

Institutions et professions sociales

Dans le champ théorique de l'analyse des professions, diverses perspectives s'affrontent. Il faudra choisir, donc discuter et puis certainement décider en évitant des schématismes réducteurs ou les formalisations qui se donnent l'apparence de scientificité alors qu'elles sont inconscientes de leurs présupposés.

Concrètement, nous suivrons une démarche assez simple¹. Dans une première phase, nous glanerons dans les travaux de divers spécialistes du problème des professions un certain nombre de définitions de termes centraux qui nous permettront de nous introduire à la problématique générale qui nous occupe. Nous présenterons même, en résumé, un modèle qui a été fort utilisé dans l'analyse des professions.

Il faudra cependant bien vite déchanter et, dans une série de remarques critiques, nous montrerons combien cette démarche est périlleuse.

La notion de profession

Un auteur classique, E. Greenwood, estime qu'une " profession est un groupe organisé, en interaction constante avec la société qui forme sa matrice. Ce groupe exerce ses fonctions sociales à travers un réseau de relations formelles et informelles, il crée sa propre subculture, l'adhésion à cette dernière étant une condition de réussite professionnelle comprise en terme de carrière " ². Un autre auteur, H. Becker, fait remarquer qu'on peut considérer les professions comme des " occupations qui ont eu suffisamment de chance pour acquérir et préserver dans le monde actuel du travail la propreté d'un titre honorifique ".

On ne manque pas de constater que le terme de profession tend à recouvrir à peu près la notion de " profession libérale ". En effet, ce sont essentiellement les professions du droit et de la médecine qui ont servi de références pour la constitution d'un modèle des professions, à tel point que certains n'ont pas manqué d'étendre leur principaux attributs à l'ensemble des activités. Il est vrai que l'on a tenté de raffiner l'analyse, parlant de " vraies professions ", de " quasi-professions ", de " semi-professions " ou encore de " professions marginales ". On retiendra, et c'est l'essentiel, que ce sont toujours les professions libérales centrales qui servent de référence.

La notion d'occupation

D. Sills suggère que " l'occupation peut se définir comme un ensemble de schèmes relativement continus d'activités qui procurent aux travailleurs un moyen d'existence et définissent leur statut social général. Les occupations émergent lorsque la division du travail est associée à une économie monétaire et à des " commodity markets " ³.

Ainsi, la seule véritable différence entre des occupations professionnelles (professions) et non-professionnelles (occupations) serait une différence quantitative et non pas qualitative. Autrement dit, les " occupations " posséderaient les mêmes caractéristiques-attributs que les " professions " mais à un degré moindre.

¹ Jean-Pierre Fragnière, (1984), **Maîtriser la division du travail dans les professions sociales et les professions de la santé**, Réalités sociales, Lausanne, 248 pages.

² Greenwood E., *Attributes of a Profession*, **Social Work**, July, 1957.

³ Sills D., *Occupations and Careers*, in : **International Encyclopedia of the social sciences**, New York, 1968. Chapoulié J. M., *Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels*, **Revue française de sociologie**, vol. XIV, 1973.

Les notions de professionnalisation et de professionnalisme

La professionnalisation désignerait le processus au terme duquel un corps de métier tend à s'organiser sur le modèle des professions déjà établies. Pour ce qui est du terme de professionnalisme, T. Johnson y voit le " stade final auquel parvient une occupation après avoir passé par les divers stades de la professionnalisation " ⁴. En fait, cette notion recouvre plusieurs sens. " Tantôt, elle apparaît comme support des valeurs d'intégration à l'entreprise, comme l'indique son utilisation par les associations professionnelles américaines ; tantôt, elle traduit la subculture d'une profession particulière et sert de point d'appui à la défense d'un statut, la signification est alors proche de celle du corporatisme ; tantôt, elle peut devenir une des composantes de l'idéologie élitiste, voire technocratique " ⁵.

L'idée de modèle professionnel

Toutes ces notions sont largement utilisées dans une vision du travail humain qui considère que " la croissance des activités de service, le développement des catégories d'employés, de cadres, de techniciens, tous ces éléments convergent vers l'émergence d'une société professionnalisée synonyme de société post-industrielle " ⁶.

Ainsi, ce serait l'ensemble du travail qui tendrait à se professionnaliser au point qu'on peut lire l'affirmation de W. Goode : " Une société en voie d'industrialisation est une société qui se professionnalise " ⁷.

C'est donc en s'appuyant sur cette perspective de professionnalisation généralisée et en se référant essentiellement aux " grandes professions libérales " qu'ont pu être constitués des modèles d'analyse des professions largement utilisés par les sciences humaines, particulièrement dans les pays anglo-saxons. Si nous choisissons de présenter de manière assez détaillée l'un de ces modèles d'analyse dans les pages qui viennent, ce n'est pas pour accumuler les références, c'est essentiellement parce que ceux-ci imprègnent largement les schèmes de réflexion que nous avons pu voir utiliser en Suisse.

