Soigner et prendre soin : des stratégies alternatives au New Public Management?

Autor(en): **Mispelblom, Frederik**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales**

Band (Jahr): **74 (2016)**

Heft 2

PDF erstellt am: **24.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-823200

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

SOIGNER ET PRENDRE SOIN: DES STRATÉGIES ALTERNATIVES AU *NEW PUBLIC MANAGEMENT*?

FREDERIK MISPELBLOM
Université Paris UniverSud Évry
mispelblom@wanadoo.fr
www.encadrer-et-manager.com

Le *New public management* a fait des dégâts dans les organisations hospitalières, réduisant l'autonomie des pratiques soignantes et renforçant leur contrôle au moyen de dispositifs de gestion. Les liens traditionnels entre les soins et les principes de la démocratie en sont bouleversés. Si une partie des soignants «s'exécute», travaille de manière routinière auprès de patients voulus les plus dociles possible, d'autres adoptent des stratégies de compréhension et d'ajustement des soins aux particularités de malades dont on écoute les avis. Serait en train de naître une troisième voie: une conception élargie des soins. L'auteur défend l'idée que sans la participation active des patients, il n'y a pas de soin qui vaille, ni «démocratie sanitaire».

Mots-clés: *New public management*, T2A, dispositifs de gestion, soins, stratégies de compréhension, stratégies d'ajustement, autonomie des pratiques, démocratie sanitaire.

INTRODUCTION

Soigner autrui vulnérable, prendre soin de ceux qui sont dans le besoin, les secourir, forme l'une des bases aussi fondamentales qu'ambivalentes de nos démocraties, comme l'illustrent les conflits au sujet de l'accueil des réfugiés. «Contre la barbarie, les soins», fut l'un des slogans repris dans les hôpitaux suite aux attentats à Paris fin 2015. Les soins, la logique des soins, vont à l'encontre de la loi du plus fort, du bling-bling, du jeunisme, des illusions de l'autonomie de la personne.

Ils se prodiguent dans des structures, surtout hospitalières, dominées par le New *public management*, qui passe pour être leur opposé. Or, cette politique de gestion qui vise à rentabiliser les soins n'a pu faire son entrée dans la sphère médicale que soutenue voire invitée par l'une des tendances de la médecine, qui fait des soins un moyen de pouvoir sur les soignés.

On est là au cœur des enjeux qui opposent différentes conceptions de la santé, avec d'un côté celles dominées par les définitions qui se veulent universelles de l'OMS, qui nous invitent à vivre sainement et sagement, de l'autre, celles des pratiques réelles des populations du monde entier. Les deux sont ambivalentes: celle de l'OMS (organisation mondiale de la santé) est la base d'une revendication de «droits à la santé et aux soins», mais à condition de prendre soin de sa santé comme l'entend la médecine; les autres consistent dans la misère à privilégier tous les moyens de survie possible pour y échapper, y compris au prix de sa santé, ou dans des pays moins démunis, de revendiquer de vivre sans se priver «au bon gré de son corps».

Ces conceptions de la santé sont présentes à l'état pratique dans le secteur des soins, en France l'une des réalisations, imparfaite certes, de la devise républicaine Liberté, Égalité, Fraternité. Le *New Public Management* renforce les divisions de ce secteur. D'un côté, on assiste à une «technicisation» des soins, qui sépare le cure du care, et transforme le processus global de soins en une série de tâches effectuées selon les prescriptions des hautes autorités sanitaires. De l'autre, on voit la création de «fronts unis de soignants» qui résistent aux tendances dominantes, essaient de singulariser les soins et de travailler «le moins mal possible», ce qui est une prise de position éthique.
Cela va nous amener en conclusion à la notion de «démocratie en santé» que la Nouvelle loi santé en France met en avant: à certaines conditions, des formes de participation et de co-décision des patients aux pratiques soignantes qui les concernent, peuvent effectivement voir le jour.

1. LES PARADOXES *DU NEW PUBLIC MANAGEMENT (NPM)*

L'hôpital, désormais traité comme une entreprise, s'est vu imposer des dispositifs de gestion inspirés de l'industrie, qui d'un côté font des soins un processus de production de produits, mais de l'autre, renforcent une conception élargie des soins et suscitent des «fronts communs» de résistance au-delà des frontières entre spécialités.

1.1. L'HÔPITAL, UNE ENTREPRISE?

Traiter l'hôpital comme une entreprise est vécu, soit comme une insulte, soit comme une évidence. Insulte, selon ceux, en premier les soignants, pour qui l'hôpital qui s'occupe «de l'humain» n'est pas comparable aux entreprises dont le but premier est le profit. Évidence, en premier pour les politiques et les gestionnaires des hôpitaux, mais aussi certains patrons de médecine, qui veulent que leur service soit rentable.
Sans entrer en détail dans ces disputes, je veux seulement souligner ce fait d'importance, qui est que le *NPM* n'a pu faire son entrée à l'hôpital que parce que celui-ci est dominé depuis fort longtemps par une conception mécanique de la santé et de la médecine, et qu'une partie des médecins, surtout spécialistes, ont une conception entrepreneuriale de leur activité. Du temps d'Aristote les médecins faisaient partie des artisans au même titre que les maçons, le médecin généraliste exerce un métier artisanal soit en profession libérale soit de plus en plus comme salarié, les cliniques sont des PME et les hôpitaux, de grandes entreprises. Les généralistes font leur publicité par le bouche-à-oreilles, les échanges de services avec des réseaux de soins, s'allient avec les pharmaciens et autres professionnels de la santé, comme l'illustre si brillamment Knock, le personnage crée par Jules Romains (1924). Même s'il y a des disparités très fortes entre médecins généralistes et spécialistes, de ville ou de campagne, ils gagnent honnêtement voire très honnêtement leur vie avec leur métier. Les patientèles se cèdent et se vendent. Si une partie d'entre eux prend encore son temps pour écouter les patients, une autre partie font ce que les premiers appellent «de l'abattage»: recevoir les patients 10 minutes maximum, prescrire des médicaments, souvent, par les conseils de sites Internet, ceux que les malades demandent d'avance.
Que l'hôpital soit traité comme une entreprise n'a donc rien de choquant et n'est pas en soi contradictoire avec les pratiques de bons soins. Il y a des tas d'entreprises «nobles» ou qui se prétendent tels, pensons en premier à ceux du secteur social ou de l'économie sociale et soli-

daire. Celles-ci affirment «concilier l'économique et le social», ce qui nous met sur la piste du fond des critiques adressées à «l'hôpital-entreprise»: la rentabilisation des soins risque de se faire au détriment d'une partie des patients «non rentables». Le fond de la critique est que l'hôpital, incarnation de l'égalité d'accès aux soins et de l'intérêt général, «trie» ses patients et contredise la devise de la République.

