aversion à la formation (« je ne supporte pas de rester assise » expliquent-elles) et une valorisation de sa capacité à « gueuler » face aux groupes plus élevés dans la hiérarchie hospitalière, par exemple (Avril, 2014).

Aux médecins, donc, le prestige intellectuel et la rationalité ; aux soignantes les tâches physiques, mais aussi la peur et son pendant inverse, la bravoure. Ce résultat traduit au premier abord une division sexuelle « classique » des émotions : aux hommes le rationnel (malgré une féminisation de la profession [Hardy, 2013] le groupe des médecins est majoritairement composé d'hommes et dispose d'une hiérarchie exclusivement masculine), aux femmes l'émotionnel (Soares, 2011). Mais la mobilisation « au féminin » du courage et des autres attributs de la virilité révèle l'utilisation par les soignantes de codes sociaux d'ordinaire associés à des catégories ouvrières et masculines (Duclos, 1988 ; Pigenet, 2002 ; Fournier, 2012 ; Zonabend, 2014), et plus généralement aux classes populaires (Avril, 2014). La propension à la « virilité » se retrouverait donc également chez certaines femmes des classes populaires, dont sont issues de nombreuses soignantes. Autrement dit certaines dimensions du rapport à la peur dépendent également d'un *ethos* de classe, et des différences de position sociale et de ressources socio-économiques entre soignantes et médecins.

CONCLUSION

Notre article témoigne du caractère socialement ancré du rapport au danger de contamination chez le personnel de ce service, et invite à penser la prévention des infections nosocomiales dans les cadres sociaux spécifiques dans lesquels s'insèrent les discours et les pratiques des professionnels. En effet, être reconnu comme travaillant dans un contexte « risqué » a des conséquences sur les représentations de soi et de son groupe social, mais aussi sur sa position dans l'institution. En l'occurrence travailler au MIT implique pour les soignantes de gérer au quotidien à la fois un danger de contamination et un danger de rejet social. Dès lors elles élaborent des récits collectifs à partir desquels le contexte « dangereux » et le stigmatisme sont au moins en partie neutralisés, et le sentiment de travailler dans la peur rendu incompatible avec une intégration réussie au MIT. Leurs discours sur le sentiment de peur se polarisent entre relativisation et revendication du danger, et révèlent une réalité plus cachée et plus hétérogène de « travail » sur le sentiment de peur. Si les médecins ne se sentent pas stigmatisés, ils adhèrent toutefois à certains poncifs qui consistent à mettre à distance le danger, bien que la maîtrise de sa peur ne soit pas au fondement de pratiques socialisatrices et intégratrices. Chez eux, la rationalisation scientifique du danger opère à sa mise à distance, et contribue à rendre le sentiment de peur illégitime. Enfin, il semble essentiel d'analyser la distribution

du sentiment de peur à l'aune des positions sociales de chacun, et à l'intersection des rapports sociaux de sexe, de genre et de classe à l'hôpital.

Clément Tarantini
Aix Marseille Univ, INSERM, IRD, SESSTIM
(Sciences Économiques & Sociales de la Santé & Traitement de
l'Information Médicale), Marseille
UMR 8562-Centre Norbert Elias, Marseille
IHU-Méditerranée Infection, Marseille
clement.tarantini@inserm.fr

Patrick Peretti-Watel
Aix Marseille Univ, INSERM, IRD, SESSTIM
(Sciences Économiques & Sociales de la Santé & Traitement de
l'Information Médicale), Marseille
ORS PACA (Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte
d'Azur), Marseille
IHU-Méditerranée Infection, Marseille
patrick.peretti-watel@inserm.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AMIEL C., 2005 « On sait qu'il n'y a pas de "vrais" risques. Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales », *Sciences sociales et santé*, 23 (3), p. 37-58.
- AVRIL C., 2014 *Les Aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris : La Dispute.
- BASZANGER I., 1981 « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, 22 (2), p. 223-245.
- BECKER H. S., 1963 *Outsiders : Studies in The Sociology of Deviance*, New York (N. Y.) : Free Press.
- BOLTANSKI L., 1971 « Les usages sociaux du corps », *Annales E.S.C.*, 26 (1), p. 205-233.
- BOURDIEU P., 1979 *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Paris : Éditions de Minuit.
- CALVEZ M., 2001 « Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida », in Calvez M., 2011 « La contagion comme argument culturel. Retour sur "L'individu comme preneur de risques" », *Tracés*, 21, p. 187-194.
- CARRICABURU D., LHUILIER D., MERLE V., 2008 « Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital », *Santé publique*, 20, p. 55-72.
- DOUGLAS M., 2005 [1967] *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris : La Découverte.

