

# De quelques dimensions de l'invisibilité des soins

Le travail des soignants, celui qui a pour objet de soigner et /ou de prendre soin de la personne, est-il particulièrement invisible, et pourquoi ?

■ **Françoise Acker**, sociologue, EHESS – Cermes3, Centre de recherche médecine, science, santé, santé mentale et société  
■ **Paulé Bourret**, sociologue, cadre de santé, Institut de formation des cadres de santé du CHU de Montpellier

Une grande partie des professionnels du travail « sur autrui », ou plutôt « avec autrui » déplorent que leur travail ne soit pas « reconnu », pas pris en compte comme il le faudrait, qu'il semble invisible. Mais est-ce l'ensemble du travail qui est invisible ? Quel travail ? Un travail réalisé par qui et pour qui ? Le travail en général, le travail de soins en particulier se caractérisent par de multiples formes d'invisibilité, mouvantes, et qui se combinent de nombreuses façons.

## De l'invisibilité du travail en général

Pour Star et Strauss, la visibilité et l'invisibilité du travail sont dialectiquement liées. S'intéresser à une écologie du travail visible et invisible conduit à étudier le travail et son inscription dans son environnement, à analyser les rapports entre le travail et cet environnement, ainsi que la visibilité qui en découle. Dans toute société, dans toute organisation, ce qui compte comme travail est une question de définition. La question est alors de savoir qui déclare qu'une activité constitue un travail, peut avoir le statut de « travail » et d'autres pas.

Ceci donne lieu à des discussions, à des négociations ou à l'imposition d'un point de vue, celui des groupes dominants le plus souvent. Ce qui compte comme travail pour les uns ne compte pas pour d'autres. On en a vu un exemple lors de la mise en place des 35 heures, des discussions sur le travail « effectif »... Ce qui compte pour les médecins, pour les infirmières, ne compte pas forcément pour les gestionnaires, ce qui compte pour les infirmières ne compte pas forcément pour les médecins, ce qui compte pour les malades ne compte pas forcément pour les différents professionnels qu'ils rencontrent. Cela renvoie à des intérêts différents pour les tâches – identifiées, attendues, ou non –, intérêts qui ren-

voient eux-mêmes à des mondes sociaux différents. Notre culture, notre formation professionnelle et notre monde d'appartenance nous ont conduits à développer certaines compétences à déchiffrer le monde, mais nous ont aussi doté d'incompétences à en appréhender certains aspects (Zerubavel). Notre façon de reconnaître ce qui constitue un travail est socialement et professionnellement apprise et nous conduit à ne pas reconnaître certaines actions comme un travail. C'est le cas notamment des tâches dont les professionnels ne parlent pas spontanément, « parce que cela va sans dire », parce que « ça va de soi ». Ces types de travail renvoyés au silence sont en même temps souvent ceux qui témoignent d'une façon de conduire son travail que les professionnels voudraient voir reconnue.

Le travail salarié est un travail qui se définit par un temps échangé contre rémunération. Cette dernière correspond à une quantité de travail. Les « actes » des professionnels de santé, leur valeur « marchande » se définit ainsi. Mais en même temps, tout travail fait l'objet d'une simplification, d'une rationalisation – dont l'approche taylorienne encore bien présente – qui tend à contenir, voire à dénier l'intelligence du travailleur et son expertise, en définissant le travail de l'extérieur.

« Des *guidelines*, des protocoles, des guides de bonnes pratiques encadrent de plus en plus l'activité, y compris l'activité soignante. »

Aujourd'hui, de nouvelles formes d'organisation et d'évaluation du travail contribuent à accentuer l'invisibilité de certaines de ses dimensions. Des *guidelines*, des protocoles, des guides de bonnes pratiques encadrent de plus en plus l'activité, y compris l'activité soignante. Ces façons d'organiser le travail opèrent des découpages en fonction des acquis de la science et d'une gestion à distance du travail et de ses risques. Ces outils définissent des modes opératoires.

toires pour des entités stabilisées, et en toute généralité. Le travail est dans ce cas considéré comme contrôlé d'avance.

Mais ces découpages ne se superposent pas aux exigences du travail de l'opérateur dans une organisation, une situation donnée. Ce dernier doit en fait recombinaison ses différents savoirs, arbitrer entre plusieurs règles et des exigences multiples, ce qui l'oblige à établir des priorités. La mise en avant du travail prescrit comme seul travail « légitime », qui fera l'objet d'évaluation – notamment sur l'écart entre travail prescrit et travail réel – peut renvoyer certains types de travail à la clandestinité.

