



**HAL**  
open science

## Gestion et travail réel : un conflit de logiques ?

Pascale Molinier

► **To cite this version:**

Pascale Molinier. Gestion et travail réel : un conflit de logiques ? : Éléments d'une critique pour l'amélioration du travail de soin . " Les nouvelles formes de gestion des ressources humaines : Interroger la " personnalisation ", Agir sur le travail ? " , IUT Villetaneuse, Département de gestion – Université Paris 13 Jun 2013, Villetaneuse, France. hal-01472560

**HAL Id: hal-01472560**

**<https://sorbonne-paris-nord.hal.science/hal-01472560>**

Submitted on 20 Feb 2017

**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.

Pascale Molinier

***Gestion et travail réel : un conflit de logiques ? Eléments d'une critique pour l'amélioration du travail de soin<sup>1</sup>***

Il peut paraître étonnant de conflictualiser gestion et travail, dans la mesure où la gestion est bien sûr un travail ; au sens où « gérer » implique, requiert du travail. Cependant, dans ce texte, je ne parlerai pas de la gestion comme travail, ni des sciences de la gestion qui parfois font une place à l'analyse de celui-ci, mais plutôt de la gestion comme prescription et aussi, de façon plus retorse, comme imaginaire social mobilisé pour *ne pas* parler du travail, et enfin de la gestion comme alibi pour supporter le pire. Ce qui m'importe ici est de montrer comment le travail réel est en réalité doublement escamoté : absent du discours gestionnaire, il l'est également des critiques en forme de plainte qui lui sont le plus fréquemment adressées par les salariés. S'il est vrai, comme cela a largement été montré, que la santé au travail dépend avant tout du sens qu'il revêt pour le sujet, alors je prétend que le nœud serré entre le discours dominant de la gestion et la plainte contre « les maudits gestionnaires » constitue un obstacle de taille à la prise en compte des questions soulevées par les méthodes actuelles de gestion des entreprises et par leur extension aux institutions de soins, notamment les EHPAD, qui m'intéressent ici plus particulièrement.

**« La montée des logiques gestionnaires » : une expression de la souffrance au travail**

En parlant d'un « conflit de logiques », je me réfère à une plainte fréquemment exprimée dans le monde du travail en général et dans le domaine médico-social en particulier, celle de « la montée des logiques gestionnaires ». Celles-ci sont généralement énoncées au pluriel, ce qui rend compte de l'hétérogénéité de ce qui est désigné sous ce terme : le management, ses outils et ses pratiques, étant pour ainsi dire habité par la langue et « la pensée gestionnaire », c'est-à-dire par **la description chiffrée des activités** et leur évaluation par ce biais.

Une plainte donc, ou l'expression d'une souffrance : puisque l'on entend fréquemment dire que la gestion, les gestionnaires, les logiques gestionnaires empêcheraient de *travailler bien*.

---

<sup>1</sup> Cette conférence a été prononcée dans le cadre du Colloque « Les nouvelles formes de gestion des ressources humaines : Interroger la « personnalisation », Agir sur le travail ? » IUT Villetaneuse – Université Paris 13 Sorbonne Paris Cité, 21 juin 2013. L'épilogue a été rédigé en février 2017.

Cette plainte ne s'entend pas seulement dans le secteur médico-social, mais je m'y cantonnerai pour ma part. Les professionnels identifient des déterminations extérieures à leur propre culture professionnelle qui viendraient contraindre, entraver le cours du travail et, si on les suit, le détourner de son sens ou de sa finalité, de son utilité sociale. Une partie du surmenage activiste ou du découragement dépressif des soignants proviendrait, selon eux, des actions entreprises pour combiner la réponse aux exigences gestionnaires et maintenir la qualité du travail de soin, ce qui voudrait souvent dire le cumul d'activités répondant à des temporalités et à des formes d'évaluation distinctes et contradictoires.

Conflit de logiques. L'expression ne va pas de soi. En effet, dans la désignation du conflit en question, « logiques » ne s'utilise en réalité qu'à propos de la gestion ; les salariés ne parlent pas d'une « logique » du travail. Et à juste titre, puisque, fonction des aléas ou des inévitables imprévus, le travail réel consiste à s'écarter du chemin des normes et des consignes, et donc ne suit pas à proprement parler une « logique ». J'utilise une distinction classique entre le travail prescrit (ce qu'on doit faire) et le travail réel (ce qu'on fait). Les sciences du travail ont montré que ce n'est jamais la même chose. Quand on a compris la prescription, ce que les gens sont censés faire, on n'a toujours pas compris ce qu'ils font. Et pour savoir ce qu'ils font, il est indispensable qu'ils veuillent bien en parler. Les soignants sont-ils en mesure de parler de ce qu'ils font ? Et dans quelle langue ? Celle de la gestion ? Celle du soin ?

Dans la mesure où le travail se capitalise en partie dans une expérience individuelle et collective, je parlerai d'une grammaire ou d'une culture du travail, d'une culture du soin, par exemple. Si on veut problématiser les rapports tendus entre gestion et travail, on peut considérer qu'il s'agit de grammaires ou de cultures antagoniques, culture gestionnaire d'un côté, culture de soin, de l'autre côté, avec pour l'instant, un rapport de force qui est nettement défavorable à la culture du soin.

