

3.1. Prendre soin dans la société : une fonction sociale aux figures multiples, aux compétences distribuées, aux cadres de référence brouillés

Françoise Acker

DANS **PRENDRE SOIN SAVOIRS, PRATIQUES, NOUVELLES PERSPECTIVES 2013**, PAGES 165 À 174
ÉDITIONS **HERMANN**

ISBN 9782705687120

DOI 10.3917/herm.chagn.2013.01.0165

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/prendre-soin--9782705687120-page-165?lang=fr>



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 Hermann.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

3

Le prendre soin institutionnalisé

Prendre soin dans la société : une fonction sociale aux figures multiples, aux compétences distribuées, aux cadres de référence brouillés

FRANÇOISE ACKER

Prendre soin d'une personne constitue l'objet premier des différents secteurs du « travail sur autrui ». La société confie à des institutions et à des professionnels spécialisés la mission de prendre en charge des dimensions particulières du « prendre soin ». C'est le cas dans les secteurs de la santé, du travail social, des services aux personnes, de l'éducation, de la sécurité. Le secteur de la santé entretient un discours compact sur sa mission, dont l'objectif principal est de prendre soin de la santé de la population, particulièrement des malades. Mais cela ne permet pas de rendre compte des dimensions que recouvre ce terme de « prendre soin », de la diversité des acteurs mobilisés pour remplir cette fonction sociale ni de leurs interactions. Cela ne dit rien non plus de l'articulation fluctuante des normes et des tâches que les personnels soignants ont à opérer dans leur travail quotidien, dans leurs accomplissements pratiques, ni des conditions que cela suppose.

Avant de m'intéresser au travail de soins, au travail des infirmières et aux façons de « prendre soin » des personnes dans un hôpital de court séjour notamment, il me paraît utile d'évoquer l'évolution de la fonction de l'infirmière, de sa position dans l'organisation sociale du travail médical et de santé, pour comprendre les tensions dans lesquelles ce travail se pratique aujourd'hui.

Les infirmières et leur fonction sociale : soigner, prendre soin de la personne

Depuis plusieurs décennies les infirmières cherchent à montrer que leur travail dépasse leurs seules interventions instrumentales dans l'organisation du travail médical. La loi de 1978 (Journal Officiel de la République Française (JO), 1978) a reconnu aux infirmières non seulement un rôle sur prescription (médicale), mais aussi un « rôle propre », qui concerne « les soins liés aux fonctions d'entretien et de

continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes» (JO, 2004, p. 37087). Le programme de formation menant au diplôme d'État d'infirmier de 1979 stipule que l'infirmière est « au service des personnes en matière de santé » et qu'elle « assume les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades » (JO, 1979). La personne est considérée comme un être unique et les soins doivent prendre en compte les dimensions biologiques, psychologiques, sociologiques, culturelles et spirituelles de la personne. L'attention aux groupes s'inscrit dans une approche communautaire et de santé publique (Acker, 1991). La volonté de désimbriquer le travail de soins du travail médical conduit à mettre en lumière un travail centré sur la personne et non sur la maladie, ce qui suppose un déplacement de l'objet de l'engagement dans le travail de soins et des modalités de réalisation des soins. Le groupe professionnel a effectué une réflexion sur la pratique des soins, élaboré des outils pour définir, guider et évaluer les pratiques (dossier de soins, plans de soins, « diagnostics infirmiers ») et mis en place un mouvement de fixation d'une terminologie des soins (dictionnaire des soins infirmiers). Pour le groupe infirmier, il s'agit de sortir de l'invisibilité une partie du service rendu aux personnes tout au long des soins. Le « travail de confort » constitue une des dimensions de ce travail et participe de ce que l'on pourrait entendre par « prendre soin » de l'autre à l'hôpital.

Une dimension particulière du « prendre soin » : le travail de confort

Pour Strauss, le « travail de confort » est un travail très complexe en raison des multiples origines de l'inconfort qui affecte les patients à l'hôpital, pour des raisons liées à leur maladie autant qu'au travail médical et à l'organisation institutionnelle de celui-ci (Strauss et autres, 1985). À l'inconfort qui résulte de la maladie s'ajoutent des formes d'inconfort liées aux techniques d'investigation, aux déplacements entre services d'hospitalisation et services médico-techniques, à des traitements aux effets secondaires perturbants... Et l'accent mis sur les traitements médicaux entraîne une moindre attention des personnels aux routines de confort. Pour Strauss, si les tâches techniques font l'objet d'un enregistrement, ce n'est pas le cas pour les tâches liées au travail de confort. L'institution ne demande pas aux soignants de rendre compte de ce type de travail, ce qui a pour effet de le fragiliser.

