



**HAL**  
open science

# Ce que les difficultés, les attentes et les revendications des étudiant.e.s en soins infirmiers et des infirmier.ère.s nous disent des logiques sociales et politiques

Eliane Rothier Bautzer

## ► To cite this version:

Eliane Rothier Bautzer. Ce que les difficultés, les attentes et les revendications des étudiant.e.s en soins infirmiers et des infirmier.ère.s nous disent des logiques sociales et politiques. Par-dessus les épaules des stagiaires. Regards sur la profession infirmière et les enjeux sociétaux révélés par une crise sanitaire, Laboratoire d'Anthropologie Prospective de l'UCL Louvain, Feb 2023, Louvain-la-Neuve, Belgique. hal-04254623

**HAL Id: hal-04254623**

**<https://cnrs.hal.science/hal-04254623>**

Submitted on 23 Oct 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**PAR-DESSUS LES ÉPAULES DES STAGIAIRES**  
**Regards sur la profession infirmière et les enjeux sociétaux révélés par une crise sanitaire**

Conférence invitée, **Colloque international multidisciplinaire organisé par le Laboratoire d'Anthropologie Prospective de l'UCL Louvain, Par-dessus les épaules des stagiaires, Regards sur la profession infirmière et les enjeux sociétaux révélés par la crise sanitaire.** 9 et 10 février 2022. Conférence de clôture du colloque avec Paola Galbany Estraguès et Joan Tronto.

**INTERVENTIONS**

**Eiane Rothier Bautzer**

**Première intervention**

▪ **Regards croisés**

**« Ce que les difficultés, les attentes et les revendications des étudiant.e.s en soins infirmiers et des infirmier.ère.s nous disent des logiques sociales et politiques »**

Cette intervention se propose de croiser mes propres recherches autour de la formation infirmière avec le remarquable travail d'enquête et le livre blanc intitulé « Par-dessus les épaules des stagiaires : La profession infirmière » réalisé par Christine Grard, Channel Baquet et Lynca Erica Mugisha.

Les arguments que je développe ici s'appuient sur mes recherches sur le travail et la formation des infirmier.ère.s au sein de « l'écologie des professions soignantes » (Rothier Bautzer, 2012, 2013,2018).

Je me suis donc intéressée à mettre en perspective les propos tenus par les soignant(e)s d'hier et d'aujourd'hui en insistant notamment sur la place croissante de la réflexivité et de l'expression de soi dans la manière dont les soignants parlent d'eux et de leur travail aujourd'hui. Ce faisant, j'observe qu'ils s'inscrivent dans un processus plus large de mutation de nos manières d'être au monde et de faire société dont les années 1970 ont constitué les prémisses. Ma présentation s'intègre dans une mise en perspective plus large, telle que développée notamment par Georges Vigarello (2014, 2017) et Alain Ehrenberg (1998,2010). Cette perspective consiste à mieux comprendre comment des processus sociaux deviennent des enjeux entre patients et professionnels, à une époque donnée, et s'inscrivent dans le cadre de controverses plus larges (l'expression du mal être au travail, les démissions ou changement d'activité, les situations de souffrance, de harcèlement, les formes d'abandon, de solitude auxquelles les stagiaires peuvent être confronté(e)s notamment lors des stages).

Dans un premier temps, je rappelle quelques interrogations qui me paraissent structurantes d'une mise en perspective de modèles de formation.

Ainsi, évoquant le principe d'une formation dite « alternée », j'interroge tout d'abord la forme que revêt la formation sur le terrain, la nécessité de préciser quels sont précisément ces terrains de stage, la manière dont ils sont qualifiés, encadrés, évalués. Leur articulation avec l'organisation globale de la formation et la répartition des différents apports et enseignements

proposés aux étudiants me paraissent également constituer des points particulièrement importants. J'ai pu montrer dans mon travail (2017,2018,2019) les limites considérables du modèle de la « science appliquée » pour penser et organiser une formation en alternance. La place des enseignants, des formateurs, des tuteurs est structurante et doit faire l'objet de fiches de postes précises.

Je rappelle aussi que, d'une manière générale, pédagogie et éducation, restent souvent les parents pauvres d'une réflexion sur un parcours d'enseignement dont la dimension académique (science « appliquée ») semblerait se suffire à elle-même.

Lorsque la formation infirmière s'est progressivement professionnalisée en France à partir du début du XXème siècle, les infirmières expertes en soin et reconnues par le terrain hospitalier comme telles, formaient les étudiantes en montrant les gestes techniques le matin à l'école d'infirmière. Ensuite, l'après-midi, elle produisait ces gestes sur les patients à l'hôpital. Cet apprentissage par l'imitation de figures modèles dominait dans la formation des soignantes.

Soulignons que les étudiantes n'apprenaient pas que des gestes techniques mais aussi, sur le terrain, elles se familiarisaient avec une manière d'être infirmière, de se relier aux autres collègues, aux surveillantes et aux patients.

