

## De la place de « l'humain » dans les soins - une analyse institutionnelle<sup>1</sup>

Jean Blairon  
directeur de l'asbl RTA

### ***Le point de vue de l'intervention***

Je ne suis pas un professionnel du champ de la santé. Ma profession me conduit par contre souvent à comparer les champs entre eux : les enjeux qui s'y déclarent ou s'y dessinent, les stratégies qui s'y déploient, les acteurs qui s'y mobilisent...

Je voudrais donc vous communiquer dans ce cadre quelles résonances le programme de votre colloque a produites dans mon travail et sur quelles intensités il me paraît se greffer.

1. Le halo, l'horizon sous lequel se déroulent vos travaux est de toute évidence le **thème du Sujet**. Le programme des activités présente ainsi une constellation de termes qui ressortissent à cet enjeu : sujet, singularité, altérité, humain... Ce n'est pas totalement surprenant Michel Wieviorka, par exemple, donne en effet le champ de la santé comme premier exemple de ce qu'il appelle « l'omniprésence de la thématique du Sujet » :

« La recherche qui s'intéresse à la santé et à la maladie donne désormais une place considérable au malade, à sa souffrance physique comme morale, et refuse qu'on sépare le malade de la maladie. Les travaux de Philippe Bataille renouvellent ainsi l'approche sociale et culturelle de la mort en montrant toute l'importance que revêtent les efforts qui s'ébauchent dans les sociétés contemporaines, pour renforcer, à l'hôpital notamment, les liens entre les mourants, leurs proches et leur environnement médical et associatif. »<sup>2</sup>

S'il y a ainsi une forte résonance entre le thème sociologique du Sujet et vos préoccupations, elle ne nous dispense pas de penser que l'évidence du Sujet peut être une fausse évidence.

J'ai eu le plaisir d'être le rapporteur du groupe de travail que le Délégué Général aux droits de l'enfant a consacré aux nouvelles figures de la filiation (engendrement à plusieurs, gestation pour autrui, homo-parentalité...)<sup>3</sup>. Au-delà de l'évidence de la conquête de la liberté sur la nature (illustrée par cet ancien slogan féministe « un enfant si je veux quand je veux), ces travaux ont bien montré :

- que la thématique du Sujet ne peut pas être réduite à la question du libre choix ;
- qu'elle se déploie dans des environnements de confrontation de droits (il y a ainsi des enfants conçus dont plus personne ne veut) ;
- en conséquence que la revendication d'être considéré comme un Sujet n'a de sens que fondée sur la recherche constante d'une réciprocité (revendiquer ce droit n'a de sens que si on lui donne une portée universelle, si on le revendique pour tous) ;
- que le Sujet est donc bien une question collective ;
- que la question du Sujet croise des préoccupations sociales : les droits du Sujet (à être le créateur de sa propre vie) sont aujourd'hui aussi inégalement répartis que le droit à un travail librement choisi ou librement accepté.

2. Dans la foulée de ce rappel, je voudrais vous dire tout l'intérêt au travail d'un collectif comme le groupe Praqsi, à une époque où les collectifs font l'objet d'une politique explicite de démantèlement et où bien des colloques célèbrent collectivement la disparition ou l'absence de collectifs.

---

1 Ce texte constitue la retranscription de notre intervention lors du XIIème colloque international organisée par l'association PRAQSI les 11 et 12 octobre 2012 : « Penser et favoriser la place de l'humain dans le système de soins – explorer les possibles ».

2 M. Wieviorka, *Neuf leçons de sociologie*, Paris, Laffont, 2008, p. 22.

3 Consulter l'avis: <http://www.dgde.cfwb.be/index.php?id=3494>

L'ambition du travail collectif ne peut que nous connecter au concept de « groupe sujet », tel que le grand institutionnaliste qu'était Félix Guattari l'a défini : le groupe sujet s'oppose au groupe assujéti, en ceci qu'il n'est soumis ni à une loi externe ni à une loi interne.

Les dominés culturels<sup>4</sup> sont par exemple ceux qui sont fascinés par les modes de pensée qui vont les assujétir, qui les adoptent et les promulguent avec zèle, tandis que la loi interne fait émerger dans les groupes des phénomènes d'orthodoxie, d'hérésie, d'exclusion, autour de la « pensée » d'un maître ou d'un petit maître...

C'est un bel enjeu, évidemment, pour un collectif qui se préoccupe du Sujet que de fonctionner comme un groupe sujet.