Le problème n'est donc pas que l'hôpital soit traité comme une entreprise, mais comme une entreprise discriminante. La question est aussi de savoir de *quel genre d'entreprise* il s'agit? À en croire les promoteurs des dispositifs de gestion, dont l'origine se situe aux États-Unis, l'hôpital serait une industrie qui produit des «groupes homogènes de malades». Voilà une autre raison de fond des critiques qui, au nom de «l'humain», contestent la chosification des patients.

Or, cette manière de traiter les malades n'a pas été inventée par le *NPM*, elle se pratiquait déjà par une partie de la médecine, celle pour laquelle les symptômes et les organes malades passent avant la personne du patient. Le médecin Jacques Tenon, pourtant l'un des précurseurs de la médecine sociale, définissait l'hôpital comme une «machine à guérir». Pour les conceptions surtout dominantes dans les spécialités médicales celles-ci s'occupent d'un «corps machine», défini par des examens, des taux, des statistiques de risque, corps qui comporte aussi un «reste», sa subjectivité et son moral, dont s'occupent les personnels dits para-médicaux.

Cette conception mécanique de la médecine s'est alliée aux dispositifs de gestion des «flux» de patients qui ont tendance à les traiter «à la chaîne»... à condition qu'il y ait quelque chose à opérer ou à traiter. Ceci au détriment des malades «à longue durée», pour qui parfois il n'y a plus rien d'autre à faire qu'attendre, qui exigent peu de soins de haute technologie mais de l'attention, de la patience, et des soins quotidiens de base. Et cette conception empêche aujourd'hui de comprendre que même s'il y a des aspects industriels (machineries, technologies d'avant-garde) à l'hôpital, ce dernier est une entreprise de services, et non une industrie.

La spécificité des entreprises de services, qu'il s'agisse de la restauration, des banques ou assurances, des transports, est que les publics auxquels elles s'adressent y est «pris en charge», qu'on fait quelque chose pour eux à leur place, et qu'ils sont eux-mêmes l'objet des transformations qui sont le propre de chaque service: un client affamé est restauré, un non assuré devient assuré, une personne qui se trouve à l'endroit A se retrouve à l'endroit B etc. À l'hôpital, on soigne, on transforme les corps et les esprits. Dans les services, l'enjeu majeur est d'obtenir la «bonne coopération» des clients ou usagers à l'organisation en place, ce qui se fait notamment au moyen des personnels dits «en contact» avec les publics qui, contrairement aux entreprises industrielles, sont présents au cœur de la production du service. Enfin, la dimension du langage, de la communication, du «sens vécu» par les clients du service rendu, est une dimension décisive, qui dépend à la fois de chaque membre du personnel et de la manière dont l'ensemble des interventions s'enchaine. Ce qui fait que les patients ne sont ni des choses ni des produits, mais des personnes avec leur entourage, leur pouvoir d'agir plus ou moins important, leur subjectivité, avec lesquels il faut composer.

Les politiques de gestion des entreprises de service divergent entre une tendance dominante qui en vise la standardisation maximale, comprenant notamment des services scripts qui dictent les paroles et conduites des salariés, et une autre, minoritaire, qui admet des formes d'autonomie locale et une adaptation aux situations singulières auxquelles on doit faire face.

Dans l'esprit des décideurs de l'hôpital, c'est la standardisation industrielle qui prévaut, partagée par une partie des soignants. Une autre partie continue néanmoins à s'efforcer pour s'adapter à la singularité et à la subjectivité des personnes prises en charge.

1.2. Les dispositifs de gestion: T2A, qualité des soins

L'un des «outils» les plus prégnants du *NPM* est en France la T2A, ou tarification à l'activité, qui établit une série d'interventions type auxquelles correspondent des tarifs financiers préfixés. La T2A combine des calculs financiers avec les données de l'*evidence based medecine (EBM)* et l'*evidence based nursing (EBN)* pour proposer aux groupes homogènes de malades des formes homogènes de traitement, dont le coût est chiffrable à l'avance. Dans l'EBM, toute pathologie est visible, traçable, palpable, réparable ou réductible avec des médicaments.

Il s'agit de ce que Michel Foucault (1994) appelle une «technologie politique», investie dans un «dispositif de gouvernement». Ce dispositif, ou manière d'agencer, d'organiser des institutions et des techniques d'intervention, ce sont les ARS, agences régionales de santé, la création de pôles «centres de profit», et de quatorze missions de service public qui peuvent être attribuées indifféremment au public comme au privé, mettant tous les hôpitaux en concurrence. Une technologie est la logique qui relie les différentes composantes du dispositif entre eux et aux pratiques réelles qu'il s'agit d'investir, de guider et de contrôler. En agissant centralement sur les tarifs attribués à chaque acte, il devient possible d'accroitre l'emprise sur le détail des pratiques locales.

Il est possible ainsi également d'intervenir à distance de près sur la vie des patients, qui ne sont pas tous à la même enseigne, car cette codification favorise très largement les soins les plus techniques et coûteux, au point où le Comité national consultatif d'éthique s'en est ému, car «en privilégiant la comptabilisation des actes techniques au détriment de l'écoute ou d'examens cliniques longs et précis, la T2A conduit à considérer comme «non rentables» beaucoup de patients accueillis notamment en médecine générale, en psychiatrie en gérontologie ou en pédiatrie» (avis du Comité national consultatif d'éthique, 2007, Mispelblom 2016, p 80).