Peu à peu, en France, des infirmières cadres ont enseigné en Institut de Formation en Sciences Infirmières. Ces cadres avaient eu auparavant des expériences sur le terrain des soins mais ne pratiquaient plus de soins une fois qu'elles occupaient un poste de formatrice. D'un côté, les cadres gérait des équipes sur le terrain des soins, de l'autre, les cadre se dédiaient à la formation. Ce dispositif a engendré un certain nombre de tensions autour du travail infirmier, tirailé entre les rôles induits par l'organisation hospitalière et les rôles soutenus par les formateurs en IFSI, les deux rôles correspondant d'autant moins que les logiques managériales et pédagogiques s'éloignaient.

Sur le terrain des soins, les étudiant(e)s étaient alors encadrés en principe par un(e) infirmier(ère) tuteur(trice) sous la responsabilité du cadre de santé. Dans les faits, ce rôle de tuteur(trice) étant rarement clairement attribué, des dérives ont pu conduire à des encadrements variés et de qualité hétérogène selon les services et les personnes qui occupent ces fonctions auprès des étudiant(e)s.

Plus le travail se déroule à flux tendus sur les structures hospitalières (Belorgey, 2010) où se déroulent l'essentiel des stages, plus le « terrain » revêt davantage le visage d'un lieu d'exercice professionnel que d'un lieu de formation d'étudiants.

### **L'expression des ressentis lors des stages**

Les entretiens que j'ai menés auprès de soignant(e)s de générations différentes montrent une montée en puissance de l'expression des ressentis des stages par les étudiants(e)s.

Les expériences parfois violentes vécues sur les terrains de stage au sein d'un univers hospitalier très hiérarchisé, pouvaient faire l'objet d'un récit auprès d'un cadre formateur ou surveillant. Jusqu'aux années 1990 au moins, le conseil donné aux rares étudiants qui s'« épanchaient », était de se ressaisir, en précisant que, ce qui ne les avait « à l'évidence pas tué, leur avait appris à s'élever »...

Peu de réflexivité ou d'expression de soi étaient donc de mise jusqu'à la première décennie des années 2000.

Il convient de rappeler ici qu'une discipline stricte prévalait sur le terrain et en IFSI. Il s'agissait de réaliser au mieux des actes difficiles, sans « broncher », dans une attitude de soumission à la hiérarchie. Des soignantes que j'ai rencontrées ont souligné la forme d'aliénation dans laquelle elles se trouvaient confinées, leur désir de faire au mieux, leurs ajustements face au sentiment de réciprocité et d'empathie ressentie devant les patients, surtout ceux dont l'âge était proche du leur.

Conjointement, on assiste, entre les années 1970 et la fin du XXème siècle à de profondes mutations des techniques et matériaux de soins qui affectent le travail infirmier. Cette période est caractérisée par la montée en puissance des performances curatives, ce qui a de fortes répercussions sur les équipes soignantes. Le travail produit peu à peu une efficacité qui est sans commune mesure avec ce qui préexistait. Les techniques d'imagerie et d'explorations participent pleinement à ces reconfigurations des activités soignantes.

Peu à peu, les relations entre acteurs se transforment également. On observe des changements progressifs où la place des revendications d'autonomie croît chez les personnels soignants, le rapport à la discipline se transforme aussi. C'est l'émergence de formes d'expression de soi, d'abord timides (qui conduisent entre autres aux grèves infirmières des années 1988 en France), qui vont en s'affirmant progressivement à mesure que le XXème siècle avance.

On observe que, ce qui était en quelque sorte « encaissé » et tu hier, fait l'objet de refus, de discussions, d'expressions aujourd'hui. Ce phénomène n'a fait que croître à mesure que les équipes, pour des raisons organisationnelles, se fragilisaient également. Auparavant, si les soignantes se décrivaient comme aliénées, maltraitées, elles expliquaient aussi la force de certaines équipes soudées qui les ont longtemps portées dans un univers professionnel difficile.

Aujourd'hui, les équipes sont fragilisées et le support qu'elles avaient pu fournir s'est donc étiolé. Reste des modes relationnels ressentis désormais comme inadmissibles et insupportables par beaucoup de stagiaires (comme en témoigne l'ouvrage de Valérie Auslender, *Omerta à l'Hôpital* (2017)).

Ainsi, cette expression de mal être chez les étudiant(e)s et désormais les professionnels, témoigne d'une crise organisationnelle et morale sur les terrains hospitaliers qui s'inscrit dans un long parcours de transformations des modes relationnels au sein de la société, transformations qui ne sont plus du tout en phase avec le style de relations qui dominait dans cet univers très hiérarchisé que représente l'hôpital.

Notons que peu de stages se déroulent encore hors de l'hôpital alors que l'essentiel de l'exercice y est de plus en plus requis.

En effet, la formation, marquée par cette montée en puissance des performances soignantes au cours du XXème siècle, a contribué à la valorisation du travail centré sur le *cure, un travail technique*, qui produit une certaine maîtrise des phénomènes délétères dans un temps court.

