

CE QUE SOIGNER VEUT DIRE... DE LA VISEÉ À LA PRATIQUE D'UN MÉTIER, QUELS ENJEUX ?¹

Stéphanie Mailliot-Byache

Introduction

En lien avec le vieillissement de la population, le domaine de la santé humaine et de l'action sociale a connu en France plusieurs années ininterrompues de croissance d'emploi depuis la décennie 2000. Il est aujourd'hui traversé de multiples tensions liées aussi bien aux besoins en compétences attachés à la transition démographique (générant une augmentation des situations de dépendance) qu'à la reconfiguration territoriale de l'offre de soin (Boisseau, Mailliot, 2015).

Aussi nombre de réformes visant une plus grande efficience, notamment budgétaire, de l'offre de soin dans les différents organismes de santé impacte l'activité des professionnels exerçant dans ce secteur. A cela, il faut ajouter la recherche de meilleurs ajustements emploi-formation entraînant de nettes évolutions du système de formation. Enfin, l'introduction d'avancées technologiques, telle l'e-santé, ouvre les périmètres d'action, élargie les responsabilités et redistribue les rôles de chacun au sein des organisations.

L'ensemble de ces changements interroge aujourd'hui tout à la fois les « cultures métiers » des personnels de la santé, leurs conditions d'exercice et leurs possibilités de développement

¹ Communication aux journées d'étude « Les Tâches du présent et les Professionnels de santé », organisées par l'Institut d'Ergologie, 17 et 18 mars 2017, Maison de la Recherche, Aix-en-Provence.

professionnel bien souvent prises en tension entre urgences liées à l'accompagnement au quotidien des patients, de nouvelles normes de fonctionnement et la rationalisation des coopérations et des modes d'organisations.

Dans ce contexte, se pencher sur « ce que soigner veut dire », c'est se ressaisir d'une question fondamentale : est-ce que le soin, c'est quelque chose qui « s'applique » au sens où on appliquerait des règles ? Est-ce que le soin peut faire l'objet de programmes, de procédures, de protocoles ? Est-ce que l'activité soignante peut entrer, et à quelles conditions, dans une visée de rationalisation et de planification de sa mise en œuvre ? Cette interpellation nous a été adressée une première fois à l'occasion de notre contribution, en 2015, aux travaux d'un laboratoire junior s'intitulant « Appliquer, c'est tout un travail ! »². Elle s'inscrit également à présent dans le cadre des réflexions qui structurent le déroulé des « Tâches du présent » consacrées cette année à l'activité des professionnels de la santé³.

Aussi, la présente contribution, partant de situations concrètes d'activité, souhaite apporter quelques éléments pour nourrir la réflexion en posant dans un premier temps la question de la mesure de l'activité soignante. Nous serons ainsi amenés à réinterroger des enjeux éthiques associés à l'activité de soigner. Pour ce faire, il pourra être utile d'opérer un détour prenant en compte, plus largement dans le monde du travail, tout un ensemble d'évolutions traduisant une injonction toujours plus grande à s'adapter au changement. Alors seulement, dans une dernière partie, nous serons amenés à réfléchir aux manières dont des règles de métier concernant l'activité de soigner continuent de s'élaborer au fil des transformations multiples et successives qui traversent aujourd'hui les organisations de santé.

² Le Laboratoire Junior « Appliquer, c'est tout un travail » est un projet de recherche interdisciplinaire centré sur la question : que fait-on concrètement quand on « suit une règle » en faisant quelque chose ? Il est animé et piloté par B. Durrive et J. Noack à l'ENS de Lyon.

³ Les « Taches du présent » sont des journées d'étude annuelles regroupant conférences et témoignages de professionnels autour d'un champ d'activités professionnelles particulier.