Dans la ligne des conceptions d'auteurs tels que Greenwood, Flexner et Wilensky, nous constatons que se constitue l'idée d'un modèle professionnel reposant essentiellement sur l'existence de cinq types d'attributs ou grandes caractéristiques qui se retrouveraient dans toute profession constituée. Autrement dit, pour analyser une profession, il conviendrait d'étudier successivement : le corps de connaissances qu'elle s'est constitué, l'autorité professionnelle qu'elle s'est donnée, l'existence d'une sanction par la communauté professionnelle, l'existence d'un code de déontologie et la présence d'une culture professionnelle. Ces cinq dimensions seraient des conditions nécessaires à l'existence d'une profession et déterminantes pour son analyse. Voyons successivement ce qui peut être compris sous ces cinq notions.

Un corps de connaissances

Toute profession reposerait sur l'existence d'un savoir organisé en un système cohérent, un corps de connaissances. Ainsi, un système théorique devra être constitué afin de servir de base aux techniques professionnelles de telle manière que les méthodes reconnues scientifiques puissent être appliquées à la solution des problèmes posés dans le cadre de l'exercice de la profession. L'usage de ces méthodes permettra de développer un esprit rationnel, capable d'autocritique et de controverse. Ainsi se créerait un milieu intellectuel stimulant dans lequel émerge le personnage du chercheur-théoricien dont le rôle se concentre sur la recherche scientifique et une théorisation systématique. On voit ainsi se produire une division du travail entre les professionnels orientés vers

⁴ Johnson T., **Professions and Power**, Macmillan, London, 1972.

⁵ Maurice M., *Propos sur la sociologie des professions*, **Sociologie du travail**, n° 2, 1972.

⁶ Maurice M., op. cit.

⁷ Goode W., *Community within a community : the professions*, **American Sociological Review**, April, 1957.

la théorie et ceux qui seraient orientés vers la pratique. Il est clair que, dans ces conditions, l'entrée dans la profession passe par une formation intellectuelle qui tend à devenir de plus en plus longue et à s'approcher du niveau universitaire. En quelque sorte, on passera d'une formation de type apprentissage à une formation dans un établissement spécialisé qui aura tendance à vouloir se faire reconnaître un niveau de plus en plus élevé jusqu'à tout mettre en œuvre pour être intégré au système universitaire.

Une autorité professionnelle

Si, dans le cadre des activités non professionnalisées, " le client est toujours roi ", dans le cadre des activités professionnalisées, il n'en va pas de même ; le professionnel dispose d'une autorité qui lui est reconnue par son client ou son patient, ce qui lui confère en quelque sorte un monopole de jugement. Les seules personnes habilitées à discuter ses opinions sont ses collègues ou les associations professionnelles qu'ils se sont données. Cet état de choses implique que cette autorité professionnelle soit exercée dans le cadre d'une large autonomie garantie contre toutes pressions extérieures qui pourraient empêcher l'application des critères scientifiques auxquels doit se référer le professionnel. Ce monopole de jugement et cette autonomie impliquent un pouvoir et un prestige auxquels correspondra un certain niveau de revenu.

Une sanction par la communauté

Une profession tendra à faire sanctionner son autorité par la communauté en se faisant attribuer dans un certain nombre de domaines une série de pouvoirs et de privilèges. Cette reconnaissance peut être formelle ou informelle. Ainsi, une profession peut se voir conférer le pouvoir de contrôler la formation professionnelle elle-même, l'entrée dans la profession et l'exercice même de celle-ci. On tentera d'obtenir une reconnaissance légale au terme de laquelle les pouvoirs et les privilèges du corps professionnel font l'objet d'accords spécifiques entre les professionnels et les autorités politiques.

Un code de déontologie

Si l'on peut constater dans toutes les activités humaines, et quasi tous les métiers, une référence à une éthique, les professions tendent à organiser en un code de déontologie l'ensemble des normes et règles qui doivent être respectées par tous ceux qui prétendent l'exercer.

Le plus souvent, ce code tend à être formalisé, à être écrit et promulgué. Il règle, en général, les relations avec les patients ou les clients ainsi que les rapports qu'entretiennent les professionnels entre eux. Le serment d'Hippocrate en est un des exemples les plus prestigieux.