Logique, dans l'expression « logiques gestionnaires », renvoie à un processus de rationalisation ou répondant à une rationalité, notamment en termes de gestions des coûts, de calculabilité et de prévisibilité, mais pas seulement, puisque l'expression amalgame différentes formes de rationalisation du travail pour en optimiser l'efficacité : utilisation des nouvelles technologies, standardisation des procédures, traçabilité, *reporting*, normes ISO, normes d'hygiène, chartes de qualité, chartes de service ou de bientraitance, injonctions au contrôle des collègues (sous forme de codes de déontologie, par ex.), évaluation 360 degrés,

*lean management* avec sa version *lean care*, etc. Il y a dans l'ensemble de ces pratiques, une intention de contrôle, de panoptikon ou de transparence des pratiques. Sous le terme de « logiques gestionnaires », les personnels du médico-social désignent, me semblent-il, des processus de rationalisation du travail qui font irruption dans leur quotidien, sous la forme d'une imposition rarement négociée, ou de façon fallacieuse, et qu'ils dénoncent comme un processus hétérogène à la culture du soin. « Logique », dans la bouche des personnels rime avec « diabolique », au sens d'un processus qui se déploierait inexorablement, selon une logique qui lui est propre, qui poursuit sa propre finalité et qui échappe aux acteurs, comme une implacable mécanique en somme ou un « tsunami » pour reprendre une métaphore à la mode. Logique signifie aussi « détaché » des préoccupations concrètes des gens, en dehors du réel ou du sens commun, ce qui est logique en ce sens est abstrait, loin du sol, désincarné, peu ou pas personnalisé.

Par ces « logiques », les personnels désignent ce qui constitue actuellement le discours dominant, en matière de management des soins ou du secteur socio-éducatif, mais aussi en matière de politiques publiques, quand il s'agit d'agréer ou de doter des établissements par exemple, ou de répondre à de nouveaux besoins de santé (je pense aux aidants familiaux par exemple) – la CNSA, L'ANESM, l'ARS, l'organisation des hôpitaux par « pôles », jusqu'aux ministères, toutes ces institutions développent, instituent, prônent des « logiques gestionnaires » et ne comprennent souvent qu'un seul langage, celui de la bonne gouvernance par la « gestion ».

Toutefois, et c'est le point important que je voudrai développer : pour autant que ce « nous » désigne les représentants de la culture du soin, soignants ou théoriciens du soin ou du socio-éducatif, je ne considérerai pas que « nous » soyons les *victimes* de la gestion. Je prendrai le problème autrement, à partir d'une approche sceptique. Sur quoi nous *accordons*-nous quand nous nous estimons victimes de « la montée des logiques gestionnaires » ? Quel est *notre* usage du mot « gestion » ? À quoi nous sert-il d'accuser la gestion seule ? Pourquoi faudrait-il la suivre « aveuglément » ? Si la gestion l'emporte, en quoi y sommes-nous pour quelque chose ? Je me ferai donc, en somme, critique des formes de critiques adressées communément à la gestion. Non pas pour lui donner raison, mais pour contribuer à rétablir le rapport de force en faisant entendre une autre voix, différente, celle du travail de soin.

**Quel est le prix d'un sourire ?**

Prenons le « *lean care* », c'est-à-dire, pour faire simple, le *lean management* des soins non médicalisés dans une maison de retraite<sup>2</sup>. Le sociologue Angelo Soares disait la semaine dernière, dans un autre colloque consacré à des comparaisons internationales autour des pratiques et des théories du *care*, que le temps imparti à un bain dans un établissement gériatrique organisé de la sorte a été calculé statistiquement pour être de 45 minutes, ce qui paraît somme toute raisonnable<sup>3</sup>. *En effet, le temps pour une toilette est en France calculé en moyenne entre 21 minutes pour une toilette simple et 23 minutes pour une toilette un peu moins facile.* Comment fait-on pour faire face aux imprévus ? Par exemple, si l'on arrive à la fin du bain et qu'une émission de selles du patient vient souiller l'eau. Ceci implique de vider la baignoire, de rincer à l'eau propre le patient, auquel cas on va largement dépasser le temps imparti. C'est une fois de temps en temps ? L'analyse du travail montre que le quotidien est fait de situations imprévues où le réel résiste à entrer dans les mesures d'efficacité. Telle personne ne veut pas se mettre dans l'eau (va-t-on l'y jeter ?) ; telle autre fait un petit malaise en sortant de la baignoire. Il faut se dépêcher de terminer le bain car un autre collègue a une urgence..., etc., etc. Les 45 minutes correspondent à une situation idéale où tout se déroule sans anicroches. Certes, ce genre de situations existe, mais celles-ci coexistent avec d'autres situations moins standard. Comment va-t-on évaluer l'efficacité réelle ? Les soignants doivent-ils rester imperturbables et sortir le monsieur de la baignoire dont l'eau est souillée pour l'essuyer sans faire plus de manière, afin de rester dans les temps ? Ou bien doivent-ils s'émouvoir de la situation, changer l'eau, et avoir l'air – si l'on se rapporte au graphique qui décrit le temps alloué à l'activité – d'être très inefficaces. C'est un petit exemple très simple, mais on pourrait multiplier les exemples, pour montrer que la qualité du travail de soin ne se mesure pas ou ne se modélise pas de façon standard. Je ne le développe pas, mais la contingence et l'imprévisibilité sont de règle *aussi* dans le monde industriel, alors a fortiori quand il s'agit de produire de la relation avec des personnes malades, en situation de détresse, vulnérables, etc.