3. Pour ce qui est de la troisième résonance, je vous dirai que le titre de votre colloque me rappelle un bien mauvais souvenir. Chez nous, dans le champ de la formation professionnelle continuée, nous étions dans un conflit avec un service public voulant marginaliser l'action associative et lui imposer des pratiques contraires aux principes élémentaires de la formation d'adultes (exemple de ces impositions inadmissibles : aborder les personnes sous le mode de la déficience, mélanger contrôle et évaluation, etc.). Au cours de ce conflit, le mouvement associatif cherche à se définir ; un leader pose la question : « qu'est-ce qui nous différencie du service public ? » ; il propose cette réponse « nous, on est humains ». Réponse révoltante : est-ce que les autres sont inhumains ?

Ce qui nous différenciait en l'occurrence n'était pas une logique « humaine » et encore moins « humanitaire » ; c'étaient les points suivants :

- les associations de formation d'adultes sont les héritières du mouvement ouvrier ;
- elles croient et savent y faire avec les savoirs construits dans l'expérience par les personnes elles-mêmes, savoirs qui sont bien égaux à d'autres types de savoirs ;
- elles savent que tous les types de savoirs sont situés socialement, surtout ceux qui revendiquent une neutralité technique.

Ce type d'affirmation molle (« nous sommes humains »), inspirée par une politique dépolitisée, qui confond la lutte avec l'affirmation peureuse, quasi-honteuse, d'une pseudo-identité, ne me paraît pas acceptable.

C'est donc au nom de ces trois résonances complexes que je vais vous proposer une analyse institutionnelle de la question de « la place de l'humain dans le système de soins ».

L'analyse institutionnelle a toujours creusé le rapport entre l'officiel et l'officieux, a toujours réclamé une participation de plein droit de tous les professionnels (et des bénéficiaires d'ailleurs) à la réflexion sur une pratique qui les concerne ; elle a toujours cherché à ouvrir des possibles en considérant que cette visée était de nature micro-politique.

En lisant sous cet angle votre programme, je me rappelle ce mot formidable de l'écrivain Borgès : « quel est le mot le plus important d'un texte ? Celui autour duquel il tourne sans jamais le citer ». Je pense ici, de fait, au mot « politique ».

Je vais en conséquence envisager trois questions que l'analyse institutionnelle (se) poserait à propos de votre interrogation générique. Je vais essayer de les déployer en les traduisant, après argumentation, en point d'attention qui pourront, je l'espère, être utiles à vos travaux.

---

4 Jean-Pierre Le Goff donne ainsi l'exemple de « syndicalistes reconvertis managers », cf. InterMag, Dossiers et reportages - Questions sociétales, 2010, <http://www.intermag.be/index.php/entretien-filme-de-jean-pierre-le-goff>.

***Première question : la place du Sujet dans le système de soins est-elle bien abordée à partir du global ?***

Prenons l'exemple de l'hôpital de La Borde. Félix Guattari, qui y était psychiatre, évoque le comportement d'un cuisinier qui impose une sorte de tyrannie sur son territoire.

Guattari avance ceci à propos de la situation :

« Il est impossible de comprendre un tel phénomène sans situer le mode d'insertion de cette cuisine dans l'ensemble de l'institution et dans les rapports de celle-ci à son contexte social (rapports avec les tutelles administratives, les fournisseurs, les autres cliniques, etc...). Ainsi le leadership renvoie à la hiérarchie, et la hiérarchie renvoie au système des rôles, des castes, sur lequel est fondé un certain type de rapports sociaux. La personne qui détient la position de leader ne travaille pas seulement pour son propre compte, elle interprète la société, au sens où on dit qu'un musicien interprète un morceau de musique ; elle « milite » pour la défense d'une conception du monde, elle officie pour une religion implicite. On est donc obligé, pour cerner ce phénomène, de partir non pas de l'élémentaire pour aller vers le global, mais du global pour ressaisir l'élémentaire, du molaire vers le moléculaire. »<sup>5</sup>

La question d'un comportement professionnel (par exemple une relation de soins) est donc toujours politique et elle ne peut se comprendre qu'à partir de deux questions globales :

- de quelle société cet agent se fait-il l'interprète ? ;
- pour quelle religion officie-t-il implicitement ?

Replacer la question de la place du Sujet dans sa globalité politique, c'est probablement (en suivant les suggestions d'Alain Touraine), en identifier le ou les adversaires, en nommer l'enjeu, en repérer l'acteur.