Le problème de fond auquel sont confrontés les médecins et les personnels de soins, est que les «interventions standard» n'existent guère, et qu'il faut sans arrêt jongler avec la codification d'actes non pas simples mais complexes où souvent plusieurs pathologies se superposent. Afin de «manipuler» ces codages certains établissements vont jusqu'à embaucher des codeurs, déchargeant les médecins de cette tâche, mais ceci au détriment du nombre de médecins.

Ceux-ci sont confrontés au dilemme suivant: adapter la codification à la singularité des «cas», ou faire entrer de force ceux-ci dans les cases prévues à cet effet? Sans parler du fait que remplir ces cases, codifier les actes, est mangeur de temps, empiète sur le périmètre des soins, et est considéré par beaucoup de soignants comme à l'opposé de leur cœur de métier. Ce qui produit des effets paradoxaux: d'un côté le décalage entre la sphère de la gestion et celle de la clinique se creuse encore, la première imposant une vision standardisée du travail au détriment des savoirs d'expérience accumulés par le travail en équipe à partir de l'analyse de la singularité des situations de soin; de l'autre, cet «ennemi commun» suscite la création de «fronts communs» qui ne sont pas si naturels que cela, entre soignants de tous bords... et parfois, certains gestionnaires qui s'intéressent plus que d'autres, aux spécificités de la clinique.

Un autre dispositif de gestion produit le même genre d'effet. Il s'agit des «procédures de la qualité des soins», dont les cadres de santé (qui encadrent les équipes de personnels soignants) sont supposés être les garants. La «qualité et la sécurité des soins» désigne l'ensemble des protocoles et procédures mises en place par la HAS (haute autorité en santé) et d'autres organismes, et les directions qualité dans les établissements hospitaliers, dans les domaines qui portent ce nom. Elle est très prégnante et stratégique car elle détermine le rang de chaque établissement de santé dans le classement des «meilleurs hôpitaux». Mais on ne peut pas confondre ce qui est transcrit et tracé par ces protocoles, avec les multiples qualités réelles des soins au quotidien.

En effet, différents soignants peuvent avoir les uns après les autres «fait ce qu'il fallait» et ont coché les cases correspondantes, cela ne renseigne en rien sur la manière dont les patients ressentent avoir été traités, et sur l'enchainement harmonieux ou dissonant des différentes interventions. Le change complet d'une vieille dame incontinente a été remplacé, mais avec douceur et pudeur ou brusquerie? Les soins sont faits dans un morne silence ou en parlant avec les patients et en les regardant? Chaque intervenant savait-il ce qu'avait fait le précédent, ou semblait il l'ignorer? En matière de qualité des soins, il y a ce qui se trace, et ce qui laisse des traces.

Cela n'empêche que ces procédures font avancer aussi une «conception élargie des soins», incluant les personnels de soins, les médecins, et certains aspects des services support. Il en va de même de l'informatisation du dossier patient, qui peut aller jusqu'à inclure la médecine de ville. D'un côté donc, ces dispositifs de gestion imposent une vision procédurière des soins, où le travail prescrit encadre le travail réel, de l'autre, ils contribuent à rompre certaines séparations traditionnelles entre métiers du soin, incluant dans la sphère des soins une partie des personnels qui en étaient auparavant exclus.

1.3. Le pouvoir et l'autorité médicale bousculés.

À ces dispositifs de gestion s'ajoutent des réorganisations importantes de l'activité soignante entrainées par la pression sur le raccourcissement des durées de séjour. Cela a pour effet de dissocier le travail de préparation des malades à une opération, de leur séjour, pour en faire une activité spécialisée réalisée avant leur admission, et de les faire sortir pour poursuivre leur convalescence chez eux, entourés par la médecine de ville et des infirmières venant au domicile. Ceci a aussi des effets contrastés, puisque d'un côté le «travail de parole» qui se faisait auparavant durant l'accueil, la toilette, les soins, devient une spécialité à part effectué dans un bureau avant l'opération, certains infirmiers y étant spécialement formés. Ce qui constitue une forme de reconnaissance de cette dimension du travail infirmier, mais peut aussi avoir pour effet que les soignants tendent à délaisser cette dimension dans leur travail quotidien, puisqu'elle est «faite avant».

Mais le raccourcissement des durées de séjour a encore d'autres effets, car il met les infirmiers et les cadres de santé dans un rôle «pivot» de garantie des délais, et les autorise à parfois «mettre la pression» sur les médecins, quand ceux-ci ne respectent pas certains horaires, tardent à commencer une intervention, s'absentent. Quand on y ajoute le fait que ce ne sont plus les médecins qui décident de la plupart des achats en matériels (prothèses, appareils, instruments, dispositifs) nécessaires pour effectuer une opération ou appliquer des traitements, mais des Centrales d'achat supposées acheter au meilleur prix et ainsi faire des économies,

on peut en déduire que le pouvoir médical et l'autorité des médecins sur l'organisation du travail, les personnels soignants et autres, ont été entamés.
D'un côté donc, les nouveaux dispositifs de gestion invitent les soignants à se plier aux exigences des procédures, à standardiser leurs interventions, à se conduire en exécutants: ce que certains font effectivement. De l'autre, ils renforcent le pouvoir d'agir des infirmiers à l'égard des médecins, transgressent certaines barrières symboliques entre spécialités et niveaux hiérarchiques, et incitent à s'ajuster à la singularité des situations des malades rencontrées, comme un acte de résistance collective.

2. GOUVERNER PAR LA SANTÉ

Le *NPM* n'a donc pas été un coup de tonnerre dans un ciel serein, mais un dispositif qui a été préparé et appuyé par une certaine conception de la médecine et de la santé. C'est dire qu'il y en a d'autres, et qui ne vont pas dans le même sens. La notion de santé qui passe universellement pour être consensuelle, est en effet loin d'être homogène, mais au contraire hétérogène et même potentiellement conflictuelle. Si l'on met de côté des conceptions minoritaires (mais agissantes) comme celles des pro life, de la «santé naturelle» (Illich, 1975) ou par les plantes, deux conceptions majeures divisent le champ de la santé: d'un côté, celle, dominante, de l'OMS, de l'autre, celle, populaire et théorisée par Canguilhem, de la «santé libre». S'y arrêter pour les examiner plus en détail aide à comprendre comment elles se manifestent dans les pratiques de soin, et dans l'encadrement de ces pratiques.