Évaluer, c'est sélectionner un certain nombre d'éléments constitutifs du travail, de certains types de travail en faisant plier la réalité pour qu'elle s'intègre à une logique prédéterminée. Et c'est penser que l'on a traduit cette réalité en la chiffrant. Les indicateurs habituellement mobilisés pour décrire l'activité représentent celle-ci d'une façon « extérieure », dans ses dimensions les plus objectivables (effectifs, actes effectués, équipements mobilisés...) et dans des catégories bien stabilisées (conventions). Mais si ces indicateurs peuvent alerter sur des diversités de pratiques (mesurées à partir d'eux), ils n'apportent pas, à eux seuls, les éléments qui les expliquent. S'intéresser aux résultats et non aux processus effectifs conduit à ne pas prendre en compte l'exigence de mobilisation de soi physique, cognitive et intellectuelle exigée pour atteindre la performance exigée. L'intérêt se porte moins sur l'ensemble du travail que sur la vérification des résultats et des performances.

Ce qui est occulté dans les démarches de rationalisation, de simplification, de segmentation du travail et de décomposition des tâches, dans les formats de prescription et d'organisation du travail, de diversification des intervenants, ce sont les multiples formes de l'intelligence au travail et l'invisible mais indispensable travail d'articulation, travail entrepris pour que le travail alloué soit faisable, et si possible tenable.

Le travail d'articulation, c'est le travail qui ramène les choses sur les rails face à ce qui est inattendu et qui modifie l'action pour s'accommoder de contingences inattendues. Ainsi, les infirmières déploient un travail qui a non seulement pour objet de pouvoir poursuivre le travail en cours, prévu, mais aussi un travail de rattrapage (après erreur...). Ce travail a pour fonction d'assurer la fluidité de l'ensemble du travail de soins et constitue un travail pour l'institution autant que pour le malade. Ce travail pour l'institution est rarement pris en compte, alors qu'il permet à l'institution de fonctionner, notamment dans le cadre de temps plus contraints, imposés sans porter atten-

tion aux effets d'une temporalité essentiellement définie en fonction d'une durée d'actes additionnés ni au travail d'articulation en augmentation. Cette activité de mise en cohérence représente une part importante du travail des cadres de santé. Une partie de leurs actions vise à rattraper des oublis, des actes qui échouent, des situations qui se dégradent. Ce travail de « rattrapage » nécessaire pour que les équipes puissent travailler « malgré tout » est passé sous silence. Parfois, les cadres eux-mêmes le disqualifient, considérant que ce n'est pas « un vrai travail ». Le travail d'articulation est particulièrement invisible aux modèles rationnels du travail parce qu'il remet en cause la toute puissance de l'approche rationnelle. Prendre en compte le travail d'articulation aurait pour effet de fragiliser le tout formalisé, le tout sous contrôle, le tout anticipable et anticipé.

### Division du travail et invisibilité du travail

La visibilité du travail est aussi fonction du statut et de la place des travailleurs dans l'organisation sociale du travail. La visibilité est alors liée au prestige de la fonction, à sa place dans l'échelle hiérarchique, sa valeur sociale. Les médecins sont plus visibles que les infirmières, elles-mêmes plus visibles que les aides-soignantes, qui le sont plus que les aides à domicile...

Une certaine invisibilité du travail des infirmières est à rapprocher de celle observée par Shapin pour le travail des techniciens de laboratoire au XVII<sup>e</sup> siècle. Il a noté que les techniciens et leur travail étaient très rarement mentionnés dans les écrits scientifiques. Comment expliquer cela ? Ce sont pourtant les techniciens qui effectuaient le travail de préparation des matériels nécessaires aux expériences et qui faisaient des observations, et des enregistrements pendant le déroulement des expériences. Ce sont des tâches qu'accomplissent aussi les infirmières aujourd'hui. Il a été possible d'occulter ce travail parce que sa dimension instrumentale paraissait sans importance dans la production des savoirs. Les techniciens exécutaient le travail demandé par leurs maîtres et ne pouvaient pas légitimement apparaître comme les auteurs des écrits scientifiques. Le maître avait l'autorité, commandait le travail qualifié, définissait les frontières entre savoir-faire et savoir, et le travail des techniciens était inclus dans celui des scientifiques, ces derniers parlant pour eux et recouvrant leurs voix. Le modèle individualiste de l'activité scientifique explique aussi le phénomène d'occultation du travail des techniciens. La science est produite par un scientifique solitaire en contact avec la réalité ou ses sources d'inspiration. Ce modèle ne rend pas justice de la complexité et de la dimension concrète du travail scientifique,

« Le travail d'articulation est le travail qui ramène les choses sur les rails face à l'inattendu. »

.../...