Quel est le prix d'un sourire ? demande le psychiatre Jean Oury, à propos de l'évaluation de l'accueil dans un établissement psychiatrique. Le travail de soin est, dit-il, **inestimable**, au

---

<sup>2</sup> Le *lean management* met à contribution tous les acteurs pour éliminer les gaspillages qui réduisent l'efficacité et la performance d'une entreprise, d'une unité de production ou d'un département notamment grâce à la résolution de problèmes. Pour cela, le *lean management* élimine les opérations qui n'apportent pas de valeur ajoutée pour le client.

<sup>3</sup> Colloque international « Théories et pratiques du care : comparaisons internationales, organisé par le Mage, le CRESPPA-GTM et Humaniss Agir pour le care, Université Paris 5 Descartes, Grand Amphithéâtre, 13 et 14 juin 2013.

sens où il échappe à la mesure gestionnaire et où il est « ce qui n'a pas de prix », c'est-à-dire le plus important, ce qui compte vraiment dans une prise en charge, tout comme « l'ambiance » ou la continuité des soins<sup>4</sup>.

La colère des personnels du secteur médico-social vis-à-vis de ce qu'ils appellent « la gestion » ou « les logiques gestionnaires », c'est justement que leurs critères ne tiennent pas compte de l'inestimable, c'est-à-dire de ce qui compte, de ce qui est important dans le soin. Il y a une différence fondamentale – ce sont vraiment deux mondes - entre la vision instrumentale d'un soin d'hygiène où le patient est considéré, réifié comme « fesses à laver » et la vision « caring », ou si vous préférez la vision attentionnée du soin où l'on sait que, pour une personne, il ne va pas de soi de se mettre nue devant une autre, surtout quand elle ne la connaît pas.

La question est : pourquoi les soignants ne parviennent-ils pas, la plupart du temps, à faire entendre aux gestionnaires ce discours de bon sens ? Le problème est que nul gestionnaire ou manager ne dit qu'il faut traiter les gens sur le mode « fesses à laver », on dit même tout le contraire dans le discours de la « bientraitance »<sup>5</sup>. Mais dans les faits, ce « rapprochement » ou cette intimité nécessaires ne sont pas prises en compte par de nombreuses organisations du travail où l'on considère, par exemple, que les personnels doivent « tourner » à tous les postes (pour favoriser leur flexibilité en cas de remplacement ou pour éviter la « routinisation ») ou bien où l'on recourt fréquemment à du personnel stagiaire, vacataire, intérimaire sans s'interroger outre mesure sur les raisons de l'absentéisme ou des difficultés de recrutement. Il y a une contradiction entre s'occuper vraiment d'une *personne* et changer de secteur tout le temps, ou encore, pour une personne âgée, entre sortir de la confusion mentale et de la désorientation et changer de soignant tout le temps. Ces contradictions, du point de vue de la pensée gestionnaire, ne sont pas perçues, notamment parce qu'elles sont masquées par une idéologie - dont il faudrait d'ailleurs faire la généalogie – qui déconseille le « rapprochement » entre soignant et patient ou résident au nom des prescriptions à la soi-disant « bonne distance thérapeutique ». Si la « personnalisation » est dans l'air du temps, côté gestion des personnels, il est paradoxal de constater qu'au contraire, l'ensemble des

---

<sup>4</sup> Jean Oury, Le travail est-il thérapeutique ? Entretien avec L. Gagnard et P. Molinier à la Clinique de la Borde, 2 septembre 2007, *Travailler*, 2008, 19, 15-34.

<sup>5</sup> Philippe Svandra (Ed), *Faut-il avoir peur de la bientraitance ? Retour sur une notion ambiguë*. Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2013.

dispositifs de gestion hospitalière vise une standardisation des relations avec les malades qui écrase en réalité toute possibilité de les personnaliser. Dans ce contexte, la personnalisation des relations soignants-soignés est une mauvaise pratique à combattre, une réalité à dénier. Sous son apparence consensuelle et pleine de bonnes intentions, c'est à quoi sert l'idéologie de la « bonne distance thérapeutique ».

### **L'idéologie de la bonne distance : le déni de la personnalisation des relations de soin**

Ce discours est fort ancien dans le milieu hospitalier, et il a été particulièrement prôné aux infirmières dans les années 1950, au moment de la néo-taylorisation des soins hospitaliers, à une époque où l'on ne parlait pas encore de gestion hospitalière. Ce discours a d'ailleurs fait l'objet d'une critique par les promoteurs du mouvement de « l'humanisation des hôpitaux » qui ont inventé les longs séjours et les soins palliatifs dans les années 1980<sup>6</sup>. Il semble que cette critique a été depuis partiellement réinterprétée pour donner lieu à « la bonne distance » qui ne saurait être « trop loin » mais pas non plus « trop près » (la préconisation vise soi-disant à protéger également les soignants de « trop s'investir » affectivement – à les protéger du *burn out*).