L'enjeu actuel me paraît reposer sur le développement conjoint des soins dans la durée qui sont requis mais peu valorisés, en partie car ils n'apportent qu'une maîtrise relative des phénomènes mais aussi car ils impliquent davantage le soignant dans sa relation aux patients dans la durée.

Ces formes hétérogènes de soins qui articulent prises en charge hospitalières et extra hospitalières, complexifient les relations en multipliant les acteurs impliqués. De plus ces acteurs proviennent des secteurs social, sanitaire et médico-social dans un système hiérarchique entre secteurs, hérité du XXème siècle, et qui n'est pas sans freiner certaines velléités de collaborations pourtant nécessaires (Rothier Bautzer, 2014,2022).

Les soins requis sont aujourd'hui pluriprofessionnels, ils s'inscrivent dans la durée et impliquent le patient actif. Les désaffections des soignants mais aussi des acteurs des secteurs précités s'inscrivent dans ces tensions, en partie produites par l'histoire de ces professions, mais aussi par des modes organisationnels et des modèles de formation qui peinent aussi à se transformer.

Je termine ce bref parcours visant à croiser nos regards par une invitation à réfléchir à l'écologie des formations et du travail (Abbott, 1988, 1993, 2003, Rothier Bautzer, 2020). Ainsi, je propose un petit détour par la formation médicale à partir du podcast France Culture « La fabrique des médecins » <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-la-fabrique-des-medecins-auscultation-d-une-pratique-d-hier-a-aujourd-hui>.

Le premier épisode 1/4, intitulé « Apprendre à entrer en 1ere année : comment se préparer à la guerre », souligne que, dès la première année de concours, il s'agit de pousser les jeunes à « faire corps » pour passer de « l'autre côté du miroir », c'est-à-dire, faire partie d'un groupe envisagé comme bien défini, distinct des autres. Le concours représente une étape de l'entrée dans le territoire professionnel. Il permet aussi, par sa forme, de mieux comprendre et cerner ce que veut dire un territoire.

Le second épisode 2/4, nommé « 1ers apprentissages : Du mannequin haute-fidélité au patient simulé », invite à réfléchir à la formation du professionnel consultant (tourné vers la résolution de problème d'autrui). Il s'agit de s'acculturer à des modes de raisonnement professionnels et à des formes de relation interpersonnelles au sein d'un même groupe professionnel. Les outils et aides techniques, le matériel utilisé, sa préparation, l'organisation du travail pour gérer les situations, sont autant d'apprentissages qui forment à la fois aux aspects techniques de la profession mais aussi contribuent à former aux relations avec les collègues de travail. Ce détour réflexif avec l'analyse après simulation permet de faire réfléchir l'étudiant(e) sur son comportement, ses émotions impliquées dans son travail.

L'épisode 3/4 « Apprendre de soi et de ses pairs sur le terrain », permet d'aborder la place de l'enseignement en stage sur le terrain d'exercice de la profession. Les relations entre professions font l'objet d'un apprentissage pratique, tout autant que la confrontation directe aux usagers. Les futurs professionnels apprennent à regarder et agir « comme un professionnel ». Ils vivent des situations de compagnonnage limitées par les contraintes vécues par les professionnels encadrants sur le terrain. La disponibilité des acteurs de terrain pour accompagner et former apparaît essentielle ainsi que la nature et la forme de leurs propos, le degré de mobilisation des stagiaires également (nécessité d'examiner les malades pour acquérir un sens clinique par l'expérience).

L'épisode 4/4, « Après le serment quelles perspectives L'élitisme corporatiste implique une solidarité et une exclusivité sans faille envers le groupe d'appartenance » rappelle la violence coercitive exercée envers les étudiants et la difficulté pour eux à exprimer leur mal être ou

malaise face à des pratiques relationnelles qui sont encore très prégnantes dans le milieu soignant.

Ceci me permet de rappeler qu'un territoire professionnel défend ses pratiques et a tendance à les faire perdurer. Ceux qui souffrent sur ce territoire sont peu aidés, reconnus. Un territoire professionnel fort aussi tient par la cohérence défendue du groupe, ce qui se fait parfois au détriment des étudiant(e)s ou de certains sous-groupes professionnels (d'où la nécessité de travailler sur une écologie professionnelle et des segments professionnels et non une seule profession). Ce sont les relations entre acteurs que nous cherchons à comprendre, non un groupe d'acteurs en particulier. Au sein d'une écologie, la fierté « d'en être » est proportionnelle à la difficulté d'y participer.

Mais un territoire professionnel fort tend à exclure, à être inégalitaire, et à aborder de façon inégalitaire et hiérarchique les autres professions et les usagers.

