L'écologie des groupes professionnels

L'exemple idéal-typique du secteur sanitaire

Éliane Rothier Bautzer
Maître de conférences - HDR, Université Paris-Descartes, Sorbonne – Paris-Cité,
Centre de recherche « Médecine, sciences, santé, santé mentale, société » (CERMES3)

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 4, No 2 | pp. 101-113
Reçu le : 15/09/2017 | Accepté le : 20/11/2017

Résumé : Pour comprendre les mutations qui affectent les professions sanitaires en ce début de XXI^{e} siècle, les cadres d'analyse développés au cours du XX^{e} siècle, centrés sur la définition de ce qu'est un professionnel (fonctionnalisme) ou les modes de production des groupes professionnels (interactionnisme) ne suffisent pas. Il manque au cadre dominant de ces recherches, l'analyse du développement des groupes professionnels en tant que reliés au sein d'une écologie. L'article propose d'adresser cette question à partir d'une mise en perspective des résultats d'une recherche menée sur l'écologie sanitaire. Cet exemple est présenté ici comme idéaltype. Centrés sur la maladie au cours du XX^{e} siècle, les groupes professionnels du secteur sanitaire ont été valorisés par les performances curatives obtenues dans un temps de plus en plus court. Elles ont contribué à produire de nouveaux besoins qui articulent traitements et soins dans la durée. Or, l'ensemble des modes relationnels sur lesquels leur écologie repose, ne permet pas d'adresser la question de l'articulation des soins aigus et chroniques, et plus généralement, celle des relations entre santé, maladie et guérison.

Mots-clés : théorie, pratique, sociologie des professions, formation infirmière.

Introduction

À partir d'une perspective sociologique inscrite dans la ligne des travaux d'Andrew Abbott (1988, 2003, 2016), l'article propose des éléments de cadrage pour développer une analyse écologique d'un secteur d'activité donné. Par analyse écologique, j'entends ici, la mise en évidence de la place de la dynamique spatio-temporelle des relations entretenues entre les

groupes concernés [1]. Au sein du secteur sanitaire, la formation infirmière que j'ai étudiée (Rothier Bautzer, 2012, 2013), constitue de ce point de vue un exemple idéal-typique – au sens wébérien du terme – en ce qu'elle s'inscrit dans un territoire défini en France comme auxiliaire à celui du médecin, tout en cherchant au cours du XX^{e} siècle une autonomisation sur la base d'un exercice singulier, de la pratique d'un rôle « propre [2] ». De plus, l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire, tout comme ceux des secteurs social et médico-social, sont porteurs d'une injonction d'autonomisation des personnes qu'ils « prennent en charge ».

Au cours des dernières décennies du XX^{e} siècle, de nouvelles formes de valorisation de l'autonomie individuelle et l'évolution des savoirs et techniques, ont contribué à transformer les modes relationnels, tant chez les personnes souffrantes que chez les soignants. Les pratiques et les postures des professionnels de santé se sont organisées au sein des hôpitaux autour de territoires hiérarchisés et cloisonnés visant un travail curatif fondé sur une approche biomédicale de plus en plus spécialisée. Ils ont été centrés sur la recherche de guérison des maladies. Au début du XXI^{e} siècle, l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire, éducatif, social et médicosocial, doivent « faire faire » ce qu'il faut par la personne prise en charge, et au dernier terme du processus, parvenir, idéalement, à éliminer chez elle toute passivité pour participer à la mise en œuvre d'une injonction d'autonomie qui la responsabilise. Ces activités s'exercent au sein des hôpitaux et institutions qui leur sont reliées (EHPAD par exemple), mais aussi au domicile et dans la relation entre ces différents cadres d'exercices. Ce mouvement transforme l'écologie professionnelle sanitaire qui s'étend à d'autres groupes professionnels et est amenée à intégrer peu à peu le patient comme partie prenante de l'écologie. Les pratiques et postures jusqu'ici sollicitées pour la guérison de la maladie visent également la prévention et le suivi des maladies chroniques complexes. Cette écologie étendue, dont les personnes malades font partie, est centrée sur la santé et non pas seulement sur la lutte contre les maladies. Elle est portée par le modèle social de valorisation de l'autonomie (Ehrenberg, 2010) alors qu'auparavant elle était structurée par le poids des hiérarchies et des asymétries entre ces différents acteurs.

Au début du XXI^{e} siècle, les territoires professionnels de la médecine, de l'éducation et du soin sont appelés à reconfigurer l'ensemble de leurs modes relationnels. Ce faisant, de nouvelles postures et pratiques sont recherchées et requises pour l'expression des dimensions relationnelles de leur travail. Dans ce processus, les métiers de la guérison peuvent de plus en plus difficilement faire l'impasse de l'intégration du prendre soin dans la durée.

1. Selon Abbott (2003), une écologie est un système d'éléments aux interactions multiples et pour la plupart indépendants. « Le mot écologie désigne une structure sociale moins unifiée que ne l'est une machine ou un organisme, mais beaucoup plus solidaire, unifiée, que ne le sont les unités atomiques du libéralisme classique ou de l'interaction quasi probabiliste que l'économie politique a empruntée à la thermodynamique afin de comprendre les variations des marchés. » (Abbott, 2003, p. 43.)

2. Depuis la loi du 31 mai 1978, la profession infirmière française est définie par deux rôles : un rôle sur prescription (médico-délégué) – qui constitue le lien hiérarchique entre l'infirmier et le médecin et repose sur la mise en application des prescriptions médicales et la surveillance des effets secondaires ou complications qui pourraient survenir – et un rôle « propre ». Le décret du 15 mars 1993 précise que, relèvent du rôle propre infirmier les soins infirmiers 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. Ainsi, le rôle propre de l'infirmier est précisé aux articles R 4311-1 à R 4311-5 du code de la santé publique et ne se réfère pas au rôle délégué (par le médecin). Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier doit identifier les besoins de la personne, poser un diagnostic infirmier, formuler des objectifs de soins, mettre en œuvre les actions appropriées et les évaluer. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son domaine de compétence.