1. Fonctionner au protocole ou l'impossible mesure de l'activité soignante

Pour introduire une réflexion sur « ce que soigner veut dire », il peut être intéressant de se ressaisir d'emblée d'un petit récit « flash » d'une situation qui nous a été relatée il y a quelques années, en 2017, alors que nous participions avec deux autres animateurs au déploiement d'un « groupe de rencontre du travail » (GRT)⁴. A travers la tenue de séances de travail régulières, ce dispositif avait pour objectif d'instruire la question de la transmission du savoir d'expérience entre des professionnels « installés dans le métier » depuis un certain nombre d'années et de jeunes arrivants en secteur psychiatrique. Le contexte était en effet, déjà, un contexte de réformes majeures de l'organisation des soins en psychiatrie et de réforme des modalités de formation des professionnels avec, à l'époque, la mise en place pour l'intégration des jeunes infirmiers dans ce secteur d'un tutorat (plan psychiatrie et santé mentale 2005/2008).

Le déploiement de notre intervention a couru sur six mois en neuf séances de travail ponctuées régulièrement par des restitutions intermédiaires auprès de la direction des soins. Par rapport à une situation de blocage – ni les anciens, ni les jeunes soignants arrivants en psychiatrie, ne souhaitaient « tutorer » ou « être tutorés » -, l'objectif de notre intervention était de faire émerger les différents points de vue engagés dans l'activité de soigner (point de vue des normes, point de vue des protagonistes des situations de travail, mais également, dans une certaine mesure, point de vue des patients ou des usagers bénéficiaires de soin). Cet éclairage devait nous permettre de lever peu à peu le voile sur la réalité des difficultés rencontrées dans l'exercice du métier afin de penser à nouveaux frais les tenants et les aboutissants d'une transmission des savoirs d'expérience entre différentes générations de professionnels au sein de l'institution.

⁴ Un GRT ou groupe de rencontre du travail est une modalité ergologique d'intervention et de production de connaissances reposant sur la mise en relation des savoirs intégrés aux situations de travail et des savoirs sur le travail théorisés dans des corpus de connaissances et mobilisables à distance des situations. Cette mise en relation repose sur un double processus de verbalisation et de formalisation et peut également recourir, selon les cas, à de l'observation. De cette mise en dialogue, des éléments de savoirs nouveaux sont produits dans et par l'échange favorisant à la fois un (re)travail des situations considérées et un (re)travail des connaissances disciplinaires mobilisées.

Dans ce groupe de rencontre du travail, alors que nous réfléchissions à la question de savoir ce que « fonctionner au protocole » pouvait vouloir dire – en effet cette expression, dès les débuts de notre collaboration avec les infirmiers, revenait de manière récurrente dans les paroles des professionnels pour désigner tout ce qui relevait de la norme, de la grille, du règlement, de la loi, etc., –, un infirmier nous a livré l'anecdote suivante : il arrive un matin sur le parking de son lieu d'exercice et rencontre un patient qui lui demande de l'aide. Le temps de l'orienter et de répondre à sa demande, il se met en retard de 10 minutes. Lorsque cet infirmier arrive dans son service, il explique les raisons de son retard à ses collègues, ces derniers lui répondent : « *mais ce patient n'est pas de notre service !* ».

Dans un contexte de manque de temps et de moyens pour assurer l'exercice quotidien des activités soignantes en psychiatrie, une telle réponse ne faisait part d'aucune malveillance de la part de ces professionnels ; ces derniers avaient pour souci de bien faire ce qu'on leur demandait, à savoir assurer le déroulement optimal de leur propre service. L'infirmier qui relatait cet incident, a attiré notre attention sur l'incohérence de l'application stricte des règles dans l'univers du soin : faudrait-il donc travailler en psychiatrie comme si la relation au patient pouvait rentrer intégralement dans des protocoles ? Faudrait-il donc faire comme si la vie s'arrêtait aux limites de la prescription ? Comme si un patient hors des procédures n'existait pas ?