La construction d'une réponse à ces trois questions mériterait à elle seule, sûrement, plusieurs journées de débat.

Indiquons néanmoins quelques éléments de réflexion.

L'adversaire du Sujet ce sont<sup>6</sup> toutes les forces qui réduisent celui-ci au statut de pion, de quantité négligeable dans des stratégies ou qui manipulent ses désirs. Souvenons-nous, comme exemple extrême, du scandale du sang contaminé en France il y a quelques années et de cette « stratégie » terrible : « on écoule les stocks ».

L'enjeu, d'après nous, est bien le capital culturel, cette somme de connaissances, d'attitudes de ressources, ancrées dans les corps, qui peuvent soutenir une création de soi et de la société (pensons ici à « l'économie de la connaissance »). Le champ de la santé est un des champs où se produit ce capital culturel.

L'acteur est celui qui identifie la place de l'enjeu et revendique, contre son adversaire, une conception particulière de la ressource centrale pour la société qu'il a reconnue. Nous dirons donc que l'acteur est (serait, puisqu'il n'est pas vécu comme tel pour l'instant) celui qui se bat pour une conception située de la production, des caractéristiques et de l'usage du dit capital culturel : par exemple qui se bat pour sa diversité (contre ceux qui veulent le formater) pour sa production autonome (contre ceux qui veulent l'instrumentaliser).

---

5 F. Guattari, *La révolution moléculaire*, Fontenay-sous-Bois, Recherches, coll. Encre, 1977, p. 166.

6 Nous suivons sur ce point le raisonnement d'Alain Touraine ; nous nous en écartons pour les deux éléments suivants. Nous nous en sommes expliqué dans deux articles : « L'enjeu, après la crise ? » et « L'acteur, après la crise (qui se prolonge...) ? » [www.intermag.be](http://www.intermag.be), en référence au livre d'Alain Touraine *Après la crise*, paru au Seuil en 2010.

Dès lors, nous pouvons proposer comme repère la question suivante : l'agent d'une relation de soins est-il l'interprète d'une société du Sujet ou d'une société qui le nie, le réduit ou le détruit ?

***Deuxième question : le système de soins (ses agents, ses institutions) échappe-t-il aux dérives pastorale, cléricale et inquisitoriale qui traversent tant d'institutions ?***

Un deuxième apport possible de l'analyse institutionnelle consisterait à attirer l'attention sur les dérives de pouvoir de l'institution, sur les failles dans lesquelles se réfugie ce qui est vivant et créatif, sur les silences par lesquels cette vie résistante s'exprime.

Nous pouvons nous appuyer sur les travaux de Thierry Gaudin pour aborder ce questionnement ; il a rappelé en effet l'écart qui pouvait se creuser entre la mission officielle de l'institution et sa pratique réelle (voire sa mission officieuse).

Il évoque ainsi une dérive pastorale de l'institution :

« (...) l'institution se comporte envers son substrat comme la tribu pastorale envers son cheptel : elle le soigne et le nourrit, lui évite des émotions, contrôle étroitement son comportement et communique avec lui par un langage appauvri aux intonations spécifiques dont l'usage rappelle en permanence l'inégalité. »<sup>7</sup>

Le contrôle s'exerce le plus souvent au nom d'un principe extérieur « qui légitime l'asymétrie de la relation ». Gaudin ajoute « Parmi les plus usuels, aucun n'est plus dévastateur que celui de rentabilité, car la relation s'y construit autour d'un calcul. »<sup>8</sup>

Ne peut-on reconnaître dans ces questions des comportements ou des exigences présentes dans certaines institutions de soins ? L'analyse institutionnelle interrogera comment se construit et se vit l'asymétrie de la relation, ainsi que le lien entre l'attitude infantilisante et le contrôle exercé au nom d'un principe extérieur.

Le contrôle peut aller jusqu'au contrôle de **l'écoute** en imposant aux auditeurs de l'institution (ses agents, ses bénéficiaires, ses partenaires) les schèmes de pensée du discours officiel, élaborés par les clercs de l'institution.

La dérive inquisitoriale fait un pas de plus dans cette direction en faisant appel à un « corps spécialisé d'enquêteurs » qui vérifient que le sens en jeu est bien réduit comme il se doit (par exemple que le malade est bien retranché de la maladie) : des audits divers, des « processus qualité » peuvent ainsi servir à écraser la diversité des capitaux culturels qui sont au travail dans l'institution, tout en déclarant viser la « participation ».

