

Prendre soin du travail et de l'institution (pour mieux prendre soin de la relation de soin) – Philippe Svandra.

Une crise en forme d'apocalypse ?

Nous avons beaucoup évoqué le mot de « crise » au cours de cette matinée. Arrêtons-nous quelques instants sur le terme. Rappelons que « *crisis* », en latin médiéval correspondait au moment paroxystique d'une maladie qui peut évoluer vers la guérison comme vers la mort. Par extension, le terme de crise désigne, à partir du XIX^e siècle, l'état de dysfonctionnement d'un système devenu incapable d'assurer ses fonctions. Mais si on remonte plus en amont, on retrouve le grec *krisis* qui signifie jugement, décision. En liant les deux étymologies, on pourrait en conclure que la crise correspond à un moment clé, à un moment charnière où, en quelque sorte, « tout doit se décider ». D'une certaine façon, la crise c'est « le moment ou jamais ».

S'agissant de la pandémie que nous vivons, cette définition a l'inconvénient de nous faire croire que le virus serait survenu dans nos institutions comme un coup de tonnerre dans un ciel serein ? Or, nous le savons, la réalité est bien différente puisque avant même l'arrivée du covid 19, on évoquait déjà régulièrement l'état de crise de notre système hospitalier. En ce sens, s'agissant de cette pandémie, plutôt que de parler de « crise », il serait possible d'évoquer le terme d'apocalypse¹, du moins au sens premier du mot qui *signifiait* en grec « révélation ». Reste alors à préciser ce que ce virus nous aurait révélé ?

Mon hypothèse serait que l'épisode que nous venons de vivre nous place face à une réalité qui nous tentons généralement d'occulter : celle de notre grande vulnérabilité. En ce sens on pourrait avancer que la pandémie a joué comme un dispositif de visibilité qui nous a fait prendre conscience de notre fragilité comme personne, mais aussi de la grande vulnérabilité de nos institutions. Et c'est plus particulièrement de cette dernière vulnérabilité que je souhaiterais vous parler ici.

¹ L'apocalypse vient d'un mot grec qui veut dire révélation qui désignait un genre littéraire courant dans le peuple juif. Il s'agissait de récits grandioses destinés à soutenir la foi d'Israël mise à l'épreuve par l'occupation étrangère.

Une rationalisation pas toujours raisonnable !

A cet égard, l'institution hospitalière – qui s'est naturellement retrouvée en première ligne lors de la crise – ne fait pas exception. Le personnel hospitalier vit en effet depuis près de 25 ans au rythme des grandes réformes. Nous pouvons en dénombrer au moins huit depuis les ordonnances Juppé de 1996, c'est-à-dire une tous les 3 ans ! Inspiré de ce qu'on a appelé le *new public management*, ces changements profonds – qui ont essentiellement visé à rationaliser, souvent à marche forcée, l'organisation de l'offre de soin – ont provoqué une véritable crise identitaire chez des soignants historiquement attachés à la fois aux valeurs du soin et du service public.

Cette restructuration, que j'ai vécue personnellement en tant que cadre de santé, s'est traduite dans le quotidien par la prolifération de procédures à suivre, de tableaux de bord à tenir à jour, de feuilles *Excel* à remplir, de documents bardés de cases à cocher. Au détriment de l'activité de soin, on a ainsi exigé des soignants qu'ils « nourrissent » de chiffres et de statistiques une administration jamais rassasiée. Nous assistons, dans le même temps, à un cadrage de plus en plus strict de nos pratiques qui débouche, comme le relève Yves Clot, « sur des prescriptions toujours plus précises, qui tentent de promouvoir les "bonnes pratiques", de les formaliser, de les imposer »².

Il apparaît que cette course à la rationalisation (pas toujours raisonnable) n'a pas été sans conséquences sur l'activité de soin au quotidien. Ainsi, certaines pratiques managériales présentées comme novatrices, souvent d'ailleurs inspirées du monde de l'industrie, se sont révélées en fin de compte particulièrement délétères.

A titre d'exemple, comme le note fort justement Dominique Folscheid, un des messages que la bureaucratie hospitalière nous a martelés ces dernières années comme un dogme peut se résumer par ce slogan : « Il ne faut plus de stocks, mais uniquement des flux. » Les directives adressées aux responsables des services cliniques sont alors simples : la « DMS » doit être la plus courte possible, le « taux d'occupation » le plus élevé possible, les stocks de matériels réduits au minimum, et le personnel polyvalent au maximum.

² Yves Clot, *Le travail à cœur*, Paris, La Découverte, 2010, p.61

Cette vision à court terme s'est révélée une catastrophe puisqu'elle est à l'origine des pénuries de lits, de respirateurs, de masques, de surblouses... et de personnels qualifiés que nous avons connus au plus fort de la pandémie.