Etre professionnel, dit-on aux soignantes – en majorité des femmes – des EHPAD, c'est « garder ses distances », « ne pas s'attacher ». Par exemple, il ne faudrait pas dire « mes résidents », ou les appeler « ma chérie » ou leur laisser dire « ma cocotte », il ne faudrait pas non plus dire qu'on « aime » les personnes âgées, l'amour n'étant pas professionnel (je ne développe pas ici l'écueil d'un modèle de professionnalisation incapable de prendre en compte ce qui fait *la texture* des relations humaines)<sup>7</sup>. En niant qu'il faut, en réalité, se rapprocher affectivement des personnes âgées (ou des bébés) pour bien les soigner, ou bien qu'il faut tisser des relations durables avec les gens pour les mettre en confiance, pour qu'ils se sentent respectés dans leur dignité et pour qu'ils confient leurs secrets (le secret qu'ils entendent des voix, par exemple) ; en niant l'importance de relations particularisées et adéquates, on favorise l'idée (assez pratique sur le plan de la gestion des coûts) que les soignants sont en réalité interchangeables, flexibles, et que n'importe quel professionnel peut

---

<sup>6</sup> Maurice Abiven, *Humaniser l'hôpital*, Paris, Fayard, 1976.

<sup>7</sup> Pascale Molinier, *Le travail du care*, Paris, La Dispute, 2013.

en remplacer un ou une autre sans dommage pour la qualité du soin. On prive aussi les gens des mots légitimes pour dire ce qu'ils font réellement.

Bonne distance ? Personne n'est jamais capable de la décrire, ce qui en réalité est normal, tout simplement parce qu'il n'y a pas une « bonne distance » qui serait valable pour tous les patients. Chaque soignant avec chaque patient *invente* une relation unique, personnalisée, où la question de la distance se pose de façon différente, dans un corps à corps, parce que c'est de cela dont il s'agit, différent. Je ne le développerai pas ici, mais bien sûr cette personnalisation des relations, - avec « elle », ce n'est pas comme avec une ou un autre -, ce que les soignants appellent aussi les « affinités », est un élément fondamental du soin et de sa dimension collective (notamment au niveau du partage des tâches, de la possibilité de se remplacer sur une prise en charge, etc.).

Comme on ne peut pas décrire la bonne distance, la distance qui serait standard et interchangeable et que l'on appelle « professionnelle », les managers ont tendance à trouver que les soignantes, surtout celles qui sont les moins qualifiées et au plus près des patients, sont toujours soit trop près, soit trop loin (trop indifférentes, trop dures...); ce discours chimérique de la bonne distance entretient la psychologie péjorative de l'encadrement et l'illusion tenace que le travail est mal fait.

Il existe donc un malentendu de fond entre la culture gestionnaire (avec ses techniques et ses valeurs de mesure, de modélisation, de standardisation et de transparence...) et la culture du soin qui répond mieux dans le registre des éthiques particularistes<sup>8</sup> et protège dans l'ombre l'intimité des sujets.

### **La gestion : un langage inadéquat pour le soin**

Mon expérience est que les économistes, les gestionnaires, les décideurs des politiques publiques, les gens qui représentent les financeurs, etc., sont souvent prêts à écouter ce que nous, les spécialistes du travail ou les spécialistes du soin, avons à dire. Mais il arrive toujours un moment où l'on nous dit : « mais enfin, ce travail invisible, ce travail inestimable, il doit bien y avoir moyen de le mesurer, de l'objectiver, de le modéliser pour pouvoir comparer les

---

<sup>8</sup> Sandra Laugier (Éd). *Éthique, littérature, vie humaine*, PUF, 2006.



services, les établissements, doter ceux qui le méritent plus que ceux qui ne le méritent pas, etc. ». Bref, un moyen pour faire rentrer ce que nous décrivons du *care* dans les cases de l'économie ou la gestion. Car, nous dit-on, ce serait un paradoxe de vouloir valoriser un travail qui ne se voit pas, objectivons l'invisible ! *Ce serait toujours au travail de se plier à la gestion* ; jamais le mouvement inverse n'est envisagé, même par les plus compréhensifs de nos interlocuteurs : nous expliquons que le travail ne rentre pas dans les cases, on nous répond « d'accord, mais faites l'effort de rentrer dans les cases », c'est ce que l'on appelle un dialogue de sourds et c'est à cela que l'on sait que les tenants de la pensée gestionnaire occupent la position dominante. C'est exactement comme pour les colonisés qui doivent parler la langue du colon quand celui-ci apprend rarement la leur. Les soignants sont contraints de parler la langue de la gestion qui empêche et défigure le récit du soin. Cette inadéquation des mots de la gestion pour dire le soin est l'une des raisons principales pour lesquels les soignants sont privés de mots légitimes au moment d'expliquer leur travail.