Concrètement, nous pouvons par exemple nous demander si nous accepterions cette définition du Sujet dans le champ de la santé :

« J'appelle *sujet* la construction de l'individu (ou du groupe) comme acteur, **par l'association de sa liberté affirmée et de son expérience vécue assumée et réinterprétée. Le sujet est l'effort de transformation d'une situation vécue en action libre.** »<sup>9</sup>

---

7 T. Gaudin, *L'écoute des silences, les institutions contre l'innovation ?* Paris, U.G.E., 1978, p. 71.

8 Idem, *ibidem*, p. 72.

9 A. Touraine, *Qu'est-ce que la démocratie ?*, Paris Fayard, 1994, p. 23.

Si on adoptait dans ce champ cette définition dans toute son amplitude, on s'apercevrait de la présence de toute une série de porte-à-faux institutionnels.

Pour le dire brutalement, la place du Sujet dans les soins ne concerne pas les attitudes plus ou moins amènes des agents qui sont en contact direct et permanent avec les bénéficiaires. Elle concerne au contraire les dispositions que l'institution de soins prend pour être, devenir ou rester une institution du Sujet.

Des exemples de dispositions consistent à agir sur l'espace, sur la relation, sur la demande en se donnant trois principes <sup>10</sup> :

- un principe de globalité (l'ensemble des composantes de l'institution est mobilisée et pas seulement certains agents) ;
- un principe de symétrie (qui pose que ce qui est demandé aux uns l'est aussi aux autres) ;
- un principe de répartition (qui vérifie qu'il y a un équilibre des exigences entre les agents, départements, etc.).

Si c'était bien le cas, nous pourrions nous interroger, en matière de dispositions, sur la manière dont l'institution est traversée, comme tant d'autres, par le conflit qui porte sur la production et la reproduction de son capital culturel.

Par exemple, en vérifiant

- si, en matière de soins infirmiers, l'aménité exigée des uns n'est pas là pour compenser l'instrumentalisation pratiquée par les autres ;
- si la contribution des agents est bien reconnue en matière de connaissances, d'attitudes, de ressources ;
- si elle est dès lors rétribuée à sa juste valeur ;
- si la participation des bénéficiaires à la construction du capital culturel de l'institution est avérée (ce qui n'est pas une question de « satisfaction » par rapport au service rendu!).

---

10 Il s'agit de trois principes que nous avons pu définir lors d'une mission que nous avons remplie pour la Fondation Roi Baudouin, dans le cadre d'un projet visant à améliorer l'accueil des publics fragilisés dans les institutions.

### ***Troisième question : à quelles conditions le système de soins peut-il échapper au fonctionnement de l'institution totale ?***

Il n'est pas possible, en effet, du point de vue de l'analyse institutionnelle, de faire l'impasse, à propos de vos préoccupations, sur l'immense travail qu'Erving Goffman a consacré aux institutions qu'il a appelées « totales »<sup>11</sup>.

La thèse de l'auteur, on s'en souvient, est que certaines institutions, au-delà de leur mission officielle (par exemple soigner), ont pour fonction de détruire l'autonomie culturelle de ceux qui leur sont « confiés ». S'il s'agit dans le travail de Goffman, d'institutions dont la fermeture sur l'extérieur dépasse un seuil critique, nous avons pu établir que les **procédés** sur lesquels s'appuie cette destruction culturelle ne sont pas absents, malheureusement, d'institutions qui prétendent travailler de manière ouverte, voire en milieu ouvert.

Si nous pointons quelques-uns de ces procédés, nous pouvons voir que le contexte de la maladie et du soin projette le malade dans une situation institutionnelle où ces procédés ont une probabilité significative de se produire.

- Les *Cérémonies d'admission* qui consistent en un déshabillage avec mise en scène qui peut être accompagné d'un dépouillement des objets personnels.
- La *dégradation de l'image de soi* est obtenue par la soumission à des situations humiliantes, le recours contraint à des demandes outrageantes, l'imposition de rôles incompatibles avec l'image de soi antérieure (comme l'infantilisation).
- Une *contamination* est fréquemment observée : les « territoires du moi » peuvent être violés, le malade peut être traité avec une familiarité déplacée, des informations réservées peuvent facilement devenir publiques.
- Enfin, pour s'en tenir à quelques exemples seulement, d'autres procédés peuvent produire une *rupture du sujet avec ses actes* : le sujet a l'impression qu'il ne domine plus son existence et que le lien logique entre un acte qu'il peut poser et ses conséquences peut être rompu, devenir imprévisible ou aléatoire, ce qui est évidemment très destructeur. On note ainsi comme procédé la soumission à des lois incohérentes, l'embrigadement de la vie quotidienne (le sujet ne peut développer de plan personnel) ou le « l'effet boomerang » (le Sujet est soumis à une attaque, il réagit et cette réaction est interprétée comme la justification de la nécessité d'une attaque supplémentaire).