La culture soignante fait du souci du patient et de son confort une dimension fondatrice des soins (Fox, Aiken et Messikomer, 1990). Ce souci, et les actions qu'il entraîne, prend appui sur une histoire des soins, une continuité entre soins « profanes » et soins professionnels (Collière, 1986). Dans le travail quotidien de soins, il s'agit de réconforter, de tranquilliser et d'atténuer l'inconfort et la douleur des patients. Le travail de confort mobilise les sens des soignants aussi bien que ceux du patient. C'est un travail clinique qui s'appuie sur l'observation et l'écoute du malade. Il s'agit de repérer les mouvements douloureux et d'être attentif aux plaintes

de toutes sortes. Le toucher, les massages sont des techniques parmi d'autres pour diminuer l'inconfort, de même que le soutien physique et psychologique des malades. Le souci du confort de la personne conduit à inventer au quotidien, en situation et avec les moyens du bord, des installations favorisant des positions qui soulagent, des petits appareillages qui permettent de boire, de lire, des façons de faire des pansements qui n'entravent pas la mobilité des personnes... Les infirmières et les aides-soignantes s'engagent alors dans un travail de bricolage.

Le travail de confort consiste aussi à travailler sur, et avec, les émotions du patient. Les soignants mobilisent des techniques apprises en formation : relation d'aide, contrôle des émotions et démarches pour conduire le patient à entrer dans les émotions qui conviennent à l'organisation (Loriol et Weller, 2002). Le travail de confort comporte également un travail d'information dont l'objet est de rassurer les patients et leurs familles en leur apportant des explications sur le déroulement du séjour, sur les interventions et les traitements et sur le mode de fonctionnement de l'institution (Acker, 2008). Il s'agit de permettre à la personne de garder une capacité de gestion de sa maladie et aussi d'obtenir sa coopération tout au long de son séjour, afin de pouvoir mener à bien l'ensemble du travail de soins.

Ce travail de confort est en partie régi par ce que D. Cru appelle les « règles de métier », des règles fondatrices mais non dites, que l'on intègre pendant une formation qui s'apparente au compagnonnage (1995).

Prendre soin de l'autre se concrétise dans des actions qui semblent aller de soi, qu'on fait en faisant, mais qui, de ce fait, sont peu discutées collectivement. Le souci du patient est peu visible parce qu'il se déploie selon un processus continu, celui du souci de la situation d'une personne et qu'il se traduit dans des actions imbriquées dans d'autres, de natures différentes (Davies, 1994). La cohérence des actions est liée à cette préoccupation continue, à la compréhension de la situation dans son contexte local et au souhait de répondre aux attentes de la personne malade. La visée du « prendre soin » peut se déployer au cours de l'ensemble du travail de soin et en constituer l'horizon en même temps que le fil conducteur. Cette visée prend forme dans un cadre organisationnel et institutionnel où se rencontrent des approches professionnelles, managériales, des attentes des patients qui façonnent aussi l'objet du travail de soin.

Organisation sociale du travail de santé et de soins : un cadre en reconfiguration

Les réflexions sur les soins infirmiers et la constitution de savoirs et d'outils pour les conduire se sont particulièrement développées après la Seconde Guerre mondiale et jusque dans les années 1980, pendant une période de développement de l'offre de soins et dans un cadre qui faisait du secteur santé un « secteur à part ». Depuis les années 1990, la rationalisation du système de santé et de l'offre de soins

s'accroît et s'inscrit dans le cadre de la gouvernance des secteurs publics et privés, qui tend à faire du secteur de la santé un secteur comme un autre.