Peut-on au moins espérer que l'on tire des leçons de cette crise et que l'administration hospitalière abandonne enfin définitivement cette pratique de gestion à flux tendu issue notamment des théories dites du « *lean management* » (le management maigre selon une traduction littérale).

Et pourtant, ... ça a tenu !

Osons affirmer ici que si nos hôpitaux, mais aussi nos EHPADs, ont pu assurer malgré tout leur mission, et surmonter en définitive la terrible épreuve du covid 19 au cours du printemps 2020, ce n'est assurément pas grâce à ce type d'approches gestionnaires et procédurales, mais d'abord grâce à l'engagement total des soignants, et plus précisément à l'intelligence pratique dont les équipes ont su faire preuve dans l'adversité. Le même type d'engagement qu'on avait d'ailleurs pu connaître face à l'épidémie de SIDA dans les années 1990 ou lors de la canicule de l'été 2003.

A cet égard, on pourrait parler d'une culture soignante qui, lorsque les circonstances l'exigent, permet d'assurer « l'efficacité malgré tout »³. En recourant à ce que les grecs appelaient dans l'antiquité le *métis* (que l'on peut traduire par « ruse »⁴), les personnels hospitaliers comme ceux des EHPADs ont su déployer des « conduites discrétionnaires », c'est à dire des comportements volontaires qui corrigent, et souvent dépassent le travail prescrit.

Christophe Dejours définit cette attitude « comme ce que le sujet doit ajouter aux prescriptions pour pouvoir atteindre les objectifs qui lui sont assignés ; ou encore ce qu'il doit ajouter de soi-même pour faire face à ce qui ne fonctionne pas lorsqu'il s'en tient scrupuleusement à l'exécution des prescriptions »⁵. On pourrait à cet égard évoquer

³ Yves Clot, *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*, Paris, La Découverte, 1988.

⁴ La *métis* c'est la vertu d'Ulysse qui arrive par son intelligence et sa ruse à se sortir de toutes les épreuves.

⁵ Christophe Dejours, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*, Paris, INRA éditions, 2003, p.14.

une forme de « performance adaptative » qui se traduit par une capacité d'improvisation face à l'inattendu, à l'événement (forcément indésirable) que la procédure n'avait évidemment pas prévue.

Prendre soin de l'institution

Mais au fond, qu'ont cherché ces femmes et ces hommes en dépassant volontairement leur fonction prescrite lors de cette crise sinon *in fine* à « prendre soin » de l'institution afin que celle-ci puisse assurer au mieux sa mission de soin. Or, il existe un terme en anglais qui caractérise cette attitude soucieuse et attentionnée, c'est celui de « *care* ». Rappelons que ce mot désigne à la fois une attention portée à autrui, « se faire du souci pour » (*to care about*) et le fait de s'occuper, de prendre soin de quelqu'un, mais aussi de quelque chose (*to take care of*).

On comprend dès lors que si le *care* concerne les personnes vulnérables, il peut aussi s'appliquer aux institutions et d'autant plus lorsque les circonstances l'exigent. Comme le souligne Fabienne Brugère : « Le *care* (...) est un "prendre soin" : ce qui veut dire qu'il s'exerce. On prend soin des malades, des enfants, des personnes âgées, des précaires ou des exclus mais aussi de tous les individus, de l'environnement ou des institutions : le « prendre soin » concerne des vivants, des êtres et des objets. »⁶ Or, nous savons pourtant que ce travail reste, dans les faits, souvent invisible et n'apparaît paradoxalement que lorsqu'il n'est pas fait. Comme le remarque fort justement Pascale Molinier : « Le travail du *care* doit s'effacer comme travail : de son invisibilité dépend son succès. »⁷

La question est alors de savoir comment réévaluer les valeurs morales et le caractère éthique des dispositions qui sous-tendent le *care* ? C'est dans cette perspective que la philosophe américaine Joan Tronto revendique dans son ouvrage, *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, une conception résolument politique du *care* qui se conçoit alors comme « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour

⁶ Fabienne Brugère, *L'éthique du care*, Paris, col. Que sais-je ?, PUF, 2011, p. 84.