Une culture professionnelle

Chaque profession tendrait à constituer une communauté réelle formée par un réseau de personnes et de groupes. C'est ainsi qu'on peut généralement repérer des organisations dans le cadre desquelles les professionnels exercent leurs activités, les hôpitaux par exemple. On relève également d'autres organisations appelées à produire les professionnels, celles qui contrôlent et dispensent le corps de connaissances, ce sont les centres de formation et de recherche. D'autres, enfin, se développent comme une expression de la conscience de groupe des professionnels et s'attachent à promouvoir les intérêts et les objectifs généraux du groupe en question, ce sont les associations professionnelles.

En outre, la culture professionnelle repose sur des valeurs, des normes et des symboles, c'est souvent la conscience de l'importance du service rendu par le professionnel à la communauté. Les normes professionnelles constituent en quelque sorte un guide de comportement pour toutes les situations. Souvent, on voit apparaître des symboles d'une profession : insigne, uniforme, jargon... A cela s'ajoute l'idée de carrière qui vient constituer un des aspects centraux de la culture professionnelle avec, souvent, des variations sur le thème de la vocation ou de l'idéal de service.

Une voie sans issue ou un piège ?

Les critiques ne manquent pas que l'on peut adresser à ce type d'approche dans l'analyse des professions. On a d'abord fait remarquer combien il faisait reposer ses critères d'appréciation sur les attributs des professions libérales. D'autre part, plusieurs auteurs ont montré combien il était illusoire de vouloir fonder un concept sur la simple observation de la pratique sociale sans s'interroger sur les fondements sociaux des attributs utilisés. Un auteur comme T. Johnson montre combien cette perspective a élargi le fossé existant entre la recherche et les problèmes théoriques posés par l'extraordinaire croissance des professions et les implications de cette croissance sur les changements de distribution du pouvoir dans les cités industrielles.

En définitive, toutes ces analyses se fondent sur une hypothèse sous-jacente : il existe des professions et il n'en existe pas. Ces démarches tendent à opposer un objet qui s'appellerait profession à une série d'autres objets, non nommés, rejetés dans l'oubli, dans le néant du non-dit.⁸

Plus riche, sans doute, serait la perspective consistant à considérer la profession comme la valeur la plus élevée d'une variable à deux dimensions : la maîtrise de la définition de l'activité professionnelle et du contrôle de cette activité ; ce qui est appelé profession ci-dessus apparaîtrait dans ce cas comme l'état maximal d'autonomie, de maîtrise d'une activité. On aurait ainsi à traiter non pas une variable dichotomique (profession — non profession), mais une variable continue, à la question centrale consisterait à se demander de quoi dépendent les valeurs de ces variables. On serait alors amené à réfléchir sur les facteurs sociaux qui déterminent la division du travail et le problème de la profession serait à insérer dans l'interrogation globale que l'on peut conduire sur les facteurs qui déterminent le degré d'autonomie dans une activité objet de division du travail. Quels sont ces facteurs ? Il est clair que l'on peut en trouver aussi bien sur les plans économique, politique et idéologique. Peut-on, par exemple, dans une structure sociale caractérisée par la lutte des classes constituer en profession l'activité de tricoteuse dans une usine textile ? On conviendra que, dans une telle perspective, l'analyse d'une profession ne peut être conduite que dans le cadre d'une confrontation directe avec l'ensemble de la politique sociale qui est conduite dans le domaine considéré ; la compréhension de cette politique sociale devant elle-même faire l'objet d'une analyse résolument historique. Ainsi, pour ne pas tomber dans les pièges que nous venons de rappeler, on comprendra que notre démarche doit s'attacher à comprendre le phénomène général de division du travail, à saisir comment il se développe de manière spécifique dans le secteur des activités liées à la santé et au social.

Travail et division du travail

On aura compris des remarques ci-dessus que l'analyse des notions de travail et de division du travail constitue un instrument privilégié pour la compréhension de ce qu'est l'action sociale aujourd'hui. Nous allons donc entreprendre de réfléchir sur ce qu'est le travail humain, sur les grands moments de son évolution au cours de l'histoire, ainsi que sur le large processus de division qui l'a caractérisé.

Activité et travail

Le travail est une activité, mais toute activité n'est pas du travail. Ceci dit, il faut se demander quels sont les critères qui permettent de caractériser chacune de ces deux notions. S'atteler à cette

⁸ Plus précisément, il convient de souligner combien ce modèle d'analyse est essentiellement une construction empirique à caractère descriptif. De ce fait, l'éclairage qu'il peut donner se limite à objectiver une idéologie et à fournir une " grille de repérage des comportements professionnels ".