C'est pourquoi, avec l'exemple de la médecine, on constate toute l'ambivalence d'un territoire à la fois dominant, fort, et exclusif et hyperspécialisé. Aujourd'hui, patient(e)s et certain(e)s étudiant(e)s soignants, tendent à interroger les modes de fonctionnements professionnels. Les nouveaux modes relationnels entre individus autonomes cohabitent avec les anciennes modalités, ce qui engendrent des tensions, des abandons, et des insatisfactions de part et d'autre. Le fait qu'au sein de l'écologie du monde soignant, la profession médicale en position dominante exprime également ses interrogations, montre qu'il s'agit bien d'un phénomène beaucoup plus large que circonscrit au monde des infirmières.

## ▪ Regards croisés

J'interviens à présent sur la thématique « La pérennisation de la profession infirmière, une question européenne ».

Après avoir une nouvelle fois remercié les organisateurs du colloque de m'avoir conviée et ainsi accueillie, je propose d'abord un synthétique cadrage historique.

Au XX<sup>ème</sup> siècle, l'histoire montre une transformation progressive des relations et des interdépendances entre professions et avec les patient(e)s. On constate des réussites notoires en matière de luttes efficaces contre des pathologies infectieuses aiguës jusqu'alors mortelles (tâche alors prioritaire à résoudre). Ces performances engendrent l'adhésion de nombre de patient(e)s à la puissance de la médecine scientifique curative centrée sur le traitement efficace de pathologies aiguës. L'asymétrie des relations professionnels/usagers domine jusqu'à la fin des années 1980. Le terme récurrent d'« *hémorragie* d'infirmières » est employé partout pour signifier que les infirmières ne restent pas sur poste et que des recrutements nouveaux sont toujours nécessaires. De fortes hiérarchies dominent sur le terrain des soins, les autonomies sont circonscrites. L'autonomie professionnelle des infirmières reste limitée en France (profession auxiliaire des médecins).

Comme je le soulignais précédemment, la discipline domine et la quête d'expression de soi émerge seulement après années 1970 (avec notamment les revendications d'autonomie professionnelle).

La mise à distance des affects, des émotions apparaît un leitmotiv dans la formation des soignants. Comme le souligne Anne Piret (2004), il s'agit de traiter un patient comme un mannequin. Ce faisant, émotions et sentiments des soignants ne sont aussi que rarement adressés. Lorsqu'ils s'expriment, ils sont traités comme des détails peu importants.

Au XXI<sup>ème</sup> siècle, l'histoire montre une transformation progressive de la relation autonomie(s) et interdépendance(s) dans nos manières de « faire société ». Désormais l'autonomie occupe une place centrale (souvent confondue avec indépendance). L'autonomie de l'individu professionnel ou patient apparaît désormais à la fois une condition, une revendication et une injonction (Ehreberg, 2009, 2010). La norme consiste aujourd'hui à se penser et vivre comme un individu autonome, c'est la condition, le mode relationnel qui est valorisé.

Les performances curatives ont contribué à produire la chronicité. Les soins consistent alors à cumuler traitements et accompagnements dans la durée. Une place nouvelle pour les patient(e)s est à la fois revendiquée et requise pour participer aux soins. Or, la reconfiguration des relations professionnels/usagers va de pair avec les transformations de relations entre professionnels. L'autonomie apparaît tantôt une injonction (autonomie dans le travail), tantôt une revendication (autonomie professionnelle). L'expression de soi et la réflexivité croissent et sont requises de manière croisées chez les patients comme chez les soignants (dans une certaine limite). Elles sont reliées et rendues nécessaires pour que chacun puisse s'approprier et vivre avec la condition partagée d'individus autonomes. Ainsi, les professionnels (infirmier(ère)s par exemple) et les patient(e)s expriment davantage leurs affects/sentiments/émotions/autonomie.

Ainsi, dans un contexte plus large, j'observe que, ce qui était jugé acceptable hier ne l'est plus aujourd'hui. Une place nouvelle pour les affects, les émotions, leur expression est désormais

requis -comme nous l'avons évoqué lors de l'intervention précédente (Auslender (2017) et exemples des réactions face aux stages des années 1970 et aujourd'hui -.

## TRANSFORMATIONS DES EXERCICES PROFESSIONNELS

Pour aborder la question des transformations des exercices professionnels, je propose la métaphore des règles du théâtre classique.

Ainsi, de la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle à aujourd'hui (2023) les transformations affectent l'unité d'action par le développement de la spécialisation. Il s'agit bien, comme dans le théâtre classique, de supprimer les intrigues secondaires pour se concentrer sur l'intérêt dramatique d'une action unique (spécialisation).

La règle d'unité de temps du théâtre classique resserre les faits et les limite à 24 heures. Elle est affectée sur le terrain qui nous intéresse par la durée des soins et les alternances entre ville/hôpital, court séjour/service aigu.

L'unité de lieu est tout autant et conjointement bouleversée. Elle consistait en un service hospitalier ou un cabinet médical et apparaît également transformée par les va et vient requis par le suivi de maladies chroniques.