Partant de là, les échanges ont été très fructueux sur tout un ensemble de réflexions liées à l'impossibilité de « mesurer » la relation soignant / soigné alors que par ailleurs l'activité des professionnels du soin dans ce secteur se voyait de plus en plus contrainte en termes de normalisation des manières de faire, de calcul du temps soignant, de décompte et de traçabilité des actes de soin, d'inscription du patient dans une logique de flux pensée en termes de placement et non plus de suivi personnel médicalisé, de réduction des coûts par rationalisation des soins, etc.

La question de la mesure de l'activité soignante se révélait être inopérante : elle prenait à rebours la visée même d'un métier dont la mise en œuvre repose sur des valeurs qui excèdent tout dimensionnement gestionnaire. C'est en ce sens qu'Yves Schwartz

parle du travail dans nos sociétés marchandes et de droit comme d'un espace spécifique de confrontations multiples et incessantes entre des « valeurs dimensionnées » et des « valeurs sans dimension » (2003).

Selon lui, toute activité productive, de biens ou de services, s'oriente tout à la fois en fonction de références à des valeurs marchandes quantitatives – qui mettent en jeu un ordre économique et gestionnaire – et à des valeurs sans dimension qui, elles, impliquent une approche qualitative dans l'appréhension de ce qui se noue au sein de l'activité productive. Il peut ainsi s'agir de valeurs comme le bien-être de la population, l'éducation, l'accès aux soins, le développement de la culture... etc. Ces valeurs sans dimension tiennent principalement au « bien vivre ensemble » et excèdent par nature leur mise en mesure à travers un ordre gestionnaire visant prioritairement la rentabilité budgétaire du « faire ». Deux ordres de valorisation de l'activité entrent en tension : une valorisation budgétaire (rentabilité économique des actes) et une valorisation par le sens (reconnaissance de l'utilité et de la portée signifiante de l'acte soignant). Pour autant, les valeurs « sans dimension » doivent pouvoir être mises en histoire dans le cadre, certes étroit, des conjonctures sociales, économiques et politiques de nos sociétés : *« impossible de réaliser ces valeurs sans leur donner des dimensions, sans leur allouer des ressources, parce que les ressources ne sont pas indéfinies dans une situation politique à l'intérieur de l'État, ou à l'intérieur d'un ensemble plus vaste qui serait une communauté d'États »* nous dit encore Y. Schwartz à ce sujet (*id*, 2003). Partant de là, prenons acte de la tension constitutive qui traverse les activités de santé orientées toujours à divers degrés selon des polarités opposées : moyens et visées, résultats mesurables et production de sens.

2. Entre posture éthique et acte technique, ce que soigner veut dire...

Plus fondamentalement et prenant en compte non seulement les tensions entre valeurs marchandes et valeurs « sans dimension » mais également l'espace où cette confrontation a lieu, à savoir l'incarnation concrète de ces tensions dans l'ici et maintenant de situations de vie au travail, l'exemple relaté au début de cette

contribution pose la question de savoir comment une disposition éthique fondamentale - « prendre soin de l'autre » - peut s'actualiser à travers des protocoles, des programmes, des parcours, des formes de technicité ..., qui non seulement font d'elle une activité normée mais également un métier ?

Cette question interroge historiquement une culture qui inscrit le soin dans une série de médiations organisationnelles, budgétaires et techniques qui sont, certes, indispensables et efficaces mais qui, à certains égards, font oublier au service de quoi elles sont. Car en effet, qu'est-ce que le soin ? Qu'est-ce que soigner veut dire ?

Le soin n'est pas seulement un remède ou un traitement – *Cure* selon D. W. Winicott (1970) – mais il est également et fondamentalement « attention à l'autre, souci de l'autre, sollicitude » – *Care* –. A vrai dire, le soin est les deux à la fois – *cure* et *care* – parce qu'en tant que condition fondamentale du « vivre », il s'étend de l'organique à l'éthique, du biologique au politique (au sens des « conditions que l'on se donne pour vivre ensemble ») et il suppose donc une capacité à être en relation avec l'autre. Questionner le soin, c'est donc questionner comment nous « faisons monde », à partir de quelle posture ? Est-ce à partir d'une posture de maîtrise, de savoir, de contrôle, de performance, voire de compétitivité, de rentabilité des organisations soignantes... ? Ou bien est-ce à partir d'une autre logique, logique qui repose sur la relation et qui articule alors « attention à la vulnérabilité » et « confiance comme essence du soin » pour reprendre les termes du philosophe F. Worms (2012) ?