Nous croyons essentiel de mettre en évidence les rapports sociaux qui sont à l'origine des faits que cette grille permet de repérer ; la compréhension de ces rapports sociaux est essentielle pour engager une action. C'est la raison pour laquelle nous allons nous livrer à cette longue analyse dont l'objectif est précisément de caractériser ces rapports sociaux dans une perspective qui tente de tenir compte de la dimension historique des phénomènes.

tâche c'est reconnaître bien vite que ce n'est pas la nature de l'activité elle-même qui peut offrir des critères de partition. Il y a en fin de compte peu d'activités qui ne soient considérées comme travail par quelqu'un : jouer au football, déguster un grand crû... c'est du travail pour certains. Par ailleurs, ni le critère de l'effort, ni celui du plaisir n'offrent de base sérieuse de partition. On est dès lors conduit à considérer comme travail les activités qui sont socialement instituées comme telles, indépendamment de leur contenu. Cette position nous amène à chercher les critères qui sont utilisés dans notre société pour instituer une activité comme travail. On peut, à cet égard, faire deux observations :

- on tend à appeler travail l'ensemble des activités rémunérées et visant à la production de valeurs d'usage permettant de satisfaire des besoins ;
- on observe cependant une tendance croissante à utiliser ce terme pour définir toute activité rationnellement orientée vers un but ; à savoir une activité qui se caractérise par la mise en œuvre délibérée de techniques permettant d'atteindre un effet attendu avec le minimum de moyens, sans perte d'énergie, avec un rendement optimisé des capacités de l'individu.

Ainsi, il semble bien que l'on tend à utiliser le terme "travail" pour un nombre croissant d'activités, ce qui montre une tendance à privilégier dans toute activité son orientation vers le but qu'est la production de biens ou de services, cela exprime le développement et la domination idéologique de la production dans notre société⁹.

On voit ainsi apparaître une coupure idéologique de plus en plus marquée entre le travail et le non travail, à laquelle correspond un véritable découpage social du temps : travail/non travail. Cela nous conduit à nous interroger sur l'origine de cette situation en analysant l'usage prédominant de catégories permettant de diviser les activités et le temps. A cet effet, nous allons brièvement étudier la division du travail avant et après la révolution industrielle. Ce sont, en effet, les rapports sociaux liés à la division du travail qui expliquent l'affirmation progressive de la dichotomie travail-non travail, avant que cette idéologie ne tende à recouvrir l'ensemble des activités humaines.

Avant la révolution industrielle

On considère généralement que l'un des premiers critères de la division du travail était fondé sur le sexe. Cette division peut s'expliquer par des caractères naturels (force physique, maternité, garde des enfants, etc.). Il convient cependant de nuancer cette idée : entre nature et comportement, il y a toujours la perception sociale de la nature. On connaît des sociétés où les femmes se chargeaient des travaux lourds de l'agriculture et occupaient quelquefois des positions dominantes par rapport à celles des hommes. La division du travail a véritablement commencé lorsque l'amélioration des techniques et l'invention de nouveaux outils ont permis que se développe une situation dans laquelle tous les hommes n'étaient pas astreints à produire des biens pour leur propre subsistance, mais pouvaient se livrer à d'autres activités, telles que l'artisanat, les arts, la guerre. Dès lors, certains hommes ou groupes sociaux se trouvaient en mesure de s'approprier les biens produits par d'autres. C'est dans ce cadre qu'apparaissent aussi les inégalités sociales liées à la détention par certains individus d'une plus grande partie de la richesse sociale. Ainsi, les diverses sociétés qui se succèdent vont lentement se transformer en se complexifiant ; on assistera, par exemple, au développement d'une nouvelle catégorie de travailleurs qui ne seront plus attachés directement à la production : les marchands ; l'échange monétaire se substituera progressivement au système du troc.

Cette division du travail se marquera aussi géographiquement : on verra apparaître la séparation entre la ville et la campagne, résultat de la concentration des marchands et des artisans dans les villes, le pouvoir politique émigrant lui aussi progressivement de la campagne à la ville.

⁹ L'idéologie du travail qui découle de ce mode d'organisation de la production tend à envahir toutes les activités et à placer dans une position hiérarchique inférieure celles qui sont étiquetées "non-rationnelles". Ainsi se pose le problème de la légitimation de cette rationalité elle-même qui sera tantôt morale, économique ou médicale, etc.

Au Moyen Age, c'est, pour l'essentiel, ce modèle qui caractérise la vie sociale. La noblesse s'approprie une large partie du surplus agricole et fonde son pouvoir sur la domination qu'elle exerce sur les campagnes. Progressivement, les marchands et les artisans se fixent dans les villes. Le commerce leur permet peu à peu d'accumuler des capitaux. C'est le début du déclin du pouvoir de la noblesse ; celle-ci tentera de réagir en s'installant également en ville, en cherchant à s'assurer des revenus, en monétarisant l'économie rurale ou en cherchant à tirer des revenus du commerce. Mais, ce faisant, elle tendra à se nier elle-même et à devoir trouver d'autres bases pour son pouvoir que la seule possession des terres et le système politique féodal. Cette nouvelle base, ce sera essentiellement la détention des capitaux. Le caractère plus ou moins marqué et violent des révolutions politiques qui accompagneront la révolution industrielle est en relation avec le degré de conversion des classes féodales à cette nouvelle base de domination.