Nous sommes donc passés, d'espace unique avec un langage commun, des salles communes où tout le monde voyait tout le monde, avec peu d'intimité et beaucoup de discipline et d'autorité asymétrique, à des parcours de soins chroniques complexes souvent polypathologiques (mettant aussi à mal les spécialisations).

Les trois unités volent ainsi en éclat. Les parcours de soin, les interventions pluriprofessionnelles mêlent plusieurs modèles ; les langages professionnels doivent cohabiter, communiquer, les perceptions et expressions des affects/émotions hétérogènes s'affirment, les soins se déroulent dans la durée. Actions, temps et espaces sont ainsi profondément revisités (ville/hôpital/structures médicosociales...).

En France, on constate une tutelle médicale qui perdure dans le secteur sanitaire entre professions médicales et soignantes (souvent entendu en France par l'ensemble des personnels soignants moins les médecins). Je propose donc d'observer les écologies professionnelles et l'évolution des relations entre soignants et médecins.

La principale caractéristique en France consiste en une tutelle encore forte représentée par le corps médical sur les soignants ; ces derniers sont des « auxiliaires médicaux ». Ces relations qualifient les formations, les interdépendances, les interactions sur les différents territoires. Si la formation des soignants a été revisitée partiellement depuis 2009, elle demeure fort hétérogène selon les territoires et la proximité ou pas des facultés ou UFR de médecine ou de santé (les instituts de formation soignantes sont insérés dans les facultés de médecine/santé).

En France, on constate un accès parfois difficile aux cours universitaires par les étudiant(e)s, un travail important de suivi pédagogique et de médiation auprès des étudiants réalisé par les formateurs, et le maintien de tensions déjà constatées auparavant sur le terrain des soins.



Des étudiants fuient dès les premiers stages, abandonnent aussi en seconde année, voire en fin de cursus. D'autres éprouvent des difficultés et poursuivent au-delà de 3 ans avec des soucis financiers importants.

L'investissement dans la formation requiert une disponibilité qui fait en effet défaut à nombre d'étudiants. Ils cumulent les emplois et la formation et peinent à se maintenir à flot.

Les problèmes d'encadrement sur le terrain rejoignent tout à fait les constats exposés par l'enquête « Par-dessus les épaules des stagiaires ». Il y a peu de stages extra hospitalier, et une vraie difficulté à sortir du modèle hospitalo-centré.

Or, comme je l'ai rappelé précédemment, le travail soignant distribué requiert des interdépendances nouvelles et plus larges que celles qui préexistaient au sein des services hospitaliers.

C'est pourquoi, je défends une vision écologique qu'il nous faut développer pour mieux comprendre les enjeux des interdépendances entre ces professions (Abbott,2003) et avec les patient(e)s.

Une telle approche nous permet de considérer les liens tendus entre les secteurs de l'éducation, du social, du médico-social, et du sanitaire. L'ensemble de ces métiers est aujourd'hui en déshérence. Il exprime une interrogation sur le sens du métier face aux difficultés rencontrées sur le terrain (à la fois avec les patients et entre professionnels).

Le refus de donner « trop de place au travail » et d'être aliénés (comme les anciens...) est l'un des aspects d'un problème social beaucoup plus général.

Mais il convient ici de rappeler que ces métiers sont exercés majoritairement par des femmes. Les infirmières de 1988, exprimaient lors des grèves n'être « *Ni bonne ni conne ni nonne* », se débattant pour gagner en autonomie et reconnaissance sur les terrains des soins.

Aujourd'hui, ces métiers cumulent les abandons, les reconversions. Le plus souvent, les professionnelles expriment une perte de sens du travail soumis à des pressions mécanistes et des effectifs restreints. La relation offre/demande nourrit conjointement la présence de soignants considérés par d'autres comme « mercenaires », travaillant où et quand ils veulent, mieux payés que les CDI et moins contraints (soirées, nuits, week-end) dans le cadre de l'intérim.

On constate clairement un faisceau d'expression de mal être au travail qui nourrit le sentiment de déshérence et de perte de sens chez certains, la recherche de gains maximisés de l'autre, le ressentiment enfin chez certains soignants. Le sentiment de ne pas être reconnu perdure d'autant plus que la pandémie Covid 19 a mis en avant les soignants pour, ressentent-ils souvent, mieux les oublier ensuite.

Cette parenthèse a contribué au malaise ressenti sur les terrains des soins.

## L'ÉMERGENCE DU *CARE*

Mais la crise morale ressentie dans ces secteurs d'activité, peut être analysée en référant à un marqueur transversal qui me paraît central et que j'ai précédemment évoqué. Il s'agit de la mutation de la place des soins qui s'inscrivent dans la durée.

En effet, l'enjeu aujourd'hui est de soigner dans la durée, avec une moindre maîtrise, un contrôle très relatif des situations rencontrées. Cette période signe, en quelque sorte, la fin du mythe des soignants « héros » - ces acteurs performants, sauveurs, dont les actions sont centrées sur l'aigu et le temps court (pompiers, etc...).