Ils sont amenés à envisager la santé. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [3].

Je propose ici un cadre pour analyser cette écologie en mutation en ce début de XXI^e^ siècle (de la maladie / guérison à la relation entre ces termes et la prévention / santé). Je présente dans un premier temps le cadre des approches dominantes dans les recherches sur les groupes du secteur sanitaire. Dans un second temps, en mettant en perspective la recherche que j'ai menée sur l'écologie sanitaire (Rothier Bautzer, 2012, 2013,2016, 2017a, 2017b), je montre l'intérêt de la notion de « sale boulot » pour analyser les transformations des écologies reliées (Abbott, 2003). Ensuite, à partir de la distinction relevée par Freidson (1984) entre professions savantes et consultantes, je montre les limites de modèles de formation et d'organisation qui fondent la légitimité des groupes professionnels sur une relation hiérarchique entre recherche, soin, et enseignement pour adresser la question des transformations des modes relationnels requis par les situations de soin complexes (Ehrenberg, 2005 ; Klein, 2012).

1 Cadre dominant des recherches sur le secteur sanitaire centrées sur un territoire professionnel

Au cours de la deuxième moitié du XX^e^ siècle, l'écologie du secteur sanitaire a fait l'objet de recherches centrées sur les modes de définition ou de « fabrication » de groupes distincts. Les médecins, les infirmières puis les paramédicaux, les patients et associations de patients sont les principaux groupes qui ont été ainsi étudiés.

Dans les années 1960 aux États-Unis, des recherches sociologiques se sont consacrées à l'étude de la profession médicale. Ces travaux ont opposé deux courants concurrents de la sociologie américaine, les fonctionnalistes (Merton *et al.*, 1957) et les interactionnistes (Becker *et al.*, 1961). Les premiers se sont retrouvés autour d'une vision du monde social caractérisé par sa stabilité. Pour eux, une profession est un groupe autonome qui est défini par un noyau central stable auquel les nouveaux membres sont progressivement intégrés, notamment à travers le processus de formation. Il leur inculque normes et valeurs du milieu professionnel. Les analyses se centrent ici sur un groupe donné qui est établi car il représente une fonction notable dans le système social. Dans le secteur sanitaire, la profession médicale est la plus légitime. Elle a constitué un idéaltype (au sens wébérien) pour l'étude des professions.

Les interactionnistes ne partagent pas cette vision déterministe d'un monde social caractérisé par sa stabilité. Pour eux, l'ordre social est instable et contingent car perpétuellement reconstruit par l'ensemble des acteurs. Tout groupe professionnel est le produit de processus d'interactions qui conduisent les membres d'une même activité de travail à s'auto-organiser, à défendre leur autonomie et leur territoire et à se protéger de la concurrence. Le groupe peut comporter des segments [4] distincts mais une profession est

3. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

4. Bûcher et Strauss (1961) utilisent le terme de segments professionnels pour exprimer une diversité de groupements qui émergent au sein d'un même univers professionnel.

caractérisée par un système d'interactions qui lutte efficacement pour protéger son territoire. Pour les deux courants, l'analyse des processus de formation qui transforment un profane en membre d'un groupe professionnel revêt un intérêt tout particulier. C'est sur le terrain de la formation médicale qu'ils ont développé d'abord leurs thèses antagonistes. Les fonctionnalistes ont défini les traits caractéristiques d'une profession. Le type-idéal en combine deux principaux. Il s'agit de la compétence techniquement et scientifiquement fondée et l'acceptation d'un code éthique « commun » (Chapoulie, 1973). Un cursus universitaire transforme des connaissances empiriques acquises par l'expérience en savoirs scientifiques appris de façon académique et évalués de manière formelle. La socialisation professionnelle est intégrée dans une formation universitaire qui permet l'adoption de critères objectivables de réussite. Ils constituent des moyens de diversification des membres du groupe, en fonction de leur réussite.

Les interactionnistes se sont attachés à décrire la formation comme un processus qui « fabrique [5] » un professionnel (Becker *et al.*, 1961). Elle repose sur une dynamique de socialisation à la fois dans le cadre de l'université et sur le terrain d'exercice [6]. Ils montrent que la formation apporte conjointement les connaissances et les techniques de base sur le diagnostic et le traitement des maladies, mais aussi inculquent normes et valeurs professionnelles. L'étudiant apprend progressivement à jouer un rôle professionnel en utilisant les connaissances et techniques à disposition, en construisant des modalités d'accommodations des savoirs théoriques et des pratiques cliniques rencontrés sur le terrain des soins. Les interactionnistes étudient la dynamique de l'ensemble des activités qui mènent – ou pas – à la stabilisation située d'un territoire professionnel.

Sur les modes de segmentation du groupe professionnel médical, Jaisson (2002) a montré que la division du travail médical autour de la mort s'organise en fonction des sexes et des origines sociales des étudiants en médecine. Zolesio (2012) se centre sur la socialisation professionnelle des femmes chirurgiennes. Le numéro de la revue Actes de la Recherche en Sciences sociales (2005) sur la spécialisation en médecine aux XIX^{e} et XX^{e} siècles rassemble des recherches sur les modes de segmentation de l'activité des médecins selon des approches socio-historiques dans l'héritage de l'historien Weisz. La socialisation professionnelle des étudiants en médecine et le rôle structurant de l'examen national classant (ECN) sont explorés dans les recherches coordonnées par Hardy Dubernet et Gadéa, et Hardy Dubernet et Faure, publiées par la DREES [7] au milieu des années 2000 [8].