Durant toute cette première phase de l'histoire de l'humanité, la division du travail présente certains caractères que nous voudrions brièvement résumer.

D'une façon très générale, la division sociale du travail ne porte pas encore sur le processus même de production, mais sur la production de valeurs d'usage distinctes. En d'autres termes, un producteur accomplit l'ensemble des actes nécessaires à la production d'une marchandise déterminée. Il y a bien sûr des exceptions, dans le domaine de la construction, par exemple, mais, en tout cas, le travail est beaucoup moins parcellisé qu'il ne le sera ultérieurement dans la manufacture et dans l'usine.

D'autre part, le producteur est généralement maître des moyens de production ; souvent, il en est lui-même le propriétaire (c'est le cas des artisans), très souvent, il les utilise librement quand bien même il n'en a pas la propriété juridique. Ainsi, si l'esclave ou le serf se voient imposer la finalité de leur production, ils maîtrisent très fréquemment le processus de production lui-même, la manière de produire. Il y a à cet égard de nombreuses exceptions ; on peut dire qu'il s'agit d'une tendance dominante.

Ces deux éléments ont un certain nombre de conséquences sur le sens même du travail ainsi que sur la division sociale du temps.

Ainsi, on peut remarquer que le temps de travail opposé au temps de loisirs ne fait pas l'objet d'une réglementation aussi rigide qu'actuellement. Le plus souvent, le producteur est libre de décider quand il va produire. Cela ne signifie pas, bien sûr, qu'une liberté totale ait été possible. Les contraintes étaient nombreuses : physiques (lever et coucher du soleil, conditions météorologiques, saisons), sociales (techniques à disposition, marché, etc.). Mais il importe de souligner que ces contraintes sont moins imposées au producteur que prises en considération par lui dans la planification de ses activités ; on peut donc parler d'une certaine maîtrise du temps de travail par le producteur lui-même.

En outre, la séparation existant de nos jours entre lieu de travail et lieu de non-travail n'est pas si prononcée. Souvent, le producteur vit et travaille dans une seule pièce avec toute sa famille. Son activité n'a rien de mystérieux, elle n'est pas à expliquer ou à raconter, ni à taire parce que cela ne regarderait ni femme ni enfant. C'est au contraire une activité intégrée à l'ensemble des autres comportements ; dans ces conditions, la coupure si prononcée de nos jours entre âge du travail et âge de l'enfance est beaucoup moins évidente. D'ailleurs, les femmes ont souvent un statut professionnel qui atténue la cassure entre les comportements féminin et masculin.

Dans ces conditions, la séparation entre les activités productives et celles qui sont liées à la reproduction de la force de travail est moins affirmée qu'actuellement. Selon les termes de R. Garaudy, " le travail humain est... indivisiblement technique, magie, religion et art " ¹⁰.

Enfin, le savoir tient une autre place dans la production. Il est vrai, sans doute, que la division de la société en classes est légitimée par la valeur attribuée aux différentes activités et par la hiérarchie

¹⁰ Tout cela retentit sur la signification du concept de travail. En effet, à cette relative indifférenciation sociale correspond une relative indifférenciation au plan du langage.

des savoirs qu'elles requièrent. Le travail manuel est généralement dévalorisé et attribué à une classe dite "inférieure". Cependant, à chaque niveau de l'organisation sociale, chaque groupe possède une notable maîtrise du savoir requis pour la pratique de ses activités. Le savoir de la classe dominante a relativement peu d'influence directe sur le travail des producteurs. Chaque travailleur possède souvent l'ensemble des connaissances nécessaires pour l'ensemble du processus de production. S'il existe une hiérarchie des savoirs, celle-ci est linéaire, l'apprenti a la possibilité de devenir maître à son tour... Il est vrai que ces passages deviennent de plus en plus difficiles, les maîtres tendent à l'interdire.

En bref, nous constatons une situation où les travailleurs possèdent ou tout au moins maîtrisent l'appareil productif, maîtrisent le processus de production et détiennent les savoirs requis pour cette production. Ces caractéristiques du travail sont, bien sûr, liées à un certain état de la division du travail et à l'organisation sociale dans laquelle elles se déploient. Dans ces conditions, on peut facilement imaginer que le sens du travail est bien différent de celui qu'il peut revêtir aujourd'hui. Nous verrons bientôt qu'avec la révolution industrielle, la situation va profondément se transformer pour conduire à l'évolution qui fait apparaître le type de travail que nous connaissons aujourd'hui.