Le recentrage de l'hôpital sur sa fonction médicale et technique se poursuit. Il s'agit de restreindre encore plus l'hébergement et la fonction sociale de l'hôpital et de procéder à une restructuration de l'offre de soins dans son ensemble, avec une attention renouvelée aux articulations entre l'hôpital et son environnement. Les itinéraires des patients entre structures s'en trouvent compliqués. La régulation des dépenses hospitalières se traduit par un encadrement resserré avec la tarification à l'activité. On comptabilise des « actes », on ne porte pas attention au travail, aux actions définies en situation, en fonction des besoins des malades. La démarche comptable et les pratiques qui y sont liées modèlent les pratiques organisationnelles et sociales des établissements (Hopwood et Miller, 1994).

Les figures du malade, du patient et de l'usager ainsi que la place et les droits de ceux-ci à l'hôpital et dans la médecine sont en redéfinition. Les relations du malade à la médecine ne sont plus définies par les seuls professionnels de la santé, mais directement par la société (JO, 2002). Le malade a le droit d'être informé et d'être partenaire de la décision de traitement, son point de vue doit être pris en compte par les professionnels. Les malades peuvent être représentés, de façon collective, par des associations.

Toutes ces dimensions ont des effets sur l'organisation des soins et le travail de soins et donc sur les modalités du « prendre soin ».

Réorganisation du travail dans le temps et l'espace et entre acteurs

Le travail de soins à l'hôpital et ses modalités sont aujourd'hui déterminés par un cadre qui articule fortement le formatage des séjours, leur temporalité et la distribution du travail entre des acteurs plus nombreux.

La brièveté accrue des séjours, érigée en modèle, entraîne une reconfiguration des modes de prise en charge à différents niveaux. Les regroupements des patients s'organisent non seulement selon la spécialité médicale ou le type de traitement, mais aussi selon la durée des séjours et des interventions. La gestion des patients s'effectue en flux encore plus tendus, la charge de travail s'intensifie et s'accompagne d'une répétitivité des actions, chaque patient réclamant à peu près au même moment de soins spécialisés largement prédéfinis en fonction des protocoles médicaux.

Cette industrialisation et cette standardisation du travail ont aussi pour conséquence de gommer la variabilité des situations personnelles des patients, de leurs réactions à la maladie et aux traitements. Il s'agit « d'aller vite, d'aller à l'essentiel », et cette contrainte, peu discutée, conduit les infirmières à s'engager dans une sorte « d'héroïsme de la rapidité ».

Compte tenu des dysfonctionnements, des infirmières ont proposé de reporter un certain nombre d'actions en amont et en aval des séjours. C'est le cas d'actions liées au travail d'information par exemple. Ce travail invisible, imbriqué dans des soins techniques et des soins d'hygiène devient un travail en soi, une entité particulière qui bénéficie de plages horaires réservées, qui s'effectue dans un espace particulier, lors de « consultations infirmières ». Il en va de même pour le travail de surveillance des suites des interventions et des effets de certains traitements, qui ne se fait plus en personne, mais au téléphone, le patient étant sorti précocement de l'hôpital. Cette réorganisation donne une visibilité institutionnelle à des types de travail jusque-là occultés et les infirmières apprécient souvent cette forme de travail qui échappe aux interruptions incessantes du travail dans les services de soins.

Cette redistribution de certains types de travail dans le temps et dans l'espace s'accompagne aussi d'une redistribution plus floue entre différents acteurs. Il existait déjà une partition du travail de soins entre les infirmières et les aides-soignantes ; une partition réelle, fluctuante, mais souvent occultée, les aides-soignantes prenant en charge, pour une bonne part, le travail de confort. On assiste aussi aujourd'hui à une redistribution du travail entre infirmières des services de soins et infirmières de « consultation infirmière », lorsque ces dernières sont affectées à ce seul travail. De même, dans des cellules chargées d'organiser la sortie précoce des patients, des infirmières effectuent un travail assuré auparavant par les soignants des services avec l'aide des assistantes sociales. Ce travail suit alors un format général et ne s'inscrit plus dans une conception locale de la façon de prendre soin de la sortie des patients, de leur devenir, en mobilisant des réseaux particuliers de professionnels et de services extérieurs. Une partie du travail de soins est reportée à l'extérieur de l'hôpital, vers les infirmières d'autres établissements de santé ou des services de soin à domicile, ou vers les infirmières libérales, sans compter le travail qui, de fait, revient aux aides à domicile et aux familles.