Dans la lignée des recherches interactionnistes, et notamment de celles conduites par Hugues (1951), Davis (1966) a étudié la formation infirmière en s'attachant à montrer les moments-clés d'acculturation à l'activité, le passage nécessaire des différentes étapes, de l'idéalisation de la fonction à la stabilisation du rôle requis. La formation des professionnels de santé infirmiers ou paramédicaux a été abordée dans une perspective historique ou socio-historique, en France et aussi au Canada où les chercheurs ont allié histoire et sociologie des professions pour décrire comment les paramédicaux ont lutté pour accroître

5. J'emploie ce terme en référence à la tradition interactionniste. Voir le texte de E. Hugues que j'ai traduit (Rothier Bautzer, 2003).

6. Ce processus a été soigneusement analysé par Bourdoncle (2007) pour ce qui concerne la formation des enseignants.

7. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

8. De « faire médecine » à « faire de la médecine », Série études et documents de travail, DREES, n° 53.

leur niveau de reconnaissance notamment par la mise en place de dispositifs de formation universitaires (Prudhomme, 2003 ; Klein, 2012). Anne Piret (2004), Pascale Thouvenin (2005) ont proposé des descriptions ethnographiques de la formation et du travail infirmier. Petitat (1994) analyse, en étudiant les infirmières canadiennes et leurs différents cursus de formation, les tensions entre segments infirmiers de niveaux différents, formées selon des savoirs distincts (professionnels, techniques ou scientifiques), hiérarchisés, qui correspondent à des conceptions différentes de ce qu'est le soin infirmier, centré sur la maladie ou la santé.

Les études de genre et de femmes au États-Unis (*Women's and Gender Studies*) se sont également intéressées aux dilemmes rencontrés par les professionnels paramédicaux en tant que reflétant des injonctions contradictoires faites aux femmes [9] ; occuper des fonctions soignantes dans une société qui ne peut les reconnaître car elle survalorise l'idéal social d'autonomie, négligeant le travail de celles, sur lesquelles, en pratique, cet idéal repose. L'idéal d'autonomie est ici envisagé comme mythe (Reverby, 1987 ; Paperman et Laugier, 2006) car ce qui caractérise, selon elles, notre expérience humaine relève plutôt de situations d'interdépendance. Les recherches des historiennes Diébolt et Foucher (2011) au sujet des influences anglo-américaines sur l'histoire des infirmières professionnelles françaises s'avèrent particulièrement stimulantes pour comprendre l'histoire du corps infirmier dans son caractère genré. Le travail de Daigle (1991) s'inscrit également dans cette ligne d'apports ainsi que les recherches de Cohen (2000) sur les institutions et formations au soin au Canada francophone et anglophone. Arborio (2001), se centrant sur les aides-soignantes, s'intéresse à la socialisation professionnelle et au travail de ce groupe professionnel, auxiliaire des infirmiers. Les formations à cette activité sont les plus courtes des formations paramédicales, les infirmières formatrices en sont responsables et organisent ainsi la délégation du travail de « *nursing* ». Petitat (1994) analyse finement les oscillations des élites infirmières face à ce savoir infirmier de « base » sur lequel elles souhaitent garder le contrôle, difficile à valoriser comme structurant du travail infirmier, tout en le délégant à une autre catégorie de personnes, moins formées.

La formation des professionnels de santé fait également l'objet de recherches dans le domaine appelé « pédagogie médicale ». Il comporte des revues spécialisées où échanges d'expériences et réflexions sur la formation des médecins sont centrées sur des questions pédagogiques d'organisation et de contenus des apprentissages. Ces travaux sur la formation sont partagés et discutés essentiellement en « interne » entre médecins formateurs de médecins. La revue *Academic Medicine* [10] présente l'actualité de la formation aux États-Unis et au Canada. La revue *Pédagogie médicale, revue internationale francophone d'éducation médicale* couvre les questions d'éducation médicale dans le cadre des facultés de médecines francophones. De la même manière, dans les pays qui comportent des formations universitaires pour les infirmiers, des revues et ouvrages spécialisés sont produits par les chercheurs de ces filières sur les dispositifs de formation au soin. Je citerai en exemple ici les publications *Educating Nurses* (Benner *et al.*, 2010) et *Educating*

9. Entre 1999 et 2009, 88 % des infirmiers sont des infirmières. J'emploierai ici tour à tour le masculin et le féminin sans pour autant mettre de côté ce caractère essentiel des professions étudiées : elles ont été et restent majoritairement exercées par des femmes.

10. Vol.85, n° 9, septembre, supplément 2010.

Physicians (Cooke *et al.*, 2010) éditées en miroir sous l'égide de la fondation Carnegie pour l'avancement de l'enseignement.

À partir des années 1960, les recherches en sociologie de la santé vont se tourner et se développer sur un autre acteur-clé du système sanitaire, le patient et les associations de patients (Carricaburu et Ménoret, 2004). Elles s'intéressent à l'expérience du patient, à son travail, aux trajectoires qu'il parcourt dans le système de soin.

On constate que, dans l'ensemble, ces travaux de recherche ont privilégié des approches plutôt centrées sur un groupe d'acteurs particuliers ; les groupes professionnels et leurs segmentations d'une part, les patients et associations de patients d'autre part.

Dans une certaine mesure, l'angle mort de ces travaux repose sur l'étude des dynamiques qui relient ces différents groupes entre eux. Par le concept de trajectoire, Strauss propose d'« embarquer » avec la maladie tout ce (et tous ceux) qui peut être réalisé pour chercher à la « manager » (Strauss *et al.*, 1997). Abbott, à sa suite, propose d'utiliser le terme d'écologies reliées (Abbott, 2003) pour adresser ces dynamiques transverses.