Après la révolution industrielle

Le vaste mouvement de transformation socio-économique désigné par le terme de révolution industrielle va avoir de lourdes conséquences sur le travail humain ; deux éléments principaux caractérisent ce phénomène en transformant les conditions antérieures de production. On constate d'abord une large modification sur le plan technologique avec l'introduction généralisée de la manufacture, puis de l'usine qui remplacent peu à peu le producteur indépendant. Dans ces nouvelles conditions, la division du travail est de plus en plus poussée ; la multiplication des machines et la division du travail permettent d'augmenter la productivité, c'est-à-dire de produire beaucoup plus avec une moindre dépense de force de travail.

La deuxième transformation peut être repérée sur le plan social ; la révolution industrielle correspond à une généralisation de nouveaux rapports sociaux dans la production. On voit, d'une part, se concentrer le capital dans les mains d'une minorité d'individus, les propriétaires des entreprises, ceux-ci utilisant leur capital à acheter les machines et les matières premières utilisées pour la production.

D'autre part, le salariat se généralise ; les anciens producteurs dépossédés de leurs moyens de production offrent leur force de travail en échange d'un salaire. La notion de travail sera désormais liée à celle de rémunération.

La révolution industrielle va ainsi entraîner toute une série de conséquences sur le plan du travail humain.

- a) L'ouvrier ne possède plus la maîtrise du processus de production. Cela veut dire concrètement que le producteur n'est plus libre de décider de ce qu'il va produire, ni de la manière selon laquelle il va effectuer cette production. Il est vrai que cette dépossession de la maîtrise du processus de production va être lente et progressive, jusqu'au point où, avec la généralisation du machinisme et l'étude "scientifique" du travail (Taylor), on voit apparaître des ensembles de normes qui règlent la quasi totalité de l'action du producteur.
- b) En outre, le temps et la durée du travail sont imposés au producteur par le propriétaire des moyens de production (de la sirène des usines à l'horloge à timbrer). On voit ainsi apparaître une coupure de plus en plus nette du temps divisé désormais en temps de travail et temps de non-travail... à tel point que beaucoup considèrent cet état de fait comme naturel.

c) De même, la révolution industrielle établit une coupure de plus en plus marquée entre espace de travail et espace de non-travail¹¹. On voit se constituer un lieu strictement réservé au travail avec son mode de vie propre. Souvenons-nous ici des innombrables règlements d'usine qui foisonnent au XIX^e siècle : “ Il est interdit de manger, de boire, de fumer, de rire, de chanter, de parler, etc ”¹².

Il faudra attendre les subtils “ sociologues ” de la première moitié du XX^e siècle pour découvrir que ces activités peuvent “ motiver ” à produire. En attendant, elles seront reléguées dans le temps de loisirs que l'on n'appelle du reste pas immédiatement ainsi : avant que le temps de travail ait diminué et que le capital ait pénétré dans le domaine des loisirs, on parle plus fréquemment d'oisiveté pour désigner le temps libre. On assiste même à d'étranges phénomènes au terme desquels les normes du travail pénètrent progressivement en dehors des lieux de travail eux-mêmes. On s'inquiète de la morale du peuple et on cherche, par divers moyens, à normaliser la reproduction de la force de travail. Nous pensons ici, en particulier, à tout un ensemble de légitimations de l'enseignement, du service social, etc.¹³

Enfin, la division du travail liée à la révolution industrielle entraîne une série de conséquences sur le plan du savoir. Si la maîtrise du processus de production échappe au producteur lui-même, c'est que le savoir tombe de plus en plus sous le contrôle et le monopole des détenteurs de capital. Ainsi, les propriétaires achètent leurs brevets aux “ inventeurs ” et engagent des ingénieurs chargés de définir le processus de production et de l'imposer aux producteurs eux-mêmes... avec, parfois, le secours des psychosociologues spécialistes de la “ motivation ”. Dans ces conditions, le savoir devient de plus en plus un moyen de démarcation et de domination sociale ; il offre une nouvelle légitimation à l'inégalité sociale : de naturelle, morale ou métaphysique, la hiérarchisation sociale se trouve fondée largement sur des inégalités de savoir, alors même qu'historiquement ces inégalités ne sont constituées que par une division sociale du travail croissante et la constitution du savoir lui-même comme objet de la division du travail.