Les types d'exercices requis aujourd'hui, demandent d'autres modes de valorisation de l'activité. Ils requièrent l'importance de la reconnaissance d'un travail qui mobilise la réciprocité dans la durée, ce que connaissent bien les acteurs du secteur social ou médico-social.

Car le malaise des stagiaires, très bien décrit et analysé par l'équipe de Louvain dans son travail anthropologique sur les stagiaires soignant(e)s et leur mal être, est aussi un malaise qui s'exprime du côté des stagiaires médecins, des professionnels, qui partagent les mêmes anxiétés, partagées avec les étudiant(e)s infirmier(ère)s, qui vont aussi jusqu'à changer d'activité professionnelles.

Les frontières sont en train de bouger par la désaffection importante vers ces métiers (y compris la médecine). La place croissante des associations de patients est aussi à considérer ainsi que les nouvelles façons de se relier et de s'informer via internet et les réseaux sociaux.

Ce que je tiens à souligner ici, c'est qu'il s'agit bien de penser les interdépendances entre ces activités, à un moment où même la profession jusqu'ici dominante et bien installée, exprime aussi ses interrogations.

Il me semble que ce que j'ai décrit pour le XXème siècle en France, avec les influences anglo-américaines circonscrites (Diébolt, Foucher, 2011), se poursuit au XXIème siècle dans la ligne de nos histoires respectives en Europe (Hautes Ecoles, parcours sciences infirmières, etc...).

Néanmoins, j'observe que nombre de constats sont partagés.

C'est pourquoi, je propose de relier ces crises professionnelles à une transformation profonde de l'ensemble de nos manières de « faire société » pour les patients comme pour les soignants.

Ces processus sont produits par la montée en puissance des autonomies (Ehrenberg, 2009), de l'individu réflexif développant des formes d'expressions de soi.

Ces expressions de soi renforcées, cette réflexivité a aussi très bien été mise en évidence dans les travaux de l'historien Georges Vigarello (2014, 2017).

La place de la relation travail/vie privée est transformée, la relation à l'emploi, à l'employeur, au CDI est revisitée. La mise en perspective d'un « jeu de chaises musicales » auquel nous nous sommes livrés, engendrant un manque de soignants dans les pays de recrutement montre bien les limites des ajustements auxquels nous continuons à nous livrer.

Le modèle écologique implique de prendre en compte l'ensemble des interdépendances, en incluant les pays d'où proviennent un certain nombre de soignants étrangers, et les conséquences de ces migrations pour ces pays d'origine et les soins apportés aux populations.

La chronicité transforme les relations. Il s'agit d'adresser de nouveaux impératifs ; Comment prendre en compte non seulement les soins aigus mais aussi la spécificité requise par les soins liés à la chronicité ? Différents lieux sont requis ainsi que d'autres modes relationnels pour exercer des soins dans la durée. L'articulation entre une centration sur le travail curatif dans un temps court, principale avancée acquise au XXème siècle, et une centration sur le travail

d'accompagnement des patient(e)s, revendiqué par les soignant(e)s depuis les années 1970, s'impose désormais.

Ces mutations professionnelles s'inscrivent dans un contexte où de nouvelles formes de relations à soi-même (subjectivité exprimée) et aux autres tant pour les soignants que pour les patients est requise et même souhaitée.

Les maltraitances dénoncées par les stagiaires (par les professionnels mais aussi certains patients), les démissions, gagnent à être analysées sous le prisme des théories du *care*, qui envisagent les articulations précitées comme fondamentales, faisant voler aux éclats des systèmes hiérarchiques cloisonnés.

Depuis les années 1980, l'émergence, puis le développement de débats autour du *care* comme concept permettent de réfléchir ces mutations.

Je convoquerai ici trois auteurs dont les recherches me paraissent particulièrement éclairantes sur cette question. Il s'agit essentiellement de Joan Tronto (2009), mais aussi de Luca Pattaroni (2006) et de Philippe Chaniel (2022). Je rappelle de manière très synthétique ici trois points de ces apports qui me paraissent éclairer nos propos.

#### Care – Apport de Joan Tronto

Les travaux sur le *care* critiquent l'autonomie condition dans la mesure où elle repose sur l'assujétissement, la non reconnaissance et l'invisibilisation des professionnelles du *care* qui rendent possible, visible, l'affichage d'une autonomie / indépendance pour les autres individus.

Pour ces auteur(e)s, l'autonomie condition implique donc des interdépendances et de nouvelles modalités de reconnaissance des acteurs qui y participent à tous les niveaux des relations de *care* (définition et délivrance notamment)

Nous commencerons de manière synthétique par l'apport de Joan Tronto par rapport à la question qui nous préoccupe ici.

Pour Tronto, le concept de *Care*, traduit en français, allie sollicitude et soin (Tronto, 2009). Je le résume dans le tableau ci-dessous.