Dans un contexte de brièveté accrue des séjours et de possibilité limitée de relation avec les patients, l'attention à des problèmes non anticipés, l'engagement dans un travail d'écoute, un travail sur les sentiments et un travail d'accompagnement deviennent plus fluctuants et conduisent les infirmières à renvoyer les patients vers les psychologues, les psychiatres et les réunions prévues pour des malades chroniques. De même, les patients sont orientés vers des bénévoles d'associations spécialisées, supposés être plus à même de répondre à certaines questions des patients, dans la mesure où ils partagent la « même expérience » de la maladie. Cette tendance s'inscrit dans une politique du « proche » qui opère des déplacements dans les modalités d'accompagnement des malades, comme cela se passe dans le secteur social.

Les frontières entre le travail des soignants et celui des patients se redessinent également. Strauss avait déjà montré que le patient était un acteur du travail médical et de soins ; c'est encore plus le cas aujourd'hui. Le patient est mobilisé pour

surveiller l'avancement de certains traitements, pour assurer lui-même sa préparation aux interventions chirurgicales. De leur côté les malades chroniques, les « habitués », qui ne sont plus considérés comme « malades » et sont incités à vivre « le plus normalement possible », exigent la prise en compte de leur agenda personnel dans la planification de leurs soins.

Le travail de soins se segmente donc de plus en plus et les infirmières ne peuvent plus en avoir une vision d'ensemble, ni en évaluer la qualité. La redistribution de certaines actions entre des acteurs plus nombreux conduit à l'élaboration d'outils et de dispositifs destinés à permettre et à soutenir, de façon officielle, la continuité des soins et la coordination des intervenants : fiches de liaison, création de fonctions de médecins, d'infirmières de coordination, rapprochement entre infirmières hospitalières et infirmières libérales pour repenser les protocoles de soin.

Prendre soin : un travail sous tension, une fonction sociale à réinterroger ?

Les reconfigurations en cours du travail de soins font naître un ensemble de tensions qui ne se rapportent pas aux seules conditions de travail, mais ont aussi à voir avec la nature même du travail, avec son objet et les conditions qui en permettent la réalisation.

Comment faire face aux tensions entre un travail de plus en plus segmenté et la mobilisation d'une référence professionnelle forte : l'approche « holiste » de la personne ? Comment s'engager dans une relation avec le patient, condition nécessaire pour pouvoir apporter le soin non seulement prédéfini, mais aussi celui dont la personne a besoin au moment de la rencontre, lorsque cette relation apparaît sans lendemain ? Comment prendre le temps de laisser advenir les questions, de déployer une attention librement flottante aux expressions du malade et de ses proches, dans une posture d'ouverture, tout en effectuant toutes les tâches prescrites, dans les temps institutionnellement impartis ? Comment s'inscrire dans un impératif de rapidité et prendre le « temps qu'il faudra » pour mener à bien un projet d'accompagnement d'une personne, afin de lui permettre de reprendre ses activités sociales après une intervention mutilante ? Concevoir un projet avec le malade suppose l'existence d'une durée, suppose de pouvoir se projeter dans cette durée. Comment, lorsque le temps manque, lorsque les établissements sont sans cesse en restructuration, continuer à offrir une présence et des soins de réconfort à des patients qui ne peuvent plus revenir à l'hôpital, parfois des années après un traitement ? Certains soignants assuraient un rôle de témoins de moments difficiles, fondateurs parfois. Ils étaient les témoins, la mémoire d'une expérience partagée comme l'était la « femme qui aide » d'Yvonne Verdier, témoin des grands passages de la vie et personne assurant le lien entre les individus et la communauté (1979). Souhaitons-nous qu'une telle fonction sociale soit maintenue ? Comment ?

La possibilité de déployer un travail professionnel qui se définit en situation et dans l'interaction avec le malade a partie liée avec la définition même du travail de

soins, réduit ou non à une affaire technique contrôlée largement *ex ante* et avec la mobilisation du cadre temporel de l'horloge.