### **Zèle et souffrance éthique : l'autre bâillon des soignants**

La mesure pourtant ne montre-t-elle rien ? Si, bien sûr. Elle montre très bien ce qui ne va pas. Par exemple, ainsi que le racontait la sociologue Paule Bourret<sup>9</sup>, dans un établissement hospitalier, on a pu compter, à partir du recueil des plaintes des familles, le nombre de prothèses dentaires ou auditives perdues, ce qui coûtait très cher aux assurances de l'établissement. Mais comme on s'en est tenu à une description comptable assortie de menace de sanctions, on n'a pas réfléchi sur pourquoi les prothèses des vieillards partaient dans les draps, les alèses en papiers, les protections urinaires ou ailleurs encore. Comme on ne s'est pas posé, en d'autres termes, la question au niveau du travail réel – et bien, les soignants ont *simplement* demandé aux familles de garder les prothèses à la maison. Les vieillards ont donc été hospitalisés sans yeux, sans oreilles et sans dents, pas terrible comme prévention de la confusion mentale...

Cet exemple montre que travail et gestion pourraient tout à fait marcher ensemble. Là, on aurait pu se servir de l'indicateur – prothèses perdues – comme entrée en matière pour chercher à comprendre *ce qui n'allait pas* du côté du travail. On ne l'a pas fait. Maintenant l'indicateur est bon, mais la qualité de vie des patients ne s'est pas améliorée.

---

<sup>9</sup> Communication personnelle (discussion avec Lise Gaignard).

Cet exemple montre aussi que *ce ne sont pas les gestionnaires qui disent aux familles de priver les vieillards hospitalisés de leurs facultés sensorielles*, pas plus qu'ils ne leur disent de s'en occuper en mode « fesses à laver » ; ce sont les soignants qui le font. La dénonciation des « logiques gestionnaires » comporte ainsi un volet défensif contre ce qu'il est convenu d'appeler la « souffrance éthique » : il est plus facile d'attaquer les « autres » (gestionnaires, direction...) et de leur imputer la responsabilité d'empêcher le « bon » travail que d'interroger sa propre responsabilité dans le processus de dégradation de la qualité des soins (c'est douloureux de *se regarder faire*), c'est-à-dire de remettre en question son propre zèle à faire fonctionner le système que l'on dénonce. Cette participation active est l'autre raison principale, avec la faillite des mots et leur perpétuel détournement, pour laquelle les soignants préfèrent dénoncer univoquement la gestion, plutôt que de mettre à plat l'ensemble des dysfonctionnements et d'essayer de trouver des terrains d'entente.

J'ajouterai que « travailler bien », c'est un peu comme la « bonne distance », on peut se demander ce que le *bien* veut dire. Le bien, le mal : cette moralisation n'est peut-être pas la meilleure entrée pour une approche compréhensive de ce que les gens vivent au travail et de la qualité du travail. Que font-ils vraiment ? Et qu'en pensent-ils ? Qu'est-ce qui compte pour eux ? Comment s'accordent-ils sur le *bien* ? Voilà les questions qu'il faudrait pouvoir *leur* poser en desserrant l'étreinte des jugements a priori et en écartant le risque des sanctions. D'autant que dans les domaines qui nous intéressent, distinguer le bien du mal, le bon *care* du mauvais *care*, n'a rien d'évident, non plus que d'évaluer qu'on a bien fait. Le soin, par « nature », est une activité ambigüe.

### **La personnalisation du mauvais usager comme défense altérisante**

Je me déplace un peu et je change de terrain : je ne suis pas à l'aise du tout avec ce que mes étudiants en stage me rapportent de la violence des éducateurs, voire des enseignants, à l'encontre des enfants. C'est de cela qu'il faudrait pouvoir discuter avec ces professionnels, comprendre comment ils en arrivent à piétiner les affaires d'une enfant ou à mimer une scène de pénétration sexuelle en classe des profs tout en imitant les cris de l'enfant visé. Je précise que dans les conditions de leur stage, mes étudiants peuvent être témoins de ces pratiques, mais il est délicat pour eux de les mettre en question avec les personnes concernées. Ici les « logiques gestionnaires » sont-elles en cause ? Non, mais on dira que les enfants sont des

sauvageons, qu'il y a une crise de l'autorité des adultes, etc., bref on diluera à nouveau la question du travail et des difficultés à le faire – ici les difficultés à enseigner - dans des rationalisations défensives qui ont en commun *d'imputer la responsabilité de ce qui échoue à des phénomènes extérieurs* qui, soi-disant, nous échappent, ou bien à des formes de personnalisation douteuse, celle-ci pouvant en effet servir un discours de disqualification et d'altérisation : c'est cet enfant-là qui contient le germe de la violence, les adultes, eux, sont seulement « impuissants » (donc innocents). Toutes ces rationalisations défensives ont pour fonction de nous empêcher de penser nos propres responsabilités dans ce qui va mal, résiste ou échoue, avec le risque en retour de développer un imaginaire de persécution.