Je propose de les étudier ici en mobilisant deux notions. D'une part, la dynamique de délégation du « sale boulot » (Hugues ; Strauss), d'autre part, la distinction professions consultantes et savantes (Freidson).

2 Le rôle du « sale boulot » dans le modèle écologique des professions

Le cadre de l'analyse écologique des professions invite à considérer comment les groupes professionnels acquièrent et maintiennent la confiance et l'adhésion du public, ce qui est un élément-clé de leur légitimité. Pour Abbott (1988), le savoir ésotérique [11] et la formation contribuent à délimiter des territoires protecteurs. Les professionnels défendent une compétence technique qui leur serait réservée au sein de différentes « arènes ». Ces dernières se situent dans l'espace public, le lieu de travail, l'espace législatif. Mais ils ne peuvent être maintenus qu'en investissant l'« arène du travail » où les acteurs s'inscrivent collectivement dans la division du travail et s'adressent ainsi aux personnes qui ont recours à eux. Freidson (1984) souligne que l'efficacité éprouvée de la pratique professionnelle en elle-même, est un aspect incontournable de la co-production d'une profession établie, reconnue par ceux qui s'adressent à elle. Or, cette efficacité peut être mise en question par une trop forte centration du groupe professionnel, ou de certains de ces segments, sur ses intérêts propres, notamment en matière de recherche de statut toujours plus privilégié, et de gains accrus. Freidson a nuancé plus tard (Freidson, 2001, 2006) ces premières conclusions qui préconisaient davantage de contrôle pour ces professions autonomes qui risquent de s'enfermer dans leur « tour d'ivoire ». En effet, les contraintes organisationnelles qui pèsent sur ces activités ayant évolué au cours du XX^{e} siècle, si la question de l'autonomie professionnelle est pointée dans un premier temps comme source de pouvoir susceptible de nourrir des modes de fonctionnements contraires à l'intérêt de ceux qui consultent en confiance les professionnels établis, Freidson rappelle dans un second temps que la nature des contrôles et contraintes organisationnelles qui affectent progressivement l'autonomie

11. Par savoir ésotérique, on entend ici un savoir difficilement accessible par le profane.

de ces professionnels (notamment à la fin du XX^{e}), peuvent aussi nuire au public par mécompréhension de la nature de l'activité professionnelle elle-même.

Au cours de la seconde moitié du XX^{e} siècle, le traitement efficace a signé la maîtrise du soignant sur la maladie. C'est ce qui définit alors l'efficacité du travail des soignants, nourrit l'adhésion et la confiance du public mais aussi l'enrôlement des soignants dès leur formation, dans un travail hospitalo-centré. Progressivement, ce processus a permis à nombre de personnes de guérir, mais aussi de vivre plus longtemps malades. La stabilité de l'écologie des professions sanitaires centrée sur le curatif est remise en question par les tensions autour des modes relationnels liés à la place croissante de la notion d'autonomie, le développement de la chronicité et le débordement des soins de l'hôpital vers d'autres territoires. (Strauss *et al.*, 1997 ; Rothier Bautzer, 2017a)

Or, les modes relationnels interprofessionnels peuvent être considérablement contrariés par les luttes pour garder le contrôle des activités identifiées comme « tâches nobles » (opposées à tâches déléguées ou « sale boulot [12] »). Dans l'approche interactionniste, ces luttes représentent une clé de la compréhension d'un milieu professionnel. Mon étude des relations professionnelles dans le secteur de la santé a montré que la délégation du « sale boulot » s'opère essentiellement en France en liaison avec le travail d'accompagnement et de collaboration en vue de soigner les personnes malades dans la durée (Rothier Bautzer, 2012, 2013). C'est à la fois par sa nature et par la relation qu'il entretient avec le travail soignant noble et légitime, à savoir le soin des malades en phase aiguë, que le travail de soin des malades chroniques [13], où en phase chronique, relève du « sale boulot ».

Les parcours de formation professionnelle contribuent à produire socialement ce qui sera progressivement assimilé au « sale boulot » tant pour les infirmières que pour les médecins. Pour les premières, la hiérarchie des terrains nobles est progressivement accessible lors de l'avancée en formation, les élèves de troisième et dernière année pouvant se voir confier en stage les tâches les plus techniques. Pour les seconds, c'est en France, l'examen national classant qui instaure les hiérarchies en fonction du degré de technicité des spécialités lié au traitement des phases aiguës des pathologies (Hardy Dubernet et Faure, 2006). Quant à l'organisation hospitalière, elle tend à éviter les personnes malades chroniques surtout lorsqu'elles souffrent de plusieurs pathologies [14] (les « hors-ligne », ou les « gériatriques », par exemple en Angleterre). Dodier et Camus (1997) ont bien montré le travail de « tri » des patients en ce sens au niveau des services d'urgence. Depuis leur étude, il n'a fait que croître sous la pression de la tarification à l'activité (T2A) et des injonctions à l'accroissement des publications des segments médicaux orientés sur la recherche. Comme les carrières se fondent sur l'université de recherche, ceux qui prennent du pouvoir dans les CHU (centres hospitaliers universitaires) sont aussi attachés à nourrir leurs études. Les patients qui ne peuvent relever des protocoles de recherches peinent à trouver, pourrait-on

12. Le « sale boulot » réfère ici à une notion-clé de la sociologie interactionniste. Il s'agit du travail qui est peu reconnu, en rapport avec le profane. Peu valorisé, peu remarqué, ce sont les activités qu'une profession s'attache à déléguer dès qu'elle gagne en espoir de reconnaissance (Hughes, 1951 ; Strauss, 1992).