2.1. La définition de l'OMS et de l'industrie pharmaceutique

La première définit la santé comme «état de bien-être complet» aussi bien physique, que psychique, moral et social, déterminé en partie par l'état des structures sanitaires d'un lieu donné, mais aussi par l'environnement dans lequel on vit, l'air qu'on respire, les conditions de travail et de vie. L'intérêt de cette définition est d'offrir les bases de revendications de «droit à la santé», qui permettent de faire pression juridique pour faire améliorer certaines conditions de vie. En échange, les autorités sanitaires qui incarnent cette définition invitent les citoyens du monde à «vivre sainement et sagement», à prendre soin de leur santé, en faisant de l'exercice et du sport, en mangeant cinq fruits et légumes par jour, à ne pas fumer, à boire de l'alcool en quantité raisonnable. Et en mettant, grâce à l'inventivité de l'industrie pharmaceutique qui veille à la santé du monde[1], à notre disposition une variété infinie de médicaments aussi bien pour nos symptômes somatiques que pour «*booster* notre bien-être» psychique et mental. Cette définition a été théorisée par des spécialistes en sciences sociales et humaines comme Lennart Nordenfelt (Giroux, 2010), qui établissent un lien entre les formes de «bonheur» spécifiques à différents pays, différentes cultures, mais aussi différents âges de la vie[2]. Ce qui fait que quelqu'un sera estimé «en bonne santé» s'il peut, selon les

---

1 L'industrie pharmaceutique est celle qui, dans le monde, réalise les plus gros bénéfices de toutes les entreprises, avant même l'industrie pétrolière.

2 On connait ces enquêtes d'opinion sur le «bonheur» qui, après le Danemark, longtemps en tête des «pays où les gens sont les plus heureux», ont donné récemment à la Suisse le palmarès du «pays le plus heureux». On pourrait s'étonner pourtant qu'une telle concentration de bonheur n'attire pas une foule de candidats venant de pays plus malheureux. Il faut probablement être suisse pour aimer le bonheur suisse, l'esprit des cantons, le contrôle social, le secret bancaire et le chocolat. Or, bien que suisse, Fritz Zorn atteint d'un cancer affirmait qu'il y avait été «éduqué à mort» (1977). Et c'est ainsi qu'on compare, le plus sérieusement du monde, des vélos, des banques, des bières et des oranges.

circonstances et les normes régnantes, atteindre la «dose de bonheur» qui lui revient. La santé est donc ici une norme, et autant un droit qu'un modèle de vie qu'on tente de nous imposer. C'est la norme qui régit un «corps machine», dont les différentes pièces peuvent se casser mais aussi être réparées ou remplacées, dont les flux, taux, équilibres doivent être maintenus par des régimes alimentaires et au besoin des médicaments, et dont le bien-être est encadré par des standards.

Les maladies se réduisent dans cette perspective à ce que les dispositifs médicaux, les appareils de mesure et les examens peuvent détecter en termes de «dérèglement d'organes», de déficience, de handicap. Les malades y sont décrits avant tout du point de vue de ce que la médecine peut en observer, à partir de leurs symptômes. De ce fait «soigner» consiste à administrer des traitements et des médicaments, à faire des interventions chirurgicales pour remplacer des organes, et à surveiller l'observance des patients des ordonnances qu'on leur prescrit. Dans les versions les plus naturalistes de ces approches cela consiste à manger du boudin noir une fois par semaine pour le «fonctionnement optimal du cerveau».

2.2. La santé «libre»: une conception «écologique» de la santé

Or, quand on regarde comment vivent les populations du monde entier, bien peu semblent remplir les conditions de cette définition de la santé. Là où règne la pauvreté et la misère, survivre est le premier mot d'ordre, et cela par tous les moyens, y compris ceux qui à court ou moyen terme abîment le corps. Car le risque numéro un de la vie n'y est pas la maladie, mais la faim, la guerre, la misère. Même dans les pays dits développés, chez les populations les plus précaires, la maladie même grave peut ne représenter «qu'un souci de plus» parmi bien d'autres, ce qui constitue l'une des raisons du non recours aux soins.

Dans les populations plus aisées, ce n'est pourtant pas mieux, tant les gens vivent bien peu sagement: ils fument, boivent de l'alcool, mangent trop gras, ne font guère d'exercice, et ne se soucient souvent de leurs différents maux que quand ceux-ci commencent à former un frein à leurs manières habituelles de vivre. Contrairement aux préceptes et recommandations gouvernementales qui recommandent de «vivre raisonnablement pour prendre soin de sa santé», la plupart des gens s'arrangent pour que leur santé ne les empêche pas de vivre comme ils l'entendent. Faire la fête, boire, sortir tard, est signe de «bonne santé». Cela s'appelle «vivre au bon gré de son corps». Canguilhem a pris appui sur cette conception populaire de la santé en affirmant qu'une définition scientifique universelle de la santé est illusoire, car la santé inclut la subjectivité et le vécu, mais aussi le milieu dans lequel on vit: «Certes, le corps vécu n'est pas un objet, mais pour l'homme, vivre c'est aussi connaître. Je me *porte* bien dans la mesure où je me sens capable de *porter* la responsabilité de mes actes, de *porter* des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi, mais qui ne seraient pas ce qu'ils sont sans elles. Et donc j'ai besoin d'apprendre à connaître ce qu'elles sont pour les changer» (2002c, p. 68). Et ce, malgré d'éventuelles maladies.