Analyser le travail reste la meilleure méthode pour dés-imaginariser les rapports sociaux. Les gestionnaires ne sont pas responsables de tous les maux, non plus que les soignants tous maltraitants ; et les profs ne sont pas plus les victimes impuissantes des transformations de la famille qu'ils ne sont de supers héros civilisateurs. Tous ces stéréotypes font partie de l'imaginaire social de notre temps, et l'imaginaire social, au sens de Jacques Legoff<sup>10</sup>, est une formation sociale qui nous empêche de penser en substituant des formules toutes faites – des images, des clichés, des slogans - à la réflexivité. Ainsi, « la montée des logiques gestionnaires » est une formule qui, sous couvert d'objectivité, s'inscrit dans cet imaginaire social. Le problème n'étant pas de savoir si c'est *vrai* ou si c'est *faux*, mais de savoir quel usage défensif nous faisons de cet irrésistible cliché, en quoi, sur quoi nous nous accordons dans ce jugement et qu'est-ce qu'il nous permet non seulement de dire, mais de taire.

### **Responsabilités partielles, responsabilités relationnelles**

Une femme commentait un exposé de la sociologue Sophie Bernard à propos de la surpénibilité du travail des caissières qui surveillent les nouvelles caisses automatiques, celles où le client est censé enregistrer ses produits tout seul<sup>11</sup>. Donc cette femme dit : « on nous rend complice du système ». Je ne suis pas d'accord. À partir du moment où nous faisons nos courses dans un hypermarché, *on* ne nous rend pas complices, *nous* sommes complices du système. Nous n'en avons pas toute la responsabilité, mais une responsabilité partielle, ce que

---

<sup>10</sup> Jacques Legoff, *La bourse et la vie. Économie et religion au Moyen Âge*. Paris, Hachette, 1986.

<sup>11</sup> Atelier « Nouvelles activités, nouvelles souffrances », Colloque international « Quelles actions pour un autre travail », organisé par le DIM Gestes, Paris, 11 juin.

la politiste Joan Tronto définit en termes de responsabilité relationnelle (c'est la relation client-caissière qui crée la responsabilité)<sup>12</sup>.

Dans une organisation du travail, les responsabilités sont partielles et relationnelles. Mettons le travail à plat – parlons de ce que nous faisons – et balayons tous devant notre porte. Les modélisations et les mesures ne régleront pas tout, l'économie et la gestion devraient se faire moins arrogantes dans leur prétention hégémonique, il existe d'autres descriptions du monde, toutes aussi valables, toutes aussi utiles à prendre en compte. Mais ceux ou celles qui dénoncent la gestion doivent aussi apprendre à formaliser leur expérience et pour cela ils doivent concrètement parler de leur travail, parler pour mieux penser ce qu'ils font *réellement* et non de ce qu'on les empêche soi-disant de faire. Car travailler, en réalité, c'est toujours désobéir, si l'on entend par là construire les compromis du travail réel qui par définition n'ont pu être intégrés dans la prescription. La prescription, qu'elle soit gestionnaire ou non, est toujours à la fois ressource et contrainte. Elle ne s'applique jamais, elle doit toujours être interprétée. Je connais une chef de service psychiatrique qui disait que la gestion ne rendait malade que ceux qui y *croyaient*. Personne n'est en réalité obligé de faire tout ce que disent les gestionnaires, d'ailleurs il faut bien dire que si l'on faisait toujours ce que l'on nous dit de faire, rien ne marcherait (comme le montre la grève du zèle). Pour se prémunir des représailles de la hiérarchie, parfois réelles, parfois fantasmées, il suffit de garantir sa survie, c'est-à-dire de trouver le moyen collectif de transgresser les règlements trop rigides, sans se faire « virer » ou sanctionner. À l'université, on fait ça aussi tout le temps, mais est-ce qu'on est prêt à le dire ? Et pourquoi faudrait-il le dire ? Bien que le dispositif gestionnaire ait des velléités de créer une transparence des pratiques, c'est dans la discrétion et la pénombre que se développent les indispensables systèmes D. Y compris ceux des gestionnaires.

Dans les endroits qui fonctionnent (suffisamment) bien, les gens désobéissent, ou dit autrement ils trichent pour bien faire<sup>13</sup>. Cela peut paraître paradoxal, mais c'est la leçon de l'analyse du travail. Par exemple, aujourd'hui, normalement, dans une maison de retraite, on

---

<sup>12</sup> Voir J. Tronto, Particularisme et responsabilité relationnelle en morale : une autre approche de l'éthique globale, dans P. Paperman, P. Molinier (éds), *Contre l'indifférence des privilégiés. À quoi sert le care*. Payot, 2013.