13. Le terme de malade chronique réfère ici à la définition proposée par Baszanger, dans la ligne des travaux de Strauss. Bien que ces maladies chroniques forment une catégorie d'une très grande hétérogénéité, aujourd'hui mises sur le devant de la scène, on peut les caractériser par leur durée, leur incertitude et par la gestion qu'elles nécessitent et considérer qu'elles dessinent une situation sociale différente de celle qui prévaut pour les maladies aiguës (Baszanger, 1986).

14. J'ai décrit ces processus dans mon livre *Le* care *négligé. Les professionnels de santé face au malade chronique* (2013).

dire, « preneur », ou plus simplement « un lit ». En Angleterre, ce processus est contré en partie par l'injonction portée dans certains hôpitaux pour que les équipes acceptent de prendre des patients hors ligne. Mais, comme le décrit Vassy (1999), certains cadres des services savent s'entendre avec les médecins chefs pour éviter ces personnes malades qui dérangent l'ensemble des objectifs portés et soutenus par l'institution pour des raisons à la fois économiques et de stratégies professionnelles.

Le « sale boulot » est un travail qui dure, qui demande des réajustements et des collaborations interprofessionnelles, qui ne peut se réduire à un travail technique et nécessite de se pencher sur l'analyse de la singularité des cas pour prendre une décision, quitte à la réajuster au fur et à mesure. On est loin d'un travail technique qui permet rapidement de résoudre les problèmes rencontrés et guérir les malades au sein d'une organisation structurée sur un espace hospitalier. D'ailleurs, plus ces derniers vieillissent, plus les maladies chroniques augmentent et moins la guérison apparaît comme un objectif atteignable. On s'approche plutôt dans ces cas d'une chronicité qui produit des handicaps et qui impose ainsi un va et vient entre différents lieux de soin et multiplie les interlocuteurs.

Cette complexité accrue du travail à réaliser s'apparente au mode de raisonnement qui assoit un statut de professionnel établi (Champy, 2009). Mais, dans ces cas, il est difficile d'attribuer la décision à un professionnel, elle est coproduite, qui plus est, avec le patient et sa famille. Le bénéfice en matière de reconnaissance de la complexité de la tâche est donc dilué par la responsabilité collective qu'elle implique. Dès lors, quels avantages relatifs un groupe professionnel pourrait-il tirer de ces situations complexes ? Elles sont difficiles techniquement, humainement et relationnellement. Leurs effets ne sont pas immédiats et durables et les personnes malades requièrent longtemps des soins et ne peuvent aspirer à une quelconque autonomie qu'en relation avec ces soins (Mol, 2009 ; Barrier, 2007). Ces soins requis auprès des personnes malades chroniques demandent sollicitude et soins dispensés de manières négociées, articulées et coordonnées dans la durée. Ils impliquent des personnes provenant d'institutions différentes qui doivent s'entendre pour coopérer (secteur associatif, social, sanitaire, de la rééducation et de la réadaptation et aussi personnels techniques pour la maintenance des machines et enfin, le cas échéant, les pharmaciens pour leurs connaissances des médicaments et des effets conjugués de prises multiples...) et pour prendre soin des personnes malades dans la durée.

Compte tenu de la faible légitimité du secteur pour les acteurs du sanitaire et de ces difficultés multiples, on ne peut s'étonner de la crise de recrutement et de fidélisation [15] des professionnels sur ces terrains à laquelle font référence nombre de rapports produits

15. Notons que la France se situe en dessous de la moyenne de l'OCDE pour le nombre d'infirmiers en activité rapportés à la population. La quasi-totalité des pays de l'UE ont un ratio nettement supérieur à celui de la France. La Norvège, la Belgique ou encore les Pays-Bas ont un ratio double de celui de la France (Rapport Larcher 2007). D'après le document *DHOS 2007 – Observatoire national de l'emploi et des métiers de la FPH. Dossier préparatoire au groupe Métier infirmier* : « Des difficultés importantes de recrutement sont constatées dans des spécialités moins attractives (ex. gérontologie, psychiatrie, service de nuit), dans certaines régions (ex. Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais), dans les établissements les plus petits... Le métier d'infirmière dont l'ouverture est régulée par des quotas dépend fortement de la capacité à attirer en nombre suffisant des jeunes vers des filières de formation. Il existe d'ores et déjà des difficultés à remplir les quotas ouverts dans les écoles d'infirmières, ou de maintenir en formation des personnes qui n'ont pas pris la mesure des exigences du métier avant d'entrer en formation. » De plus, le document observe que « la déperdition des étudiants en cours de formation est de 20 % en moyenne au niveau national, mais peut atteindre 29 % (Nord-Pas-de-Calais) ; en fait en élargissant ces dernières années leur base de recrutement, les écoles ont été confrontées à plus d'abandon en cours de cursus ».

à la demande des pouvoirs publics[16]. L'une des questions-clés concerne les modalités d'organisation de ces soins qui échappent d'autant plus aux systèmes hiérarchiques de l'institution hospitalière qu'ils incluent les patients dans l'écologie.

L'écologie sanitaire traite le débordement des soins de l'hôpital vers d'autres territoires comme un processus élargi de délégation de « sale boulot », négligeant du même coup la relation entre maladie, guérison et santé, prévention.

3 La singularité des professions consultantes au service d'autrui

La construction des territoires et la définition de la nature du « sale boulot » se construisent collectivement lors de la socialisation professionnelle pendant la formation alternée. Freidson (1984) distingue les professions savantes (qui produisent des recherches) et les professions consultantes (au service d'autrui). Dans le secteur sanitaire, le modèle de légitimation des professions savantes a progressivement dominé pour les professions consultantes que sont les professions de soin centrée sur la guérison.