- DOUGLAS M., 1992 *Risk and Blame : Essays in Cultural Theory*, Londres : Routledge.
- DUCLOS D., 1987 « La construction sociale du risque : le cas des ouvriers de la chimie face aux dangers industriels », *Revue française de sociologie*, 28, p. 17-42.
- FINUCANE M-L., SLOVIC P., MERTZ C-K., FLYNN J., SATTERFIELD T-A., 2000 « Gender, Race, and Perceived Risk : The “White Male” Effect » , *Health, Risk & Society*, 2, p. 159-172.
- FOURNIER P., 2012 *Travailler dans le nucléaire. Enquête au cœur d'un site à risques*, Paris : Armand Colin.
- GOFFMAN E., 1975 *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris : Minuit.
- HARDY A-C., 2013 *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Rennes : Presses de l'EHESP.
- HARVEY J., 2012 « Le risque et la ville au XIX^e siècle, discours et interventions en matière de pauvreté et de santé dans le Montréal anglo-protestant », in Niget D. & Petitclerc M. *Pour une histoire du risque, Québec, France, Belgique*, Québec : Presses de l'Université du Québec & Presses universitaires de Rennes.
- HOCHSHILD A., 1979 « Emotion Work, Feeling Rules and Social Structure », *American Journal of Sociology*, 85 (3), p. 551-575.
- HOCHSCHILD A., 1983 *The managed heart*, Berkeley (Calif.) : University of California Press.
- LACAZE L., 2008 « La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'analyse stigmatisante ” revisitée », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1 (5), p. 183-199.
- LINK B. G., PHELAN J-C., 2001 « Conceptualizing Stigma », *Annual Review of Sociology*, 27, p. 363-385.
- LYNG S., 1990 « Edgework : A Social Psychological Analysis of Voluntary Risk Taking », *American Journal of Sociology*, 95 (4), p. 851-856.
- MOLINIER P., 2000 « Virilité défensive, masculinité créatrice », *Travail, genre et sociétés*, 1 (3), p. 25-44.
- PAILLET A., 2007 *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris : La Dispute.
- PERETTI-WATEL P., 2001 *La Société du risque*, Paris : La Découverte.
- PIGENET M., 2002 « À propos des représentations et des rapports sociaux sexuels : identités professionnelles et masculinité chez les dockers français (XIX^e-XX^e siècles) », *Le Mouvement Social*, 1 (198), p. 55-74.
- POUCHELLE M-C., 2008 *L'Hôpital ou le Théâtre des Opérations, Essais d'Anthropologie Hospitalière - tome II*, Paris : Seli Arslan.
- SCHINDLER M., 2013 « Avoir raison de la souillure : L'observance de l'hygiène des mains en milieu hospitalier », *Sciences Sociales et Santé*, 31 (4), p. 5-28.
- SOARES A., 2003 « Les émotions dans le travail », *Travailler*, 1 (9), p. 9-18.
- SOARES A., 2011 « (In)Visibles : genre, émotions et violences au travail », *REMEST*, 6 (1), p. 128-148.
- STRAUSS A., CORBIN J., 1990 *Basics of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques*, Newbury Park (Calif.) : Sage Publications.

- STRAUSS A. *et al.*, 1982 « Sentimental Work in the Technologized Hospital », *Sociology of Health and Illness*, 4 (3), p. 254-278.
- TARANTINI C. *et al.*, 2015 « Preparedness of Healthcare Workers at French Ebola Referral Centers », *New Microbes and New Infections*, 6, p. 40-41.
- TROMPETTE P., CAROLY S., 2004 « En aparté avec les morts... Peurs, larmes et rire au travail : les métiers du funéraire », *Terrain*, (43), p. 63-84.
- WEITZ R., 1990 « Living with the Stigma of AIDS », *Qualitative Sociology*, 13 (1), p. 23-38.
- ZONABEND F., 2014 *La Presqu'île au nucléaire, Three Mile Island, Tchernobyl, Fukushima... Et après ?*, Paris : Éditions Odile Jacob.