<sup>13</sup> Le terme de *tricherie* a un sens précis en psychodynamique du travail. Tricher est enfreindre les règles tout en feignant de les respecter. Mais tricher est aussi un terme noble dans certains métiers. Il signifie alors « dissimuler une imperfection dans un ouvrage matériel » et témoigne de la dimension proprement langagière des règles de métier. Les couturières *trichent* un ourlet de robe afin qu'il tombe droit, non sur l'abstraction du cintre, mais sur les formes que le vêtement épouse réellement. Dans le bâtiment, *tricher* la façade, c'est réussir le meilleur compromis de la solidité et de l'étanchéité avec l'esthétique, le « lissé » de l'ensemble.

ne peut plus rentrer un œuf frais, seulement des bidons industriels d'omelette liquide. Plus de crêpes alors ? ... Cela dépend, il y a des endroits où le bon sens veut qu'on désobéisse, d'autres où l'on a trop peur des représailles, et la qualité de vie n'est pas la même pour les résidents, c'est sûr. Voilà un bon exemple de contradictions de prescriptions entre normes d'hygiène et « bienveillance ». C'est aux individus, aux soignants et à leur encadrement, qu'il revient d'arbitrer et de faire le compromis qu'ils jugent le meilleur. Bien sûr, si la direction de l'établissement pense que le risque de faire rentrer des œufs en vaut la chandelle, c'est plus facile pour les subordonnés de faire des crêpes (les crêpes en cachette, le problème, c'est qu'on est trahi par l'odeur), mais à tous les niveaux néanmoins, des petites transgressions peuvent venir ré-enchanter le monde. Il faut ensuite avoir le courage de décrire ce ré-enchantement, de le « publiciser », c'est-à-dire de le considérer comme important du point de vue politique.

Quand l'équipe a un projet de soin ou un projet éducatif consistant et qu'elle parvient à le faire passer avant les inévitables conflits de personnes (il y en a dans ces établissements comme ailleurs), quand l'équipe est portée par quelque chose de plus grand que les individus ou les petites passions, portée par ce que j'appellerai ici *une philosophie du soin*, et bien cette équipe arrive généralement à se faire comprendre des évaluateurs et des gestionnaires qui, finalement, ne l'« empêchent pas ». On déplace alors la réflexion d'une focalisation sur la gestion, le soi-disant ennemi à abattre, vers une interrogation sur la culture de soin, sa transmission et sa formalisation. Là où, dans un collectif, la plainte contre la gestion est insistante, il vaut la peine d'interroger les difficultés à travailler ensemble ; on verra que ces difficultés ne sont pas toutes imputables à la gestion (même si celle-ci n'aide pas ou aggrave la plupart du temps).

Les formes de désobéissance ordinaires, dans le travail réel, sont souvent garantes que le soin ne sombre pas dans la barbarie, comme dans le cas des crêpes, mais ces pratiques pour la plupart sont clandestines, et rien ne garantit que, dans la clandestinité, il ne se passe pas *aussi* des actes qui confinent à la barbarie. C'est pourquoi même s'il ne faut pas tout dire et tout montrer tout le temps, un certain niveau de publicisation du travail réel et de la culture du soin est néanmoins indispensable. Aussi, des transgressions individuelles, me semble-t-il important de passer à une action concertée, pourquoi pas sous forme de « désobéissance civile »<sup>14</sup>. La

---

<sup>14</sup> Albert Ogien, Sandra Laugier, *Pourquoi désobéir en démocratie ?* Paris, La Découverte, 2010.

désobéissance civile consiste, pour le citoyen, à refuser, de façon non-violente, collective et publique, de remplir une obligation légale ou réglementaire parce qu'il la juge indigne ou illégitime, et parce qu'il ne s'y reconnaît pas. Je pense que pour désobéir publiquement, ou pour *publiciser sa désobéissance* - dire ouvertement qu'on fait des crêpes parce que c'est « la moindre des choses »<sup>15</sup>-, il faut avoir assumé les contradictions de son travail et des prescriptions qui l'encadrent, comme relevant aussi de sa propre responsabilité et non seulement de celle des « autorités ». Cette responsabilité, encore une fois est partielle, mais elle est réelle. Ce n'est que forts d'une description du travail de soin tel qu'il est réalisé – plus largement du travail réel – que l'on pourra confronter à « armes égales » et sur un mode désidéalisé les descriptions du travail réel et les descriptions gestionnaires pour envisager démocratiquement des formes de responsabilités relationnelles. Dans ce processus, les gestionnaires ont eux aussi une grande part de responsabilité : se mettre à l'écoute d'une culture exprimée dans un langage différent du leur et qui disparaît comme forme de vie si on en récuse le langage... où si l'on tente de récupérer.

### **Épilogue (en mode dégradé)**

Relisant en 2017 cette conférence de 2013, je me rends compte que la situation a encore évolué. Aujourd'hui, la gestion, pour dire qu'elle n'est pas sourde à ce que la qualité des soins veut dire, a introduit dans ses éléments de langage l'expression de *travail en mode dégradé*. Ceci permet de désigner une zone grise de l'activité où l'on sait que l'on ne travaille pas bien, mais où on l'accepte, essentiellement pour des raisons budgétaires. De même on parlera d'une *surqualité* jugée non nécessaire : par exemple, une lingère se verra prescrire de ne pas repasser les chemises de nuit car elles sont immédiatement souillées. Il y a quelques mois, dans un EHPAD, un gériatre me confiait qu'il avait tellement peu de moyens en personnels qu'il avait décidé, en concertation avec l'équipe, de ne plus lever le dimanche qu'un patient sur deux, sinon il aurait fallu commencer à distribuer les repas du soir à trois heures de l'après midi pour arriver à tout boucler. Je précise pour les néophytes que la lutte contre la grabatisation a été l'un des fers de lance de l'humanisation des longs séjours (donc de l'invention de la gériatrie) dans les années 1980. Ce retour en arrière est préjudiciable aux patients et insupportable pour les soignants. De même, dans plusieurs établissements, on m'a