Or, Freidson a montré qu'un rapprochement trop étroit entre professions consultantes et professions savantes peut contribuer à fragiliser l'expertise consultante qui s'en trouve réduite, dès la formation, à l'application des connaissances produites par des savants, en dehors de la mise en relation réfléchie de ces savoirs avec l'ensemble des contextes relationnels où le travail consultant s'exerce. Le cadre de l'idée moderne de technique comme « science appliquée » tend à réduire la pratique à l'application du savoir scientifique. Cette conception a considérablement marqué les mouvements de professionnalisation[17] du début du XX^{e} siècle. Bourdoncle et Lessard (2003) ont rappelé les conceptions qui les sous-tendent. J'ai schématisé cette synthèse dans le tableau suivant, tout en contribuant à en préciser certains éléments.

Au XX^{e} siècle, les mouvements de professionnalisation des médecins prennent pour modèle l'université de recherche[18] mais forment aussi des consultants (non uniquement des savants) et entretiennent donc des liens avec l'université de service (notamment par les stages dits pratiques). La réforme Debré en 1958 a conduit à l'adoption du modèle américain lié à la réforme Flexner, lui-même marqué par le modèle des universités allemandes. Ce modèle place la recherche scientifique fondamentale au cœur de l'identité savante médicale. Cependant, en renforçant la recherche scientifique biomédicale chez les médecins, il a conduit à l'hyperspécialisation d'une médecine centrée sur le traitement des pathologies ciblées. Cette forme d'expertise savante requise a contribué à produire une hiérarchisation entre recherche, enseignement et soin et entre types de soin (soin centré sur l'aigu et le chronique, soin hospitalier et extra hospitalier, soin préventif et éducatif et soin aigu, soin centré sur la pathologie et soin centré sur la personne malade).

16. Sur la formation, la réorganisation des soins et la révision de l'écologie professionnelle sanitaire, voir les rapports suivants : Thuillez (2006), *Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD*, CPU (« Conférence des présidents d'Universités », 2007) ; rapport *La place de l'Université dans l'hôpital* (Couanau, 2003) ; *L'organisation interne de l'hôpital*, Assemblée nationale, rapport n° 714, Paris, Debouzie (2003) ; *Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé*, juillet ; Berland (2003), *Rapport commission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »* (premier rapport d'étape).

17. Sur les liens entre professionnalisation / universitarisation, voir Agulhon *et al.* (2012). Sur les processus de professionnalisation en lien avec les transformations du travail, voir Wittorski (2007, 2008).

18. Voir les rapports précédemment cités.

Tableau 1

Formes de savoirs	**Savoirs théoriques généraux** **Savoir « désintéressé »** **Savoir scientifique**		**Savoirs au service du progrès social, ou « savoirs utiles »**
Types d'universités	**Université libérale**	**Université de recherche**	**Université de service**
Formes de légitimations	Légitimation par la non spécialisation et la « fin en soi »	Légitimation par le savoir « pur », la recherche de la vérité.	*Inventors* / Professionnel / *Negotium*
Auteurs-clés	Défendue par J.H. Newman (1852)	En Allemagne, Von Humboldt au XIX^{e} siècle et Jaspers au XX^{e}. *Graduates schools* disciplinaires nord-américaines	Whitehead (1929). La culture générale et la science au service de l'action. Lien vérité et efficacité sociale (Dewey)
Finalités	Tradition universitaire médiévale enracinée dans la culture gréco-romaine. Forte dichotomie entre le travail intellectuel et manuel, savoirs théoriques et pratiques artisanales, entre *Scholè* (le loisir) et *Negotium* (activité entreprise contre rémunération)	Chercher la vérité par la science. Le but de l'enseignement universitaire est d'initier à la recherche. En initiant, l'enseignant développe sa réflexion.	L'université doit permettre d'assurer la rencontre entre trois types d'acteurs : les *scholars* (arts, lettres et philosophie), les *discoverers* (font avancer le savoir scientifique par vérités générales) et les *inventors* (appliquent les savoirs pour répondre aux besoins du monde actuel). Le progrès est le fruit de ces activités progressistes
Conceptions de la formation	Formation pluridisciplinaire et de portée générale (vue d'ensemble du sujet traité en rapport avec les autres branches du savoir). Dispositions scolastiques requises	Seul le chercheur peut vraiment enseigner. Le meilleur enseignant est ici le meilleur chercheur. (Séminaire)	Toute formation est acquisition de l'art d'utiliser les connaissances. Dégager les principes généraux sous-jacents à l'activité professionnelle et étudier leur application à des cas concrets. La formation professionnelle implique une formation intellectuelle au niveau des principes généraux
Liens avec la formation professionnelle	*Antinomie* Tournure d'esprit philosophique : aisance, équité, calme, modération, sagesse. Orientations élitistes et aristocratiques anglaises du XIX^{e} siècle. Antinomie entre éducation libérale et formation professionnelle. La formation professionnelle est mauvaise car elle soumet l'homme à la logique utilitaire du travail et à la spécialisation. USA collège *Liberal Arts* préalable à certaines formations professionnelles	*Application (savant guide le consultant)* Modèle du savant, de la production de connaissances fondamentales. Si la profession est consultante et cherche une légitimation sur ce modèle, la pratique consultante est envisagée comme relevant de l'application des savoirs scientifiques. C'est le cadre de la science dite « appliquée »	*Jonction* On apprend à penser comme (un médecin, un ingénieur un enseignant…). L'école professionnelle universitaire est le lieu de jonction entre savoirs généraux, produits par la science et la philosophie et les exigences d'une pratique professionnelle. On note une forte interaction entre une formation intellectuelle s'appuyant sur la base de connaissances explicites en développement et une formation pratique en contexte aux risques calculés
Liens avec les formes d'activités professionnelles (maladie/santé)	Aucun	Autonomie indépendance du clinicien (les cas sont singuliers). Organisation hiérarchique et fortes asymétries	Négociations au centre des activités. Pas de savoir scientifique ou protocole « appliqués ». Activité professionnelle inclut les patients/acteurs
Liens avec les professions sanitaires	Aucun	Modèle centré maladie/curatif/aigü/guérison	Modèle centré santé. Prévention/traitement/accompagnement

Source : Tableau réalisé à partir de Bourdoncle et Claude Lessard (2003).