On peut appeler cela une conception biologique, écologique, morale et citoyenne de la santé. Biologique car elle implique bien entendu «la vie des organes» et ce qu'elle doit à la médecine. Écologique, car le sujet y est inséparable de son milieu, qui l'influence, et qu'il influence à son tour. Comme le disait un coiffeur de 92 ans dont le salon qu'il occupait toujours venait de brûler: «ce salon, c'est toute ma vie» (Ouest France, 29 janvier 2016). Et

les habitants de la commune qui ont récolté des fonds pour le reconstruire, savaient que ce coiffeur sans son salon ne vivrait plus très longtemps. Le milieu, ce sont bien entendu aussi les autres, proches, amis, collègues de travail: d'où conception citoyenne. Quand je suis en bonne santé je peux faire face à mes responsabilités, mais inversement, ces responsabilités et les autres qu'elles incluent, me «portent» à mon tour. Enfin, conception morale, à la fois au sens éthique qu'on vient d'entrevoir (assumer son destin, faire face aussi bien que possible à ce qu'il y a à faire), mais aussi au sens du «moral des troupes»: même malade, je peux avoir «le moral», si je réussis mes projets, si je suis aimé, si je suis considéré. Pensons à François Mitterrand qui croyait aux «forces de l'esprit»: grâce à son deuxième mandat présidentiel (que la «meilleure partie de lui-même» lui avait déconseillé) il a réussi à faire face 14 ans durant à un cancer de la prostate, ce qui ne s'est jamais vu.

Dans cette conception, les maladies ce ne sont pas seulement des dérèglements d'organes, elles incluent le vécu qu'en a le malade et même tout ce qui l'entoure. Les maladies, c'est une diminution du «vivre», de la capacité d'agir, les maladies, c'est aussi tout ce qu'elles empêchent de faire. Sur ce plan, comme le dit Canguilhem, les malades ont le choix entre diminuer leurs exigences à l'égard de leurs activités pour souffrir moins, ou les continuer autant que possible tout en acceptant une souffrance plus grande. De là que soigner ce n'est pas seulement appliquer des traitements ou prendre des médicaments, c'est aussi bien s'occuper de soi, ne pas se négliger, pouvoir dormir et se laver, s'habiller correctement, bien manger, «profiter de la vie» autant que faire se peut. Soigner, c'est aussi s'occuper de l'entourage des malades, ce n'est pas forcément toujours agir mais aussi écouter, envisager le pour et le contre, les avantages et les inconvénients de chaque traitement possible. On retrouve ces conceptions à l'œuvre dans l'activité soignante à l'hôpital.

3. ENTRE STANDARDISATION ET SINGULARISATION: LES SOINS PLURIELS

Les dispositifs de gestion mis en place par le *NPM* n'ont pas réussi à «tout standardiser»: des stratégies alternatives de soins continuent à résister à cette tendance. L'un des critères discriminants les différentes manières de prendre soin des malades, est la question de savoir «qui soigne» et qui ne le fait pas.

3.1. Les soins: une spécialité de quelques-uns ou un processus global?

Les terminologies employées à l'hôpital pour désigner les différentes catégories du personnel témoignent d'une tendance croissante à séparer le cure du care, qui se renforce avec la T2A comme on l'a vu. D'un côté, le personnel *médical*, de l'autre, para-médical: ce qui peut s'entendre à la fois au sens de ce qui «entoure» l'acte médical proprement dit, supposé traiter, guérir, réparer, mais aussi dans un sens plus clandestin comme dans le mot parapluie ou paratonnerre, «se protéger contre». Cette dichotomie se double d'une autre qui distingue le personnel médical d'un côté et le personnel soignant de l'autre. Ce personnel soignant, ou «les soignants», se distingue à son tour d'autres personnels ni médicaux ni soignants: brancardiers, hommes ou femmes de ménage, personnel de la restauration ou de la blanchisserie, techniciens de maintenance etc.

L'intérêt des dispositifs de «qualité et de sécurité des soins» et des directives en termes d'informatisation du dossier patient, est de supposer à l'encontre de ces séparations entre soignants et non soignants, une conception élargie et transversale des soins, désignés comme un processus

auquel tous les services et personnels participent, un peu dans l'esprit de la Qualité Totale dans l'industrie. Paule Bourret (2011) qui a publié plusieurs ouvrages sur les cadres de santé suggère la même chose: étudier comment, de l'accueil jusqu'à la sortie, en passant par les interventions médicales, se produisent des «effets de soin» contrastés, tout au long d'un séjour. Cela concerne certes en premier tous ceux qui sont effectivement en contact visuel, sonore, physique, avec les patients, auprès desquels ils sont une présence humaine, dont les médecins qui opèrent et traitent jouent un rôle majeur et organisateur. Mais si la plupart des médecins ont une sorte «d'aura» auprès des malades, il y en a aussi dont on dit qu'ils ne les regardent même pas, parlent un langage incompréhensible, voire sont moralisateurs, culpabilisants et cherchent à faire peur. D'où l'idée que certains personnels «para-médicaux» peuvent faire «contre-poids» à certains médecins. Ils s'occupent de leur administrer les traitements, mais aussi à leur faire la toilette, assurant ainsi les bases du maintien de leur dignité d'humains. Ils sont aussi une présence humaine, qui font que les patients «se réveillent», rajustent leurs draps, se rendent avenants s'ils le peuvent, ou dont ils reçoivent à manger. Or, ceux qui préparent mais aussi conçoivent et concoctent les repas ne produisent-ils pas aussi des effets de soin par le biais d'une nourriture qui donne envie de manger ou qui, comme c'est hélas souvent le cas, coupe l'appétit? Dans un certain nombre d'hôpitaux on propose maintenant les services de coiffeurs et d'esthéticiennes, et au CHU de Clermont-Ferrand, dans le service des soins palliatifs, a été installée une cave avec de bons vieux crus.

Du point de vue des malades, les soins sont bien un processus continu, qui va de l'accueil jusqu'à la sortie et même au-delà, et qui comporte «des hauts et des bas», qui produisent une impression globale. Dans certains hôpitaux un écriteau à côté des services de l'accueil le dit: «la bonne identification du patient est le premier soin». Les hauts et les bas résultent des divergences d'orientations entre les intervenants, à la fois pour savoir ce qui relève du soin et ce qui n'en relève pas, mais aussi dans la manière même d'intervenir.