.../... de son organisation, de la division du travail sur laquelle il repose. Il en va de même pour le travail médical et son organisation sociale.

### Les effets peu visibles des rationalisations et réorganisations du travail

Aujourd'hui, le travail médical et de soins est un travail de plus en plus distribué entre des professionnels de plus en plus spécialisés. Mais, au-delà de l'appel à une coopération entre professionnels, à une interprofessionnalité qui semblerait aller de soi, sans conflit de territoire, de frontières, de conception du travail à réaliser, que reconnaît-on du travail nécessaire pour que cela puisse se faire ? La mise en place de coordinateurs, qui témoigne d'une certaine prise en compte des effets de la segmentation des parcours, des prises en charge, peut-elle tout résoudre ? Quels sont les transferts de tâches qui s'opèrent entre professionnels, quelles sont les tâches, les attentions, les façons d'entrer en relation, de suivre la personne malade, qui ne peuvent pas être déléguées ? Peut-on déléguer le souci de l'autre ? Peut-on ne pas être attentif à certaines demandes, à certaines difficultés, au moment où elles s'expriment, au motif que cela relève de la compétence d'un autre professionnel, alors que le problème est prégnant, peut empêcher le soin lui-même ? Question à laquelle sont confrontés tous les professionnels de première ligne des secteurs de service, les professionnels de la santé en particulier.

### Le travail de soins : soigner et/ou prendre soin

Peut-on réduire la question du « prendre soin » à une approche complémentaire de celle qui serait de « soigner » ? S'agirait-il d'un travail en plus, d'un travail interstitiel comme le disent certains ? Ou bien plutôt d'une posture, d'un souci qui se traduit dans des actions, dans une modification de la configuration des actions ? Y aurait-il d'un côté des soins à l'acte, les « soins techniques », des soins liés à la mise en œuvre des prescriptions médicales, des soins liés à la maladie et à son traitement et de l'autre des soins qui correspondraient au « prendre soin » et ces types de soins seraient-ils distincts ? Correspondraient-ils à des moments distincts, à des lieux distincts ? Ces différents soins seraient-ils dispensés par des soignants distincts ? Prendre soin de l'autre se concrétise dans des actions qui semblent aller de soi, qu'on fait en faisant, mais qui, de ce fait, sont peu discutées collectivement. Le souci du patient est peu visible parce qu'il se déploie selon un processus continu, celui du souci de la situation d'une personne et parce

qu'il se traduit dans des actions imbriquées dans d'autres, de natures différentes (Davies 1994). La cohérence des actions est liée à cette préoccupation continue, à la compréhension de la situation dans son contexte local et au souhait de répondre aux attentes de la personne malade. La visée du « prendre soin » se déploie au cours de l'ensemble du travail de soin, elle en constitue l'horizon en même temps que le fil conducteur. Mais cette visée fondamentale, les actions qu'elle génère n'ont que très peu de visibilité institutionnelle, surtout lorsque cela se traduit par des « petits riens » : installation du malade visant à soulager un inconfort, discussions et négociations avec la

« Prendre soin de l'autre se concrétise dans des actions qui semblent aller de soi, qu'on fait en faisant, mais qui, de ce fait, sont peu discutées collectivement. »

famille pour la suite de la prise en charge, appel à l'assistante sociale ou projet d'accompagnement du malade, objectifs de progression qui ne figurent pas dans le dossier, mais peuvent éventuellement être partagés avec des collègues... On a donc affaire à un temps continu du souci de l'autre et à un temps discontinu des actions spécifiques qui y correspondent. Cette visée prend forme dans un cadre organisationnel et institutionnel où se rencontrent des

approches professionnelles, managériales, des attentes des patients qui façonnent aussi l'objet du travail de soin.

### Un travail de soins occulté par différentes couches d'invisibilité

Certains types de travail sont enfouis sous des couches de silence (Strauss & Star), qui traduisent l'empilement de facteurs d'invisibilité ou de faible visibilité du travail.

Le travail de soins, travail professionnel et marchand, partage avec d'autres types de travail salarier les dimensions intrinsèquement invisibles de ce travail. Les infirmières occupent une position intermédiaire dans l'organisation sociale du travail médical. De ce fait, l'attention portée par les institutions à leur travail (et à leur fonction ?) n'est pas sans rappeler la faible attention portée au travail des techniciens de laboratoire au XVII<sup>e</sup> siècle mentionnée plus haut.