Ce processus entraîne plusieurs tensions entre expertises savante et consultante. Cette dernière tend à être délaissée par les segments les plus privilégiés, surtout lorsqu'il s'agit de maladies chroniques complexes. Les conditions de formation des étudiants, notamment leur encadrement lors des stages s'en ressentent et affectent donc les médecins comme les infirmières qui sont confrontés ensemble aux patients relevant de soins aigus et chroniques et à la relation entre santé, maladie et guérison (Auslender, 2017). Progressivement, ces groupes professionnels sont segmentés selon une logique qui éloigne des soins chroniques les plus privilégiés d'entre eux. La surévaluation du traitement des maladies dans un temps court par ces derniers, l'attribution de davantage de reconnaissance sociale à ceux qui s'adonnent aux tâches les plus techniques et l'absence de reconnaissance du travail relationnel réalisé auprès des patients mais aussi entre professionnels, sont autant de processus qui détournent les meilleurs élèves, les mieux formés, de l'accompagnement complexe des personnes dans la durée, voire, finalement, des situations de soins d'une manière générale (Rothier Bautzer, 2013, 2017a). La dynamique interne à l'hyperspécialisation des savoirs a contribué à éloigner les soignants centrés sur les soins aigus des praticiens traitant de problèmes plus globaux mais aussi de la somme de plusieurs formes de problèmes rencontrés par la personne malade. L'université de recherche et le paradigme de la science appliquée sont des éléments qui ont contribué à asseoir symboliquement la légitimité du groupe professionnel des médecins, et, en relation, la construction de celui des infirmiers. Mais ce processus conforte et renforce la valorisation des soins pour lesquels un traitement curatif est possible, ou, à défaut, fait l'objet de recherche.

C'est ainsi que les fondements des modes de formation et de légitimation scientifique de la profession médicale dans la seconde moitié du XX^{e} siècle conduisent à négliger ce qui ne peut être guéri, ce qui paraît impossible à résoudre (soins chroniques complexes) à plus ou moins brève échéance. Cette dynamique révèle une autre facette explicative de ce que nous avions décrit ci-dessus. Le type de savoirs privilégiés nourrit l'avancée des soins hyperspécialisés efficaces et curatifs tout en contribuant à produire une forme d'impuissance soignante pour tout ce qui leur échappe. La délégation qui s'en suit dans l'arène du public place les segments les moins privilégiés et les plus fragiles des professions sanitaires sur le territoire élargi du suivi des patients chroniques, où ils entrent en relation avec d'autres groupes (secteurs éducatifs, social et médico-social, associations, secteur privé, industrie, objets connectés, aide à domicile, etc.).

Conclusion

La délégation du sale boulot soignant en relation avec les soins chroniques complexes d'une part, l'assimilation entre professions savantes et consultantes qui ne résiste pas au terrain des soins complexes d'autre part, fragilisent les modes relationnels entre soignants et les personnes qui se tournent vers eux. On constate que la définition même du soin et de l'écologie sanitaire est trop étroite pour contenir l'ensemble des besoins et activités de soins requis au XXI^{e} siècle. Le soin échappe progressivement au secteur sanitaire qui stabilise son territoire autour d'une définition restrictive d'un soin valorisé centré sur le traitement hospitalier des maladies dans leur phase aigüe. Le « sale boulot » délégué, le soin chronique complexe, tend à devenir un nouveau territoire particulièrement étendu. Dans quelle mesure d'autres groupes d'acteurs seraient-ils en position de s'affirmer comme profession(s), stabilisant, un temps, leur(s) territoire(s) autour du soin comme accompa-

gnement dans la durée centré non pas sur la maladie mais sur la relation entre maladie et santé ?

Références bibliographiques

Abbott, A. (1988). *The system of professions : an essay of the division of expert labour*. Chicago, University of Chicago Press.

Abbott, A. (2003). « Ecologies liées » dans Menger P.M. (dir.) *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. Paris : MSH.

Abbott, A. (2016). « Les choses des frontières » In D. Demazière et M. Jouvenet (dir.), *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago* (p.119-144). Paris : Éditions de l'EHESS.

Agulhon C. Convert B. Jakubowski S. Gugenheim, F. (2012). *La professionnalisation : Pour une université « utile » ?* Paris : L'Harmattan.

Auslender, V. (2017), *Omerta à l'hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*. Michalon.

Baszanger, I. (1981). Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes In *Revue française de sociologie*, 22(2), 223-245.

Becker H. Geer B. Hugues E. Strauss., A. (1961). *Boys in White : Student Culture in Medical School*. Chicago : University of Chicago Press.

Benner, P., et Sutphen, M., et Leonard V. et Day, l. et Shulman Lee, S. (2010), *Educating Nurses : A Call for Radical Transformation*. The Carnegie Foundation for the advancement of teaching.

Bourdoncle, R. (2007). « Universitarisation » In *Recherche et formation*, 54,135-149.

Carricaburu D. Ménoret, M. (2004). *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin.

Chapoulie, J.M. (1973). Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels, in *Revue Française de Sociologie*, 16, 86-114.

Bûcher R. Strauss, A. 1961, « Professions in Process », *American Journal of Sociology*, 66(4), 325-334.

Cohen, D. (2000). *Profession infirmière, Une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*. Les Presses de l'Université de Montréal.