3.2. Entre standardisation-exécution et singularisation-bricolage

Les dispositifs du *NPM* examinés plus haut accroissent incontestablement la pression sur les personnels de l'hôpital dans le sens d'une plus forte standardisation mais aussi plus grande rapidité des interventions, qui doivent s'enchainer à des rythmes de plus en plus soutenus. Cette standardisation implique aussi que par rapport aux malades, c'est le point de vue hospitalier qui s'impose, et non l'écoute et la prise en compte du vécu des malades.

Pour synthétiser les divergences au sein des spécialités médicales, on peut reprendre la distinction que fait Richard Sennett entre les «experts a-sociaux» et les «experts sociables» (2010). Les premiers agissent persuadés que leurs analyses, examens, diagnostics, définissent mieux que les malades les pathologies dont ils sont atteints, dans lesquelles leur subjectivité et leur vécu n'a pas de place. Ils estiment inutile de prendre en compte des dires et des plaintes qui n'ont pas de fondement rationnel démontrable. Ils peuvent user de leur pouvoir de spécialiste jusqu'à imposer des traitements (opérations comprises) dont les malades ne veulent pas vraiment. Ils établissent une frontière étanche entre leur pouvoir de guérison, de réparation et de «sauvetage» et l'activité des personnels soignants, conçue comme leur «service après-vente». Ils font partie de ceux à qui la T2A profite.

Les experts sociables sont ces spécialistes qui admettent que leur seule formation initiale ne suffit pas pour agir en connaissance de cause, que le travail en équipe, les diagnostics

infirmiers et l'expérience collective sont indispensables pour avancer dans la compréhension de la singularité des pathologies et la prescription des traitements les mieux adaptés. La subjectivité et le vécu des patients est ici l'une des données à prendre en compte pour faire un diagnostic pertinent. Ils essaient d'expliquer ce qui est en jeu en essayant de comprendre la logique des patients sans parler le «langage docteur», en exposant les pour et les contre. Leur attitude peut se résumer par cette phrase de Winckler: «Les médecins qui veulent le pouvoir font tout pour l'obtenir. Ceux qui veulent soigner font tout pour s'en éloigner» (2009). Ceux-ci pâtissent plutôt de la T2A.

Les «valeurs» des personnels dits de soins (infirmiers, aides-soignants) se manifestent dans leurs pratiques, leur *posture* et leurs *positionnements*. Certains se conduisent en exécutants, suivant les protocoles à la lettre, d'autres en pensant par eux-mêmes, en ajustant leurs moyens de travail aux spécificités des situations rencontrées. Le sociologue Philippe Zarifian, hospitalisé, résume les observations qu'il a pu faire en distinguant les comportements «fonctionnels et mécaniques», de soignants qui «font ce qu'ils ont à faire» d'une manière routinière, mais ne regardent pas les malades, et les comportements «compréhensifs», «la prise en compte de la qualité du traitement et des soins apportés au malade, compte tenu de sa singularité» (2014, p. 169-170). Les infirmiers mettent en avant soit la dimension «technique» de leur métier, soit le «raisonnement clinique», et ceci aussi bien à l'égard des patients que de leur propre hiérarchie. Dans des situations compliquées, certains infirmiers demandent à leur cadre de santé ce qu'ils doivent faire, d'autres trouvent des solutions en tâtonnant ou en échangeant avec des collègues. Cette capacité à «penser par soi-même», à ajuster les outils et les protocoles à l'imprévu, est aussi un support pour penser la singularité des soins à donner à chaque malade.

Dans ces activités des professionnels de l'hôpital, les malades ne sont pas passifs, contrairement à ce que le mot «patient» laisse entendre. Philippe Zarifian souligne à quel point cette attitude de passivité n'est pas d'emblée donnée, mais construite, recherchée, par une partie des soignants qui insistent pour que les malades restent «tranquilles», ne «bougent pas», et quand ils ont mal leur donnent des anti-douleurs qui sont aussi des tranquillisants. Une partie des malades se résigne et s'y plie, d'autres résistent, protestent, voire se comportent en «mauvais malades»: agressions verbales ou physiques à l'égard des soignants, refus des traitements qu'on leur prescrit, mobilisation de la famille et des proches.

3.3. Soigner: l'un des métiers impossibles?

Soigner fait partie de ce que Freud (1937) appelle les «trois métiers impossibles», ceux où l'on peut être sûr d'avance d'échouer (les deux autres étant l'art d'éduquer et celui de gouverner). Ce sont des activités d'intervention sur l'activité d'autrui, où règne l'incertitude quant à l'évolution et aux effets réels des interventions en cours. Ces activités ont en commun un double rapport asymétrique «inversé» entre intervenants et ceux «sur qui» ils interviennent. Du point de vue institutionnel, des rapports de pouvoir et de savoir, les soignants sont «en haut» de la pyramide, les médecins étant au-dessus du tout. Ils ont l'exclusivité de pouvoir de faire des diagnostics, délivrer des ordonnances, arrêts de travail et certificats de décès, ou de faire mettre une personne sous tutelle. S'ils délèguent certains de ces pouvoirs aux infirmiers, cela reste sous leur responsabilité. Sur ce plan, les patients sont dépendants de ceux qui les soignent.

Mais dans le domaine de l'autorité, du «relationnel», des échanges, ce sont ceux qu'on soigne qui ont le pouvoir de consentir ou non à coopérer, ce qui rend les soignants dépendants des soignés. À l'hôpital, les patients ont beau ne pas être chez eux, certains refusent les traitements qu'on leur prescrit, ouvertement ou en douce, «bougent» alors qu'on veut qu'ils restent «tranquilles», protestent en pleurant ou en s'agitant. Mais surtout, cela se traduit par des manifestations physiques et biologiques: quand les patients ne sont pas «motivés», les greffes peuvent ne pas prendre, des calcifications ne pas se faire, un traitement ne pas du tout produire les effets escomptés. Les patients appuient sur les sonnettes, les soignants accourent de jour comme de nuit. Les médecins ont beau insister, tenter de convaincre, même de menacer parfois, leur seul pouvoir ne suffit pas pour créer la confiance, persuader intimement le patient que c'est cela qu'il lui faut. Sans le désir de guérir et l'envie de vivre des patients, la guérison ne se fait pas. Comme le dit Annemarie Mol: «Il est possible de diriger les autres ou de faire des choix à leur place, mais il est impossible de prendre soin de personnes qui ne prennent pas soin d'elles-mêmes» (2009, p. 148).
Cela nous donne une autre clé pour saisir les divergences dans les pratiques soignantes, entre celles qui reposent sur l'idée que ce sont les soignants qui guérissent, et celles qui admettent qu'en fin de compte, ce sont les patients qui ont le «dernier mot». Ce qui représente aussi deux postures différentes en matière de «démocratie en santé».