Le travail quotidien effectué par les infirmières est occulté de la même manière. Il s'agit du travail qui a pour objet de permettre que le travail programmé par l'institution puisse se dérouler sans trop d'accrocs, sans retards ou reports qui mettraient en péril la gestion des flux de malades. Il s'agit aussi du travail nécessaire pour mener à bien leur travail de soins anticipé. Il s'agit encore du travail qui consiste à répondre aux demandes des patients lorsqu'elles s'expriment, à prendre en compte leurs craintes, leurs espérances, leurs joies

et leurs peines, à laisser advenir un monde souvent tenu à distance. Ceci est facilité lorsque les conditions pour le faire sont réunies : existence de collectifs de travail et d'un encadrement médical et soignant qui souhaite soutenir et accompagner les infirmières et l'ensemble des soignants dans ces démarches.

De plus, ce travail de soin est principalement assuré par des femmes et, de ce fait, affecté par l'invisibilité qui caractérise le travail féminin en général, le travail qui s'apparente au travail domestique en particulier. Lorsqu'en plus il s'agit d'un travail considéré comme « non qualifié », son invisibilité s'en trouve fortement augmentée. Comme le notent Star et Strauss, non seulement le travail n'est pas visible, mais la personne qui effectue le travail peut aussi devenir une « non-personne ». C'est le cas notamment du travail des aides-soignantes, des aides à domicile, des auxiliaires de vie...

Mais faut-il donner de la visibilité à tout le travail ? Est-ce possible ? Est-ce souhaitable ? La demande de visibilité traduit une demande de reconnaissance. Elle a pour but d'attirer l'attention sur l'effort consenti, sur la mobilisation de soi au plan physique, cognitif ou psychique qui passe inaperçue et est pourtant indispensable pour atteindre la performance attendue par l'institution.

Mais les directions n'ont pas envie ou intérêt à reconnaître cette part mise par chacun dans le travail, cette inventivité sans laquelle l'application stricte des procédures conduirait à l'échec.

Les professionnels n'ont pas toujours intérêt à la mettre en avant par peur d'une déposssession, d'une forme de rapt de leur savoir (cf. expérience des cercles de qualité), par peur que cette part créatrice de leur activité ne soit encadrée. La recherche d'une mise en visibilité vise plusieurs composantes des institutions. Les soignants réclament une reconnaissance des dimensions invisibles des soins – des soins aux personnes, et de l'attention portée au bon fonctionnement de l'institution – de la part des directions d'établissements, de la part de leurs pairs, mais aussi de la société.

Mais l'invisibilité du travail qui consiste à prendre soin et non seulement soigner, l'invisibilité de ce fait social total appelle peut-être que soient mises en lumière certaines dimensions des soins pour l'instant rejetées dans l'ombre par les indicateurs et autres outils d'évaluation, de codification du travail afin que puisse advenir une appréhension et une compréhension du travail de soin tel que le conçoivent et le conduisent les professionnels. Cela permettrait aussi que s'ouvre un débat sur les types de soins que la population souhaite voir se développer et se maintenir. ■

#### Bibliographie

- Acker F., 2010, « Prendre soin Prendre soin dans la société : une fonction sociale aux figures multiples, aux compétences distribuées, aux cadres de référence brouillés », à paraître dans Actes du colloque de Cerisy : *Prendre soin : savoirs, pratiques, nouvelles perspectives*, Cerisy, 11-21 juin 2010.
- Bourret P., 2005, *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*, Seli Arslan.
- Collière M.-F., 1986, "Invisible Care and Invisible Women as Health – care-providers", *Int. J. Nurs. Stud.*, Vol 23, N°2, p. 95-112
- Davies K., 1994, "The tensions between Process Time and Clock Time in Care Work. The example of day nurseries", *Time & Society*, Vol 3(3) : 277-303.
- Dujarier A.-M., 2006, *L'idéal au travail*, PUF.
- Schwartz Y., « La conceptualisation du travail, le visible et l'invisible », *L'homme et la société* /2, N° 152, p. 47-77.
- Shapin S., 1989, "The Invisible Technician", *The American Scientist*, 77, 554-563.
- Star S. L., Strauss A., "Layers of silence, Arenas of Voice : The ecology of visible and invisible work", *Computer Supported Cooperative Work* 8 : 9-30, 1999.
- Zarifian P. « Le souci éthique dans la prise en charge des activités de service ». Intervention aux journées nationales d'étude des cadres de santé, 18 janvier 2007.  
<http://pagesperso-orange.fr/philippe.zarifian/page160.htm>
- Zerubavel E., 1997, *Social Minscapes, An Invitation To Cognitive Sociology*, Harvard University Press, Cambridge Massachussets.