Ainsi, si cette nouvelle organisation du travail permet un gain énorme de productivité, il n'a pas été facile aux “ nouveaux maîtres ” de l'imposer. On sait que les premiers ouvriers sont essentiellement des indigents à la charge de la communauté, des soldats licenciés, des paysans déracinés, des femmes et des enfants contraints au travail sous la double pression de l'autorité du mari et du père et du bas salaire de ceux-ci..., sans oublier le contingent fourni par les enfants de l'assistance publique auxquels on offre un “ apprentissage ” en usine¹⁴.

On verra ainsi apparaître un ensemble de mesures faites de persuasion, de contrôles et d'impositions qui tendent à encadrer le nouveau mode de production comme les conditions nouvelles dans lesquelles va se reproduire la force de travail ; en quelque sorte, il faudra changer les valeurs, les attitudes et “ faire avaler ” un nouveau mode de vie.

La manière dont est conçu le travail aujourd'hui est un héritage (développé et affiné sans doute) des transformations induites par la révolution industrielle. Si les indications que nous avons pu apporter ici ont la faiblesse de tout schématisme, elle fournissent les points de repère essentiels permettant de comprendre l'évolution du travail dans le secteur de la santé et, même, le sens de son utilisation comme instrument thérapeutique.

¹¹ Cette coupure sociale (travail/non-travail) s'accompagne d'une double rationalité au plan du travail. On a, d'une part, une rationalité fondée sur la dimension technique (ce qui aboutira à l'œuvre de Taylor) et, parallèlement, une rationalité morale (où apparaissent les notions de discipline, de devoir, etc). Comme l'indique M. Foucault, on assiste à une transposition de cette double rationalité du travail au plan du loisir. Ensuite, avec l'appui de toute une théorisation psycho-sociologique, on passe à une rationalité équilibrée scientifiquement et cela à ses deux niveaux.

¹² Voir à ce propos la revue **Les Révoltes logiques**, N° 5, 1977.

¹³ Cf. travaux de Boltansky et Foucault.

¹⁴ Voir : **Les Révoltes logiques**, N° 1, 1975 ; N° 5, 1977.

La division du travail dans le secteur médical

Notre projet nous conduit à tenter de comprendre dans quelle mesure ces phénomènes généraux de transformation du travail humain sont repérables dans le secteur médical. Concrètement, peut-on constater que les rapports sociaux entre malades, médecins, rapports portant sur la maîtrise du savoir et de ce que, par analogie, nous pourrions appeler le processus de guérison, sont en relation avec la division du travail dans le domaine médical¹⁵.

Si un parallélisme existe, nous devrions constater au fur et à mesure du développement de la division du travail que le malade est dépossédé de la connaissance du processus de guérison, que les lieux liés à la maladie sont imposés, qu'il apparaît un temps pour être malade et un temps pour être sain et que tout un ensemble de normes définissant la maladie et la normalité sont imposées aux individus par les détenteurs du savoir médical. Esquisser des réponses à ces vastes questions implique que l'on fasse un peu d'histoire.

Avant la " révolution clinique "

Quelques citations trop rapides nous permettront de construire une image indicative de la situation dans la vaste période qui va de l'antiquité à la fin du Moyen Age.

A propos du serment d'Hippocrate

" Il tend à représenter une des premières tentatives de contrôle de la pratique médicale par le corps médical lui-même. Il amène aussi des principes de sélection du corps médical..., c'est, en effet, à travers l'histoire d'abord pour se protéger du charlatanisme qu'a été suscitée par les citoyens eux-mêmes, l'édification du pouvoir conféré au corps médical. C'est au nom de cet argument que le pouvoir, de mieux en mieux consolidé, devait tendre à évincer systématiquement les pratiques jugées par lui-même non conformes et, par là, renforcer l'appropriation du pouvoir de soigner"¹⁶.

Le médecin

" Le médecin communique ses impressions au patient et aux amis de celui-ci et, tout en s'informant sur le malade autant qu'il le peut, il l'instruit"¹⁷.

" Le bon médecin ne prescrit rien au malade tant qu'il ne l'a pas convaincu de l'efficacité de son traitement. Et alors seulement, une fois qu'il l'a amadoué par l'usage de la persuasion, il tente de mener son ouvrage à son terme en lui restituant la santé"¹⁸.

" Le médecin doit être studieux dans ses connaissances, avisé et méthodique dans la prescription de ses traitements, circonspect et prudent dans ses réponses, ambigu dans ses pronostics, juste dans ses assurances ; et qu'il ne promette pas par lui-même la santé, parce qu'il usurperait alors la fonction divine et commettrait une offense envers Dieu. Qu'il promette auparavant fidélité et diligence et qu'il se montre discret dans ses visites, diligent dans sa conversation, honnête dans ses sentiments, bienveillant à l'égard de son patient ". (*Arnaud de Villeneuve*)

Riches et pauvres

" Que le médecin aide les pauvres quand il lui est possible de le faire, mais qu'il ne craigne pas de demander de bons honoraires aux riches " (*Lanfranc, XIIIe siècle*).