4. ENCADRER LES SOINS: ENTRE MANAGEMENT ET BRICOLAGE QUOTIDIEN

Dans l'encadrement hospitalier les cadres de santé sont de loin les plus nombreux: ce sont eux qui encadrent les équipes de soignants, infirmiers, aides-soignants, agents des services hospitaliers. Leur rôle est en profonde redéfinition et s'éloigne de plus en plus des équipes soignantes au quotidien, pour s'investir dans la conduite de projet et l'organisation de parcours de soins transversaux.

4.1. Encadrer et manager: légitimités traditionnelles et à construire

Tous anciens du secteur des soins, mais pas tous d'origine infirmière, les cadres de santé sont depuis longtemps formé aux méthodologies du management dont ils apprennent les doctrines et acquièrent les techniques et outils dans les Instituts de formation de cadres de santé (IFCS). Mais le management, dont la logique se retrouve dans les référentiels de compétences des cadres de santé, leur donne une vision très déformée et trompeuse de leur travail réel. Ils présentent en effet ces cadres comme des «centres d'initiative» dont tout émane, à l'instar de cette métaphore managériale qui présente les managers comme des locomotives, des leaders, des meneurs. Paradoxalement ils reposent sur une conception restreinte des soins qui désigne comme tels le seul travail des personnels soignants (et non celui des médecins: pour cause, ils n'y ont guère de prise). Ces référentiels se présentent comme d'interminables *check and to do lists*, autant de listes de compétences attendues par la hiérarchie, qui découpent l'activité en tranches qui n'existent pas dans une réalité où généralement «tout est mélangé». Car dans leur travail de tous les jours les cadres de santé sont beaucoup plus des «résolveurs de problèmes au quotidien» que des «planificateurs» ou «chefs d'orchestre» qui organisent tout d'avance. Dans leur activité, ils se réfèrent bien à certains des préceptes du management qu'ils ont retenu, comme le fait qu'il faut au moins un tiers de gens d'une équipe favorables pour mener des changements, mais le plus souvent, ils font «feu de tout bois».

Une bonne partie d'entre eux est encore tous les jours «sur le terrain», marche tout autant (des kilomètres!) que les personnels de soins dont ils accompagnent parfois les «tournées», et s'occupe d'une foule de choses en même temps «à la volée»: interpeller une infirmière sur l'organisation de son chariot, constater qu'un patient n'a pas de bracelet d'identification, prendre des nouvelles de la fille d'une aide-soignante, informer une collègue qu'il y a «des changements dans le projet du circuit des médicaments», demander à un médecin de revenir voir un malade en urgence....Donc: manager une équipe, s'occuper de la qualité, communiquer, informer, le tout «dans la foulée». Le bricolage y prédomine largement les méthodes et les techniques du management.

La légitimité des cadres de santé, ce qui fait que les équipes pensent qu'ils «font l'affaire», repose traditionnellement sur le fait que ce sont d'anciens soignants venant très majoritairement de la filière infirmière. Ils sont «issus du Sérail». Cette origine induit néanmoins un positionnement qui est aujourd'hui questionné, qui consiste à se concentrer sur les plannings de répartition du travail entre équipes et à veiller au bon fonctionnement du travail au jour le jour. Or, les réformes et réorganisations hospitalières demandent aujourd'hui d'autres postures: s'investir dans l'amélioration des circuits entre équipes de soins et services support, dans l'organisation et les conditions de travail du personnel, dans la conduite de plusieurs projets à la fois, dans la construction et l'encadrement des parcours de soins allant jusqu'à l'extérieur de l'hôpital.

C'est là qu'une petite minorité des cadres, ceux qui ne sont pas issus de la filière infirmière, mais sont d'anciens diététiciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, a trouvé un terrain où construire une légitimité qui n'était pas acquise au départ. Ce sont eux qui sont les plus «testés» par les équipes à leur prise de fonctions, en leur posant des questions sur les techniques infirmières auxquelles ils ne peuvent pas répondre. Faisant contre mauvaise fortune bon cœur, ils apprennent à refuser de répondre sur ce terrain-là, à renvoyer les soignants au «raisonnement clinique» (qui permet de délibérer avec soi pour savoir quelle est la solution qui présente le moins de risque dans le traitement d'un malade), et à s'investir dans la résolution de toute une série de problèmes qui rendent le quotidien des équipes pénible. N'étant pas vraiment «soignants» d'origine, ce sont eux qui font avancer dans l'hôpital une conception élargie des soins, qui peut inclure les services supports, car ils y trouvent des appuis, ce que les procédures en matière de qualité et de sécurité des soins légitiment.

4.2. Pouvoir et autorité: les avantages du management à distance.

Les cadres de santé ont peu de pouvoirs, notamment en matière disciplinaire, leur principal moyen d'intervention «de contrainte» sur les équipes étant le planning, qui répartir de manière plus ou moins équitable les journées de travail et de repos, le compromis entre vie privée et vie professionnelle, et qui doit être validé par les cadres en lien avec les Directions des ressources humaines où se décident les payes. Mais quand leur légitimité est bien assises, ils peuvent acquérir d'autant plus d'autorité que leur conception des soins sera large, donc s'étend à d'autres équipes que les leurs uniquement. Car aujourd'hui les cadres n'encadrent souvent pas seulement une, mais deux, trois voire plus d'équipes. Et ils sont en lien pour la qualité des soins avec les médecins, des intervenants non infirmiers comme des psychologues, ergothérapeutes, des techniciens de maintenance, les services d'approvisionnement en petits matériels, la restauration etc. Il leur devient de plus en plus difficile de se concentrer

sur la surveillance du travail au quotidien, car ils doivent constamment être à la fois au four et au moulin. L'autorité qui y est requise est moins une autorité hiérarchique, qu'une autorité de «savoir y faire»: de trouver des solutions, de sortir d'impasses, de faire avancer des projets collectifs.