Plus globalement, mettre en évidence ces deux postures dans les manières d'appréhender les métiers du soin fait écho à nombre de transformations qui caractérisent le monde du travail aujourd'hui. Autorisons-nous à présent un rapide détour pour expliciter notre propos au regard des transformations majeures du monde de la sphère productive.

« *Le monde du travail change* », cette réalité n'est ni d'hier, ni d'aujourd'hui. Il y a toujours eu de multiples changements au sein des activités industrielles et il y en aura encore. Néanmoins une attention particulière peut être portée aujourd'hui à l'injonction toujours plus prégnante faite aux protagonistes du travail à « s'adapter au

changement »... Nous sommes en effet passés de la notion de « mutations industrielles », caractéristique des années 70 et 80, à celle de « mutations économiques » depuis les années 90. Alors que les premières signalaient des changements soudains et brutaux entre deux états stables, les secondes impliquent une permanence des changements opérés dans des temporalités de plus en plus accélérées (Mailliot, 2012). Si la notion même de « mutation » peut être discutée – l’usage du terme pour caractériser la réalité sociale n’opère-t-il pas en force par rapport à une signification plus déterministe dans le champ génétique ? –, toujours est-il que l’idée même de « changement » est devenue coextensive à toute réflexion sur le travail aujourd’hui. L’univers du soin n’échappe pas à ce constat. Aussi l’idée d’une nécessaire réactivité face à des changements rapides et permanents est désormais intégrée comme condition *sine qua non* de la vie économique des organisations productives, sinon de leur survie.

Pour caractériser plus finement ces transformations, prenons en compte la conjugaison effective de plusieurs formes de flexibilité dans la configuration des trajectoires de vie au travail, chacune d’entre elles étant l’indice de brouillages des différentes « frontières » du travail – frontières juridiques, organisationnelles ou encore entre l’individu et le collectif -. La flexibilité de l’emploi (à travers par exemple le cumul de statuts pour un seul et même travailleur, à travers la multiplication des diverses formes de contrats de travail, etc.) fait bouger les frontières juridiques du travail. La flexibilité du travail lui-même (à travers l’éclatement des unités de temps, de lieu et d’action) fait bouger ses limites organisationnelles. Enfin la flexibilité des personnes elles-mêmes (porosité entre les différentes sphères de vie) entraînent de nettes évolutions du rapport des individus aux collectifs de travail qui tendent à se reconfigurer aujourd’hui à travers la figure du réseau. Pour répondre aux injonctions nées de ces transformations, la figure mise en avant dans le monde du travail est celle de « l’homme mobile ».

S’attarder sur cette figure, c’est mettre en regard deux visions ou deux acceptions de l’humain au travail. D’une part, dans un monde du travail soumis à la loi du changement, une certaine idée de l’individu souple, flexible, mobile, adaptable, inventif, créatif, entrepreneur de lui-même, capable de négocier ses parcours de vie et

ses préférences, a été érigé en modèle. Un nouvel idéal-type du travailleur moderne – ou faudrait-il dire « post moderne » ? – est apparu dans un contexte de mise en concurrence de chacun contre tous, en raison notamment d'une raréfaction certaine de l'emploi. Selon un tel modèle, on accède à une vision du monde du travail clivée avec d'une part des « gagnants » et de l'autre « des perdants » ; ce qui, au demeurant, n'est pas sans interpeler un certain nombre de responsabilités politiques et collectives concernant notamment la sécurisation des parcours professionnels.