Selon Philippe Zarifian deux types de temps caractérisent le temps du monde du travail. Le « temps spatialisé », celui des horaires, du calcul de productivité, ne dit rien sur le contenu du travail, sa qualité. Le « temps-devenir », celui de la durée, de la transformation à laquelle le travail contribue – aussi bien celle du destinataire du service que de celui qui produit le service – est un temps qui permet le déploiement de l'initiative humaine (Zarifian, 2003). Dans leurs pratiques quotidiennes, les infirmières ont à articuler plusieurs temporalités : celle, contrainte, des traitements médicaux et de l'institution ; celle, fluctuante, de l'engagement des patients dans l'acceptation de leur maladie et de la gestion qu'elle suppose et celle, variable, de la constitution de l'expertise et de l'engagement des infirmières dans la façon de concevoir leur travail et sa mise en pratique. Le temps du soin, le temps du patient, le temps du soignant, le temps de l'institution s'alignent en fait difficilement (Acker, 2009).

Prendre soin du patient, s'engager dans le travail que cela appelle, ne va pas de soi. Déployer une telle démarche oblige à mettre en balance les priorités de différents types de travail, ce qui demande du temps et une liberté de pensée. S'autoriser à agir suppose non seulement des compétences personnelles, professionnelles, mais aussi l'existence d'un collectif de travail dont les membres partagent une même conception du travail de soins. Constituer et faire vivre un tel collectif demande aussi un travail. Il faut une durée pour dire les soins, s'interroger sur l'objet des soins et s'inscrire dans le « temps devenir ». Dans un contexte de fort encadrement économique, comment continuer à porter attention à cette part fortement invisible, et non comptabilisée, des soins qui fait une place à la personne, qui lie celle-ci à ceux qui en prennent soin, et inversement, pour un bénéfice mutuel ?

Au-delà des discours politiques et institutionnels, la visée de « prendre soin » des patients, des populations, de leur santé, de leur accès aux soins et de leur capacité concrète à préserver leur santé, est-elle partagée par l'ensemble de la société d'aujourd'hui ?

Médiagraphie

- Acker, F. (1991). « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire ». *Sciences Sociales et Santé*, 9(2), p. 123-143.
- Acker, F. (2008). « Infirmières : des pratiques en redéfinition ; une opportunité pour repenser quelques dimensions du soin ? ». *Recherche en soins infirmiers*, 93, p. 61-67.
- Acker, F. (2009). « Le travail de confort. Un travail au fondement des soins, mais un travail parfois empêché, peut-être en péril ». *Pratiques*, 45, p. 63-66.
- Collière, M. F. (1986). « Invisible Care and Invisible Women as Health Care-providers ». *International Journal of Nursing Studies*, 23(2), p. 95-112.

- Cru, D. (1995). *Règles de métier, langues de métier: dimension symbolique au travail et démarche participative de prévention. Le cas du bâtiment et des travaux publics* (Mémoire inédit). L'École Pratique des Hautes Études, Paris.
- Davies, K. (1994). « The Tensions between Process Time and Clock Time in Care Work. The Example of Day Nurseries ». *Time & Society*, 3(3), p. 277-303.
- Fox, R. C., Aiken, L. H. et Messikomer, C. M. (1990). « The Culture of Caring ». *The Milbank Quarterly*, 68(2), p. 226-256.
- Hopwood, A. G. et Miller, P. (1994). *Accounting as Social and Institutional Practice*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Journal Officiel de la République Française (JO). (1978, 1^{er} juin). Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L. 473, L. 475 et L. 476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière et l'article L. 372 de ce code, relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin.
- JO (1979, 14 avril). Décret 79-300 du 12 avril 1979 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages en vue de la préparation du Diplôme d'État d'infirmier.
- JO (2002, 5 mars). Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- JO (2004, 8 août). Décret N° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.
- Loriol, M. et Weller, J.-M. (2002). La prescription des émotions pour les infirmières hospitalières et les volontaires de AIDES, contrôle de soi et juste distance au malade. Dans J.-M. Evesque, A.-M. Gautier, C. Revest, Y. Schwartz et J.-L. Vayssière (dir.), *37^e Congrès de la Société d'ergonomie de langue française: Les évolutions de la prescription* (p. 316-322). [En ligne] [<http://www.ergonomie-self.org/documents/37eme-Aix-en-Provence-2002/loriol.pdf>].
- Strauss, A. et autres (1985). *Social Organization of Medical Work*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Verdier, Y. (1979). *Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*. Paris, Gallimard.
- Zarifian, P. (2003). *À quoi sert le travail?*. Paris, La Dispute.