Ces cadres de santé sont aussi en lien avec les familles, aident à préparer la sortie en bon ordre des patients hospitalisés, veillent à ce que tout soit prêt au domicile pour cela, mais reçoivent aussi les plaintes des familles et des patients qui ne sont pas contents. Dans ce sens, ces cadres représentent le point de vue des patients à l'hôpital, légitimé par toute la législation depuis 2009 comme «ceux pour qui on travaille». Ce qui pourrait à terme élargir et donc accroître l'autorité des cadres hospitaliers.

Car l'autorité, nous l'avons dit, est ce qui permet d'obtenir une coopération librement consentie, quand ceux qui y consentent pensent que la cause est juste, que le jeu en vaut la chandelle, que la personne qui incarne l'autorité les respecte et les traite avec équité et justice. L'autorité c'est ce qui permet de créer des synergies, fait que les gens co-opèrent, fassent œuvre commune, s'entraident, se passent des ficelles du métier. L'autorité c'est ce qui des cadres est présent «dans la tête et l'esprit» des équipes encadrées, même s'ils sont physiquement absents. Elle fait de celui qui la représente le «plus grand dénominateur commun» de tous. L'autorité, c'est ce qui fait que les équipes «font des choses» même sans que le cadre l'ait explicitement demandé, telle cette équipe qui ayant appris que leur cadre allait avoir à gérer une deuxième équipe, a proposé de s'occuper elle-même des plannings pour la décharger d'une partie du travail.

L'autorité donne ce qu'on peut bien appeler le «don d'ubiquité» aux cadres, qui produisent des effets même s'ils sont physiquement absents. Cela change l'idée qu'on peut se faire du «management à distance», le fait que les cadres de santé soient de moins en moins en contact direct avec leurs équipes mais les gèrent par téléphone, émails et autres technologies. Or, leur proximité ou leur distance à l'égard des équipes n'est pas avant tout spatiale, mais sociale: on peut être physiquement côte-à-côte, tout en n'ayant rien à se dire, et très loin, tout en se sentant complice.

S'il reste indispensable pour un cadre de rencontrer in vivo les équipes qu'il encadre, et de s'adresser de visu aux soignants, en collectif ou en individuel, cela n'est pas une question de temps de présence. Il y a des réunions interminables et ennuyeuses où rien ne se dit, et des moments courts et intenses où s'échangent des paroles fortes. Moins présent au quotidien, plus présent dans des moments cruciaux, permet aussi de confier plus de responsabilités aux équipes. Et qu'est-ce qui interdit de glisser dans se et *textos*, ses messages enregistrés et ses mails, des mots sympathiques qui montre qu'on «pense aux équipes», qu'on en prend soin, même quand on semble ailleurs, à s'occuper de résoudre des problèmes pour améliorer les conditions de travail? Proche de quoi: d'hier, d'aujourd'hui, de demain? Il se peut que ce «management à distance» favorise à terme une conception élargie des soins.

VERS UNE «DÉMOCRATIE EN SANTÉ»?

«Contre la barbarie, les soins»: ce slogan résume les enjeux de société, de civilisation, dont les soins sont la réalisation concrète. Car plus probablement que le système scolaire qui se veut aussi égalitaire mais a de plus en plus de mal à lutter contre les inégalités dans les apprentissages et surtout ensuite, les embauches, le système des soins concrétise encore l'égalité

d'accès aux soins, y compris pour les plus pauvres et les «sans-papiers». Le système des soins traite à égalité les hommes comme les femmes, et ceci contre les tabous religieux qui prônent la séparation entre les hommes et les femmes: les soignants sont devenus très convaincants dans ce domaine. Le système des soins est laïque, basé sur la raison et la science, contre les superstitions: les maladies ne sont ni des mauvais sorts ni des punitions divines. Dans un récit d'une malade chronique originaire du Bénin, celle-ci affirme à plusieurs reprises «je voulais en savoir le plus possible, et plus je connaissais, mieux je savais me soigner» et de conclure: «je remercie Dieu et les médecins».

Démocratie en santé: construire les parcours de soins avec les malades concernés et leurs associations, se conduire en soignants «experts sociables», lutter contre les ignorances et les discriminations en soignant «le moins mal possible», est aujourd'hui plus que jamais un enjeu de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BOURRET P. (2011). *Prendre soin du travail, un défi pour les cadres à l'hôpital.* Seli Arslan.

CANGUILHEM G. (2002 [1988]). «La santé: concept vulgaire et question philosophique». Dans *Écrits sur la médecine*, Le Seuil.

FOUCAULT M. (1994). *Dits et écrits.* Gallimard, t. III.

FREUD S., (1975 [1937]). «Analyse terminée, analyse interminable», *Revue française de psychanalyse*, vol. 39.

GIROUX E. (2010). *Après Canguilhem, définir la santé et la maladie*, PUF.

ILLICH I. (1975). *Némésis médicale.* Seuil.

MISPELBLOM Beijer F. (2015). *Encadrer, un métier impossible?* Armand Colin (3ème édition).

MISPELBLOM Beijer F. (2016). *Encadrer les parcours de soins: vers des alliances thérapeutiques élargies?* Dunod.
Site web: www.encadrer-et-manager.com

MOL A. (2009). *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient.* Presses des Mines.

ROMAINS J. (1924). *Knock.* Gallimard.

SENNET R. (2010), *Ce que sait la main, la culture de l'artisanat.* Albin Michel.

WINCKLER M. (2009), *Le cœur des femmes.* Gallimard.

ZARIFIAN P. (2014). «La santé face à la maladie», dans: Thievenaz J., Tourette-Turgis C., L'éducation thérapeutique des patients: champ de pratiques et champ de recherche, *Revue Savoirs*, no. 35, l'Harmattan.