⁷ Pascale Molinier, « Le Care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », in *Le souci des autres. Ethique et politique du care*, Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, Paris, 2006, p.303.

maintenir, perpétuer et réparer notre “monde”, de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible ». Elle précise que « ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. »⁸

Un travail qui fait tenir le monde

Cette vision particulièrement large du *care* peut s’appliquer parfaitement non seulement à l’ensemble des soignants mais aussi plus globalement à tous les professionnels qui exercent à l’hôpital ou en EHPAD et qui ne sont pas des professionnels directs du soin (service logistique, technique, administratif... direction comprise). A cet égard, il est étonnant de constater que pendant cette pandémie, les relations entre soignants et directions ne se sont rarement aussi bien portées (sauf rares exceptions). Au fond, chacun avec leurs compétences, ont cherché collectivement, à *maintenir, perpétuer et réparer* l’institution afin que celle-ci puisse assurer sa mission de soin dans les moins mauvaises conditions possibles. Nous avons ainsi assisté à une forme de renversement bénéfique, puisqu’afin de garantir les conditions d’un travail efficace, les directions se sont mises au service de ceux qui assurent l’activité au quotidien et au plus près.

Dans un article du quotidien *Les Echos*, Hélène Gros, cheffe du service de médecine interne et maladies infectieuses à l’hôpital d’Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis) le confirme : « Jamais plus je n'ai entendu le mot "impossible" au cours des réunions quotidiennes de crise, jamais nous n'entendions parler de finances, d'activité, de codage... L'humain était au premier plan de toutes nos discussions avec la direction, nous nous comprenions, nous avançons de concert vers un même objectif : prendre soin des malades. »⁹ Le médecin terminait son propos par cette interrogation : « Mirage ou miracle ? » Il semble que pour avoir une chance de maintenir cet état d’esprit et que le miracle perdure, il nous faudra en premier lieu redéfinir la notion de performance hospitalière qui ne saurait se résumer exclusivement à des chiffres ou des statistiques.

⁸ Joan Tronto, *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, Paris, La découverte, 2009, p. 143.

⁹ « Coronavirus : les soignants sans prime ni réconfort » article d’Elsa Freyssenet du quotidien *Les Echos* du 12 mai 2020.

Dès lors, nous aurions tout intérêt, quel que soit notre fonction dans la chaîne du soin, à revendiquer sans complexe, et même haut et fort, ce travail essentiel de lien, de rattrapage et de soutien que nous avons caractérisé comme « care ». Comme le remarquent Nathalie Blanc, Sandra Laugier et Pascale Molinier dans un article justement intitulé « *Le prix de l'invisible / Les femmes dans la pandémie* » : « Le care a longtemps été considéré (et déconsidéré souvent, comme en témoignent de rituelles moqueries) comme le souci du proche, de la famille nucléaire, avec comme modèle le lien mère-enfant. On aura désormais compris, au prix du désastre actuel, qu'il est un travail, qui fait tenir le monde. »¹⁰

Les auteures de cet article montrent ainsi comment cette crise a eu comme conséquence bénéfique de lever (un peu) le voile sur ce travail d'habitude si invisible : « Le care n'est jamais aussi visible que dans ces situations où c'est la forme de vie, la vie "normale" qui est ébranlée comme dans ces films-catastrophe qui s'ouvrent sur une inquiétante description de la vie quotidienne. »¹¹

Conclusion quelque peu personnelle

Je souhaiterais à ce propos terminer sur une note plus personnelle d'ancien cadre de santé responsable d'une unité VIH dans les années 1990 en affirmant que ce travail qui s'apparente au *care* peut être source de grande satisfaction. Quand j'y repense aujourd'hui, j'éprouve en effet des sentiments contrastés. A la fois une grande tristesse d'avoir assisté impuissant à la mort de tant de jeunes hommes fauchés dans la force de l'âge, mais aussi, osons le dire, une certaine fierté d'avoir, avec une équipe à bien des égards extraordinaire, pu modestement rendre possible, par mon action pratique et quotidienne, l'accompagnement de ces malades.

Aujourd'hui, avec le temps qui est passé, je peux affirmer sans aucun doute que mes plus grandes satisfactions professionnelles sont liées à ce travail de liens et de

¹⁰ Nathalie Blanc, Sandra Laugier, Pascale Molinier, « Le prix de l'invisible/ Les femmes dans la pandémie » in *La vie des idées*, URL : <https://laviedesidees.fr/Le-prix-de-l-invisible.html> (consulté le 3 septembre 2020).

¹¹ Idem.

rattrapages¹² qui peut apparaître comme modeste mais qui est pour moi source d'une immense satisfaction, celle du travail bien fait, de la mission finalement accomplie malgré toutes les embûches.

Intervention proposée dans le cadre du colloque du collectif national des PASS, « Après la crise, l'humain au cœur du système de santé », à Paris, le 2 octobre 2020.

¹² Voir à ce sujet l'excellent livre de Paule Bourret, *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Paris, Seli Arslan, 2006.