Ces procédés sont bien connus et leur seule énumération fait penser aux difficultés que peut rencontrer culturellement un malade dans une chambre d'hôpital.

Aujourd'hui, ces procédés peuvent se complexifier, par exemple lorsque l'institution recouvre la réalité de la relation patient/soignant d'un discours sirupeux sur la qualité totale, la prise en compte du client, voire l'embrigadement du patient dans une logique où il est institué comme « acteur » sans liberté (il est l'acteur du rôle décidé par l'institution). L'institution de soins soumet ainsi le patient à des lois très incohérentes : il n'est nullement concerté sur la logique de temps auquel il va être soumis, par exemple, ce qui n'empêche pas qu'il soit désigné comme « acteur », on ne sait pas très bien quoi.

Notons aussi que le personnel soignant, celui qui est en contact direct avec les malades en tout cas, partage souvent avec eux la confrontation à un environnement incohérent : sommé d'être « humain », c'est-à-dire d'avoir un comportement amène de « vendeur », il est cependant de plus en plus soumis à des exigences d'« optimum productif » incompatibles avec les premières exigences,

---

<sup>11</sup> Nous avons présenté et résumé ce travail dans notre livre *L'institution recomposée, tome 2, L'institution totale virtuelle*, J. Blairon, J. Fastrès, E. Servais et E. Vanhée, Bruxelles, Luc Pire, 2001.

tout en étant invité à signer des « chartes de valeur » que les supérieurs qui les ont conçues ou suscitées ne sont pas les premiers à appliquer...

L'« hôpital du 3ème type », comme l'a surnommé Jean-Pierre Le Goff<sup>12</sup> est un environnement plus que rude pour le déploiement d'une politique du Sujet !

C'est notamment avec ce genre de fonctionnement que l'aménité/marketing qui est exigée des uns peut être là pour compenser l'instrumentalisation pratiquée sans état d'âme par les autres...

En tout cas, nous trouvons là un troisième repère qui nous permettrait d'interroger le comportement institutionnel par rapport à la place effective qu'il veut donner au Sujet. Ce repère pourrait se décliner en quelques questions simples :

- Quelles sont les démarches entreprises pour diminuer la probabilité des procédés de l'institution totale dans l'institution de soins ?
- Quelle est la conscience qui existe dans l'institution que ses agents peuvent être eux aussi soumis à de semblables procédés ?
- Quelle politique de formation est mise en place en la matière ? Qui concerne-t-elle ?
- Quelle place est donnée aux « contre-plans » que le personnel est capable de concevoir par rapport à l'organisation des soins (l'expression de « contre-plan », proposée par Castoriadis, désigne les « plans collectifs autonomes » que les agents sont capables de concevoir pour améliorer la mise en œuvre des tâches qui leur incombent ; l'« embrigadement » défini par Goffman les rend par contre impossibles).

Nous serions loin, évidemment, dans le contexte de ces analyses, de la seule demande d'« humanité » ; nous nous sommes d'ailleurs demandé si cette demande ne pouvait pas cacher une simple exigence d'aménité (le « sourire de la vendeuse »), qui peut entrer en confrontation, d'ailleurs, avec les exigences réelles que l'organisation de l'institution impose à ses agents. Nous sommes alors plongés dans un univers confus, où l'on affirme tout et son contraire sans arbitrage aucun. C'est un univers de « sensure » : l'écrivain Bernard Noël désigne par là non une privation de parole (la censure), mais une privation de sens (puisque l'on peut tout dire sans que cela ait de conséquence notable).

L'institution qui pratique la sensure peut avoir « l'humain » à la bouche (surtout pour les autres), tout en niant la place du sujet, en la réduisant ou en détruisant l'autonomie qui en est constitutive. Et c'est bien la dure réalité politique que vos travaux soulèvent.

---

12 J.-P. Le Goff, « Vers l'hôpital du troisième type ? », in *Le mythe de l'entreprise*, Paris, La découverte, 1995, pp. 130 et sq.