CARE	DEFINITION	TRADUCTION
<b>Caring about</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se soucier de ...</li> <li>Constater l'existence d'un besoin et évaluer la possibilité d'y apporter une réponse.</li> <li>Implique fréquemment d'assumer la position d'une autre personne ou d'un autre groupe pour identifier le besoin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Sollicitude</b> (quand l'emploi se limite à cette dimension)</li> </ul>
<b>Taking Care of</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'occuper de, prendre en charge</li> <li>Constitue l'étape suivante du processus de <i>care</i>.</li> <li>Implique d'assumer une certaine responsabilité par rapport à un besoin identifié et de déterminer la nature de la réponse à lui apporter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Sollicitude</b> (quand l'emploi se limite à cette dimension)</li> </ul>
<b>Care giving</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prodiguer des soins</li> <li>Suppose la rencontre directe des besoins du <i>care</i>.</li> <li>Implique un travail matériel</li> <li>Contact direct avec des objets du <i>care</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Soin</b> (quand l'emploi se limite à cette dimension)</li> </ul>
<b>Care receiving</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recevoir le soin</li> <li>Correspond à la reconnaissance de ce que l'objet de la sollicitude réagit au soin qu'il reçoit</li> <li>Inclure la réception du soin parmi les éléments du processus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Soin</b> (quand l'emploi se limite à cette dimension)</li> </ul>

*Notons, au sujet du Care receiving que Le care est irréductible à la seule sollicitude unilatérale, même dans les relations caractérisées par une forme ou une autre d'asymétrie. Le Care receiving (recevoir des soins) suppose une autre qualité morale essentielle de la part du caregiver, que Tronto nomme « réceptivité » ou « responsiveness ».*

La réponse donne sens à - ou accomplit le sens de – la question et noue la relation.

Le *care* allie donc réciprocité et reconnaissance. Ces deux notions apparaissent indispensables pour co-produire confiance et engagement. Et ce, particulièrement lorsque les soins s'inscrivent dans la durée.

Cela engendre de nouveaux modes relationnels entre professions et entre patient(e)s et professionnels, et de soi à soi. Les asymétries traditionnelles ne fonctionnent plus ici.

*Care – Apport de Luca Pattaroni*

Avec Pattaroni (2006), on observe que le *care* professionnel allie sollicitude et responsabilité.

En effet, il souligne que le seul renvoi à l'idée de « besoin » n'est pas suffisant pour spécifier les qualités d'une activité de *care*. Il faut encore préciser ce qui est entendu par « besoin » et comment il peut être à la fois perçu et comblé. Autour de cette question se jouent des modalités potentiellement incompatibles du *care* qui rendent compte de sa difficile institutionnalisation.

L'exercice d'un travail de *Care* professionnel s'inscrit dans le contexte d'une sollicitude cadrée.

Elle révèle les tensions entre sollicitudes portées par les finalités de l'institution et par le contexte professionnel.

Il s'agit dans la relation de produire un « *care* qui n'attache pas » en respectant l'autonomie de l'utilisateur et les injonctions professionnelles à « rendre autonome » l'utilisateur.

*Care – Apport de Philippe Chaniel*

Philippe Chaniel pointe aussi les dilemmes propres au *care* institutionnel qui comporte des tensions indépassables entre proximité et distance, ingérence et indifférence, autonomie et dépendance.

Le travail de *care* professionnel est confronté en effet au souci de l'autre, placé sous le registre de la sollicitude personnelle, toujours singulière, hors équivalence (marchande ou comptable). Chaniel (2022) souligne les tensions générées par ce double souci tourné à la fois vers l'autre mais aussi vers l'acte de soin réalisé en tant que geste technique, professionnel qui suppose des procédures et des protocoles de soin précis et rationalisés.

## CONCLUSION

Faire société c'est se relier aux autres, c'est exister aujourd'hui, aussi en tant qu'individu.

Le soin produit par et dans la relation dépasse le soin. Si le soin réduit le patient(e) à un objet de soin alors le soignant(e) en retour, exprime qu'il se sent réduit à être un dispensateur de soin. On observe un assèchement, un mal être, une santé mentale altérée tant pour le soignant(e) que le patient(e). Et ce, particulièrement lorsque les soins et les relations s'inscrivent dans la durée.

Auparavant, la relation asymétrique dans une unité de temps/lieu/action reposait sur une autorité (parfois virant à l'abus de pouvoir mais parfois aussi bienveillante) qui était acceptée

car la discipline était la norme commune (peu d'autonomie, peu d'expression de soi, réflexivité non sollicitée).

Désormais, les revendications de relations plus horizontales et l'expression de vulnérabilités émerge chez l'ensemble des parties (autonomes et interdépendants) concernées.