A l'envers de cette figure idéale de l'homme mobile – figure elle-même forgée à l'aune de certaines logiques managériales – surgit par contraste celle d'une femme, d'un homme, dont la vulnérabilité dément toute assertion d'un « sujet » auto-engendré et autosuffisant dans ses possibilités d'agir. C'est à cette figure de la vulnérabilité que nous accordons une certaine attention lorsque nous posons la question de savoir quelle posture est en jeu lorsqu'il s'agit de professionnaliser quelque chose sans quoi le monde qui est le nôtre ne pourrait pas « tenir », à savoir « le soin » entendu comme « attention à la vulnérabilité » – sachant que si « l'homme mobile » est d'une part érigé aujourd'hui comme modèle, par ailleurs, et ce n'est pas anodin, on assiste également depuis un certain nombre d'années à une résurgence forte du thème de la vulnérabilité comme constitutive de l'être⁵. La mise en résonance de ces deux figures, leur « mise en résistance » même – au sens de forces contraires aimantés –, n'est pas sans signification pour caractériser ce monde du travail qui est le nôtre aujourd'hui.

La question se pose donc de savoir, dans ce monde du travail, de quoi les professionnels du soin sont-ils les professionnels ? Peut-on considérer leur activité comme quelque chose qui s'applique au sens où on appliquerait des lois, des règles, des procédures ou des protocoles ?

⁵ Voir sur ce thème les développements proposés par les théories du Care et celles de la reconnaissance.

3. Les professionnels du soin, entre règles de l'art et identité de métier

Pour apporter des éléments de réponse assez synthétiques à ce questionnement, la proposition suivante peut être avancée : certes, on peut et il faut « appliquer des soins » au sens où on applique parfois un pansement sur une blessure et, de ce point de vue, il y a des gestes à connaître, des protocoles à respecter... Sur le plan technique, c'est tout à fait indispensable et, à cet égard, un certain éloge des normes sera fait : elles seules permettent de réaliser une greffe des reins, une opération du cœur, *etc.* Mais, dans le même temps, le soin ne peut pas être quelque chose qui « s'applique » car il est fondamentalement une réponse à un problème et en tant que réponse, il ne peut pas précéder la question à laquelle il apporte une réponse ! Le soin renverse donc, dans une certaine mesure, la perspective de « l'application ». Il est d'abord « réponse à un appel » avant que d'être un projet ou un programme à décliner et, par là-même, il engage un certain régime de responsabilité. « *Responsabilité pour autrui* » comme l'avance Lévinas (1982) en tant qu'elle s'ouvre à l'accueil d'une vulnérabilité qui oblige – responsabilité qui laisse donc *l'autre* émerger pour lui-même plutôt que responsabilité comme maîtrise pour l'autre du projet que l'on a pour lui. La perspective du soin nous place ainsi nécessairement dans une visée de co-construction, dans une optique qui repose fondamentalement sur la relation.

Aussi, exercer un métier du soin aujourd'hui, dans des environnements où les changements se donnent à lire à travers une prolifération quasi-continue de nouvelles normes à appliquer, implique d'interroger l'idée peut-être faussement naïve selon laquelle « bien faire son métier », c'est respecter « les règles de l'art ». Il semblerait en effet « qu'avoir un métier » et « être du métier » – pour reprendre une distinction classique en clinique de l'activité –, c'est tout à la fois savoir manier la règle et l'art de savoir y déroger... C'est d'ailleurs, pour faire écho à l'exemple mobilisé en introduction à cette contribution, ce que les infirmiers de secteur psychiatrique ont formidablement mis en évidence lorsque nous réfléchissions avec eux, en GRT, sur la question des « compétences » qu'ils mettent en œuvre dans l'exercice de leur activité. Ils nous ont alors dit que, dans un

contexte de profondes transformations de l'hôpital public, ils ne pouvaient plus faire que du « bricolage » pour pallier au manque de moyens, au manque de temps, au manque de personnel. Mais peu à peu, en dépliant ce que recouvrait ce bricolage, ils en sont venus à évoquer un « art de la bricole » (ou un art de recoller ce qui avait pu être brisé notamment par un cadre organisationnel et gestionnaire trop contraint) : un art de faire autrement, de trouver des alternatives pour actualiser une disposition soignante tout en « tricotant » avec les cadres normatifs. Ingéniosité déployée pour s'emparer, avec les moyens du bord, de ce qui est possible et pour réaliser malgré tout le service à rendre. Et quel service !? Il faut ici souligner l'importance de la créativité de ces professionnels non seulement pour venir combler les limites des règles et des procédures mais plus encore pour préserver bien souvent le traitement éthique des situations de soin.