---

<sup>15</sup> Je reprends ici le titre du film de Nicolas Philibert tourné à la clinique de la Borde et inspiré d'une phrase de Jean Oury pour qui la psychothérapie institutionnelle, c'est la moindre des choses. <http://www.telerama.fr/cinema/films/la-moindre-des-choses,41998.php>

signalé l'utilisation systématique de protections urinaires pour tous les résidents, y compris les non incontinents, en raison du manque de personnel pour les accompagner aux toilettes, la nuit. Ces personnes deviennent bien sûr rapidement incontinentes, on crée en mode dégradé des symptômes, de la morbidité, de toutes pièces.

Les EHPAD pour nombre d'entre eux n'ont plus rien à voir avec ce qui fut le projet d'une humanisation des soins aux grands vieillards. Ils n'ont surtout plus rien d'un lieu de vie, celle-ci a été étouffée par le poids des chartes de sécurité, par les normes d'hygiène, par une médicalisation croissante où on maintient des corps en vie, sans se préoccuper de leur vie. Ce modèle hyper médicalisé – ainsi on ne prend plus le goûter, mais on participe à une activité nutritionnelle ou à un traitement non médicamenteux – s'accorde bien avec le modèle gestionnaire, dans la mesure où il repose sur des actes et des procédures standardisées. Plus de 70% des résidents souffrent de la maladie d'Alzheimer ou de formes d'impotence diverses, ils et (surtout) elles ne vont pas aller manifester dans les rues. On peut d'ailleurs se poser la question : est-ce parce qu'elles sont en majorité des femmes, que les décideurs semblent si peu s'identifier à leur sort ?

Alors que faire ? Il est certain que les petits EHPAD tirent bien mieux leur épingle du jeu que les grosses structures de 450 lits où tous les problèmes sont démultipliés (à commencer par le nombre de décès). Il est en particulier plus facile d'y accueillir les familles et de s'en faire des alliés, ce qui est un élément capital dans la prise en charge gériatrique. D'autres modèles d'habitat alternatif sont en voie d'expérimentation.

Certaines techniques organisationnelles de segmentation du travail (par exemple la division entre soignantes et hôtelières) ont montré leurs limites : elles créent autant d'obstacles à la coopération, au remplacement et accentuent sans raison en termes d'efficacité la hiérarchisation du travail.

Mais c'est surtout une révolution intellectuelle, un changement de paradigme qui doit être accompli : La gestion doit être au service du soin, qui est la tâche primaire, ce qu'elle n'est pas actuellement. Le discours gestionnaire hégémonique doit s'effacer pour permettre que d'autres voix s'expriment. La faible présence de personnels qualifiés dans les EHPAD rend cette révolution plus difficile encore, car celles qui savent ce que soigner veut dire n'ont pas nécessairement la légitimité des diplômés pour être écoutées.

Et s'il faut parler chiffres, revenons sur l'exemple des prothèses perdues, ou abordons le coût réel de l'absentéisme, les économistes doivent certainement pouvoir penser autrement le

ration coût/qualité et peut-être même mieux gérer. Ou du moins ils le pourraient dans des démarches interdisciplinaires qui les associeraient avec des spécialistes de l'analyse *qualitative* du travail (ergonomes, psychologues...).

Enfin, cette révolution implique aussi un autre regard sur les pathologies d'Alzheimer. Des économies importantes peuvent être réalisées en supprimant des médications très chères dont l'efficacité est loin d'être prouvée<sup>16</sup>. Certains médecins m'ont confié qu'ils y renonceraient volontiers si ce n'étaient les familles et le discours des associations. Celles-ci auraient alors l'impression qu'on ne s'occupe pas bien de leurs proches. Mais on pourrait aussi envisager d'éduquer les familles et les soignants à une autre conception de l'Alzheimer, une maladie éminemment relationnelle et dont l'évolution varie beaucoup en fonction de la qualité de l'entourage<sup>17</sup>. Enfin, tous ceux qui ont travaillé avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer le savent, être privé de mémoire ne signifie pas nécessairement être privé de joie de vivre, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont une acuité hors du commun pour apprécier à sa juste mesure le présent, encore faut-il qu'il y ait un présent, qu'il se passe quelque chose, que vienne quelqu'un, ou un chat, c'est-à-dire autre chose que la stricte routine mortifère et accélérée des gestes hospitaliers.

---

<sup>16</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2681001/fr/aricept-donepezil-antagoniste-non-competitif-des-recepteurs-nmda](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2681001/fr/aricept-donepezil-antagoniste-non-competitif-des-recepteurs-nmda)

<sup>17</sup> <http://www.mythe-alzheimer.org/2016/10/le-courage-politique-de-s-opposer-a-l-empire-alzheimer-et-de-changer-d-approche.html>