Les vulnérabilités apparaissent partagées, croisées. La maîtrise est toute relative. Des tensions s'expriment entre autonomies. Auparavant, l'autorité était portée par la discipline des corps (attendue des soignant(e)s et des patient(e)s...). Aujourd'hui, la réflexivité, l'expression des émotions, des attentes réciproques prennent progressivement place. Lorsqu'aucun espace, lieu, moment, ne le permet, des formes de retraits variés sont de plus en plus constatés.

L'asymétrie conjuguée avec la sollicitude (*care*) contribue à produire la reconnaissance par l'attente et l'expression d'une réciprocité. La complexité de ces formes de relations nouvelles repose sur le fait que ce sont des relations qui *attachent* ET *n'attachent pas*.

En effet, le *care* institutionnalisé s'exerce en tension entre souci de l'autre, souci de l'acte et souci de soi. Il relie sollicitude, co-définition du besoin et soin(s). Il est pluriprofessionnel et inclus dans des modes relationnels plus étendus (soins, éducation, accompagnement, aide...).

Faire société en couplant autonomies et interdépendances et en requérant l'expression de vulnérabilités et réciprocités croisées valorise les modes de mises en relation plus réflexifs, énoncés, et mesurés. Des négociations sont désormais requises pour faire place aux arguments d'autorité.

## **Bibliographie**

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

Abbott, A. (1993). *The Sociology of Work and Occupations*. *Annual Review of Sociology*, vol. 1. no. 1. pp. 187-209.

Abbott, A. (2003), *Ecologies liées*. Menger, Pierre-Michel (dir.). *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. Paris. Ed MSH.

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

Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression, enquête sur le « nouveau management public*. La découverte.

Chanial, P. (2022). *Nos généreuses réciprocités, tisser le monde commun*. Acte Sud.

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

Ehrenberg, A. (2009). L'autonomie n'est pas un problème d'environnement, ou pourquoi il ne faut pas confondre interlocution et institution. *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*, Jouan, M., Laugier, S. (dir.). PUF. pp. 203-219.

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

- Ehrenberg, A (1998). *La fatigue d'être soi, Dépression et société*. Odile Jacob.
- Pattaroni, L. (2006). Le *care* est-il institutionnalisable ? Quand la politique du *care* émousse son éthique. *Raisons Pratiques*, 16 (numéro spécial *Le souci des autres : éthique et politique du care*, Patricia Paperman et Sandra Laugier. EHESS.
- Piret, A. (2004). *Description et analyse des processus de socialisation corporelle en contexte de formation professionnelle : le cas de la formation en soins infirmiers*, Doctorat en Sociologie. Université de Namur (Belgique)Faculté des sciences économiques sociales et de gestion.
- Rothier Bautzer, E. (2022). Health pathways of chronic patients through the prism of relationships between professions. *Olhares Cruzados sobre a história da saúde da Idade Média à contemporaneidade*, coord. Alexandra Esteves e Helena da Silva, pp. 272-287, Universidade do Minho.
- Rothier Bautzer, E. (2020). Une approche écologique de la construction des savoirs. *La revue de l'infirmière*. Dossier La construction des savoirs. n°265.p18-22.
- Rothier Bautzer, E. (2018). L'écologie des groupes professionnels. L'exemple idéal-typique du secteur sanitaire. Authier David, Balcou-Debussche Maryvette (dir.). *Revue Education, Santé, Sociétés*, Vol. 4, No. 2. *Interventions éducatives et santé : construire le dialogue entre le monde médical et les sciences humaines et sociales*. Editions des archives contemporaines. p. 101-113.
- Rothier Bautzer, E., Roger M. (2017). *Former au soin. Des praticiens en recherche*. Editions Lamarre, Wolters Kluwer.
- Rothier Bautzer, E. (2016). « Une approche sociologique du soin comme travail relationnel », in *Journal International de Bioéthique (JIB) dossier « innovations pédagogiques et éthique en santé »*, vol. 27, n°1, p 41-59.
- Rothier Bautzer, E., Roger M. (2019). Former, évaluer, des acteurs au milieu du gué. *La fabrique des soignants*, Sous la direction de Paul Olry, p204-313, Editions Raison et Passions.
- Rothier Bautzer, E. (2014). Rendre possible l'autonomisation, « sale boulot relationnel » ou *care* ? Editorial du dossier thématique *Care* et professions de santé. *Revue Recherche et Formation* (ENS, Ecole Normale Supérieure, Lyon), n°76, pp 9-18.
- Rothier Bautzer, E. (2013). *Le Care négligé ; Les professions de santé face au malade chronique*. Bruxelles. Éditions De Boeck.
- Rothier Bautzer, E. (2012). *Entre Cure et Care. Les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Éditions Lamarre. Wolters Kluwer.
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable, pour une politique du care*. La découverte.
- Vigarello, G. (2014). *Le sentiment de soi, histoire de la perception du corps (XVIème-XXème siècle)*. Le Seuil.
- Vigarello, G., Corbin, A., Courtine, J. (2017). *Histoire des émotions. Vol 3 : De la fin du XIXème siècle à nos jours*. Le Seuil.