La notion de « métier » dans l'univers du soin mérite ainsi d'être considérée à nouveaux frais : prioritairement considérée comme une ressource pour des professionnels qui n'ont de cesse d'adapter leur « agir » aux situations et de réinventer leurs manières de faire avec les normes, le métier apparaît également comme quelque chose de très vivant. Se revendiquer d'un métier, c'est ainsi à la fois mettre en évidence une appartenance identitaire, fruit d'une sédimentation individuelle et collective de l'expérience, mais c'est aussi être en mesure de faire évoluer les cadres normatifs à travers l'expérience sans cesse renouvelée d'une activité adressée à autrui et considérant l'autre non comme « objet de soin » mais comme participant activement au soin qu'il reçoit.

La notion de métier n'est donc, dans ce champ, pas aussi stabilisée qu'il y paraît : elle est à la fois un marqueur extrêmement précis de certaines activités – rappelons à cet égard la forte correspondance entre filières de formation et métiers exercés dans le secteur sanitaire et social et le caractère réglementé des professions – mais également un creuset de toutes sortes de dynamiques notamment relationnelles qui, sous le jeu des contraintes multiples, conduisent les professionnels à sans cesse remettre en travail les raisons qui orientent leur activité et les manières de procéder.

Pour conclure, si changement il y a dans le monde du travail aujourd'hui – et en particulier dans la sphère des métiers qui ont pour

objet le fait de « prendre soin de l'autre » –, la question qui se pose n'est pas tant celle du caractère potentiellement violent de la survenue de ces transformations plutôt que celle des espaces et du temps accordé à la réception individuelle et collective de ces changements. En effet, outiller la réflexivité des professionnels sur ce qu'ils font, c'est permettre à l'histoire même des métiers de continuer de s'écrire autrement que sur le mode des crises successives.

Dans le champ des métiers du soin en particulier, une telle dynamique implique de pouvoir (re)penser l'activité de travail au croisement d'interactions fortes entre soignants (qu'est-ce qu'exercer ce métier veut dire ?) mais également avec les patients (dans quelle mesure le soin engage-t-il une co-construction de sa mise en œuvre ?). Pour ce faire, diverses modalités d'intervention favorisant l'émergence d'une parole sur le travail existent ; la modalité ergologique proposée à travers le déploiement des GRT, comme c'est notamment le cas dans certaines organisations soignantes telles l'Assistance Publique des Hôpitaux Marseillais (APHM), nous semble devoir être développée.

Références bibliographiques

BOISSEAU I., MAILLIOT S. (2015), *Portrait emploi-formation du secteur sanitaire et social. Enjeux et perspectives en Provence – Alpes – Côte d'Azur*, Rapport d'études, Marseille, Observatoire régional des Métiers.

LEVINAS E., (1982), *Ethique et infini*, Paris, Librairie Générale Française.

MAILLIOT S. (2012), *Penser les processus de changement à travers l'expérience de la mobilité professionnelle. De l'objet discursif à l'activité de transition*, Thèse de Doctorat, diffusion Atelier National de Reproduction des Thèses.

MARIN C. ET WORMS F. (2015), *A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, Paris, Presses Universitaires de France.

SCHWARTZ Y., DURRIVE L. (2003), *Travail et Ergologie. Entretiens sur l'activité humaine*, Toulouse, Editions Octarès.

WORMS F. (2012), *Soin et politique*, Paris, Presses Universitaires de France.

WINNICOTT D. W., (1970), *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*, Paris, Payot,