Cooke M. Irby David M. O'brien B. C. Shulman Lee, S. (2010). *Educating Physicians : A Call for Reform of Medical School and Residency*, The Carnegie Foundation for the advancement of teaching.

Davis, F. (1966). *The nursing profession : five sociological essays*. New York : Wiley.

Demazière D. Jouvenet, M. (dir.). (2016). *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago. Volume 1*. Paris : EHESS. coll. « En temps et lieux ».

Diebolt E. et Fouché, N. (2011). *Devenir infirmière en France, une histoire atlantique* ? (1854-1938). Publibook, Sciences humaines et sociales, histoire contemporaine.

Ehrenberg, A. (2005). « Agir de soi-même ». *Esprit*, 200-209.

Ehrenberg, A. (2010). *La Société du malaise*. Paris. Éditions Odile Jacob.

Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.

Freidson, E. (2001). *Professional powers and professionalism : The third logic*. Chicago : University of Chicago Press.

Freidson, E. (2006). *« A propos des professions », Knowledge, Work & Society / Savoir, travail et société*, 4(2), 53-62.

Faure, O. (1994). *Histoire sociale de la médecine (XVIII^{e}-XX^{e} siècles)*. Paris : Anthropos.

Hardy Dubernet A-C. et Gadéa, C. (Dir.) (2005). De « faire médecine » à « faire de la médecine », *Série études et Documents de travail*. DREES, 53.

Hardy Dubernet, A-C. et Faure, O (2006). Le choix d'une vie... Etude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales, DREES, *Série études*, 66.

Hudson, Robert, P. (1972). Abraham Flexner in perspective : American Medical Éducation 1865-1910. *Bull Hist Med.*, 46(6), 545-61.

Hughes, E.C. (1951). Studying the Nurses'work. *American Journal of Nursing*, 51.

Jaisson, M. (2002). « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3(143), 31-35.

Klein, A. (2012). « Contribution à l'histoire du « patient » contemporain. L'autonomie en santé : du *self-care* au *biohacking* », *Histoire, médecine et santé*, 1,115-128.

Lessard, C. et Bourdoncle, R. (2002). « Qu'est-ce qu'une formation professionnelle Universitaire ? Conceptions de l'université et formation professionnelle ». *Revue française de Pédagogie*, 139,131-154.

Lessard, C. Bourdoncle, R. (2003). Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? 2. Les caractéristiques spécifiques : programmes, modalités et méthodes de formation. *Revue Française de Pédagogie,* 142,131-181.

Laugier, S., Paperman, P. (2006). *Éthique et politique du Care*. Paris : EHESS Collection « Raisons pratiques ».

Ludmerer, K. M. (1999). *Time to Heal*, *American Medical Éducation from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*. Oxford University Press.

Ménoret, M. (2003). L'apprentissage du métier de médecin à l'âge d'or de la sociologie médicale : The Student Physician et Boys in White. *Les Sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, 2, 71-90.

Merton, Robert K., Reader, Georges G., Kendall, P. (1957). *The student-physician : Introductory studies in the sociology of medical education*, Cambridge : Harvard University Press.

Petitat, A. (1994). La profession infirmière : un siècle de mutations In Aïch P. et Fassin D. (Dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (p. 227-259). Paris : Anthropos / Economica.

Piret, A. (2004). *Description et analyse des processus de socialisation corporelle en contexte de formation professionnelle : le cas de la formation en soins infirmiers*. Thèse de Doctorat non publiée. Université de Namur.

Prudhomme, J. (2003). *« La formation universitaire et l'établissement d'une nouvelle profession, l'orthophonie, audiologie à l'Université de Montréal,1956-1976* », 3,56 *RAF*.

Reverby, S. (1987). *Ordered to Care : the dilemma of American nursing*. New York : Cambridge University Press.

Reynaud, J. D., et Touraine, A. (1956). « Deux notes à propos d'une enquête sur les étudiants en médecine », *Cahiers internationaux de sociologie*, *20*,124-148.

Rothier Bautzer, É. (2003). La fabrication d'un médecin [trad. de Everett C. Hugues, The Making of a Physician, Human Organization (1956)] in *Formation des soignants*, *Les sciences de l'éducation*, 2, 57-70.

Rothier Bautzer, É. (2012). *Entre Cure et Care, Les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Éditions Lamarre. Wolters Kluwer.

Rothier Bautzer, É. (2013). *Le Care négligé. Les professions de santé face au malade chronique*. Bruxelles : Éditions De Boeck.

Rothier Bautzer, É. (2014). Care et profession infirmière dans *dossier thématique Care et professions de santé. Rubrique autour des mots. Revue Recherche et Formation,* 76, 93-106.

Rothier Bautzer, É. (2016). Une approche sociologique du soin comme travail relationnel in Journal International de Bioéthique (JIB) dossier *« innovations pédagogiques et éthique en santé* », 1(27), 41-59.

Rothier Bautzer, É. (2017a). Guérir une maladie ou « prendre soin » d'une personne ? in *Phronesis*, 3(6), 14-23.

Rothier Bautzer, É. (2017b). *Sante (éducation),* in Dictionnaire de l'Éducation, A. van Zanten (dir.). Paris : Presses universitaires de France.

Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine : The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry.* Basic Books.

Strauss A. Fagerhaugh S. Suczek B. Wiener, C. 1997, *Social Organization of Medical Work*. Library of Congress.

Thouvenin, P. (2005). Ethnographie de la formation des infirmières françaises. *Regards sociologiques,* 29, 35-53.

Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan.

Wittorski, R. (2008). La professionnalisation : note de synthèse, Revue Savoirs, 17, 11-39.

Zolesio, E. (2012). *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'hommes*. Rennes : PUR.