¹⁵ De plus, on peut s'interroger sur l'existence d'autres rapports entre la division du travail dans le domaine de la production et celle qui apparaît dans le secteur médical, rapports qui pourraient être plus que purement analogiques. Dans quelle mesure les deux phénomènes sont-ils identiques ou l'un condition d'existence de l'autre ? Plus précisément, y a-t-il correspondance entre la dépossession de la maîtrise de la production liée au salariat et ce que nous pourrions appeler, par hypothèse, la dépossession de la gestion de la santé et de la maladie ?

¹⁶ Robin, **Le pouvoir médical**, Paris, 1976.

¹⁷ Platon, **Banquet**, 186. E.

¹⁸ Platon, **Lois**, 720. D.

D'une manière générale, on peut dire qu'aussi bien dans la Grèce antique qu'au Moyen Age, la division du travail reste peu marquée. Si l'accès à la connaissance médicale se trouve limité, l'idéologie médicale elle-même suppose sa communication¹⁹.

Elle est en outre subordonnée, au Moyen Age surtout, à une idéologie plus large, philosophique ou religieuse, objet d'un consensus social qui constitue un véritable contrôle du pouvoir médical. D'autre part, la partition entre santé et maladie n'est pas très stricte. Dans ces conditions, l'individu malade possède une certaine maîtrise de sa maladie et de son corps, maîtrise idéologique, faut-il le préciser. Celle-ci apparaît en quelque sorte comme le pendant dans le domaine médical du pouvoir que nous avons constaté dans les pages précédentes sur le processus de production. Quelques signes émergent toutefois annonçant la "révolution clinique" qui arrachera ultérieurement à l'individu la maîtrise de la maladie et du processus de guérison. On voit se profiler un affranchissement idéologique de la médecine, condition d'émergence d'une nosologie savante et réservée au corps médical ; c'est aussi la mise en place des premiers hôpitaux, condition de la mise à disposition des corps pour le médecin.

La "révolution clinique"

Le bouleversement que constitue la Révolution française va, pendant une courte période, interpellé sinon la pratique médicale, du moins l'idéologie qui la fonde. Ainsi, on va affirmer que la démocratie c'est, finalement, l'exercice d'un pouvoir collectif qui porte aussi sur le milieu. Dans ce contexte, la médecine devient affaire publique au même titre que tout autre secteur de l'activité sociale ; les réformes du système de santé peuvent donc être proposées par des non-médecins.

Il est vrai que ces velléités de réformes ne déboucheront que sur de maigres réalisations. Les projets vont cependant dans le sens d'une remise en question des institutions hospitalières qui sont considérées comme pathogènes pour les individus qui y sont placés et comme génératrices de maladies pour le milieu²⁰. Ces projets de transformation reposent sur deux grands mythes : celui de la mise en place d'une profession médicale rationalisée, organisée sur le mode du clergé et investie au niveau du corps et de la santé de pouvoirs semblables à ceux que celui-ci exerçait sur les âmes ; celui d'une disparition totale de la maladie dans une société sans trouble ni passion.

Dans ces conditions, l'assistance au malade devrait être gratuite et obligatoire ; la première tâche du médecin étant de caractère politique : la lutte contre la maladie commençant par une guerre livrée aux mauvais gouvernements. A la limite, il suffirait de diffuser les principes de la préservation d'une vie saine, chacun pouvant devenir son propre médecin. L'assistance devrait être décentralisée et confiée aux instances locales, l'hôpital étant réservé aux malades contagieux et aux sans-famille. Dans ces conditions, la médecine hospitalière deviendrait une tâche nationale fondée sur la conscience et le devoir social.

On sait que pour toute une série de raisons politiques et économiques les réalisations ont été faibles au cours de cette période. C'est plutôt à un "tri" des déviants que se livreront ultérieurement la médecine et les agents du contrôle social. Il n'en reste pas moins que cette période a permis l'émergence d'une volonté de faire de la médecine l'affaire de tous, offrant une sorte de sursis historique à la spécialisation et à l'appropriation du savoir médical par les médecins qui marqueront l'évolution au XIX^{ème} siècle.

¹⁹ Il faudrait se garder de considérer ces trop brèves citations comme une idéalisation d'un passé lointain et mal connu. La situation était loin d'être idyllique - seules certaines couches sociales avaient accès à des soins "médicaux" et l'efficacité de ceux-ci était fort problématique. Nous n'avons voulu prendre en considération ici que la question particulière de la relation médecin-malade.

²⁰ A cela s'ajoutent des préoccupations financières : le financement des hôpitaux coûte cher, d'autant plus que l'on veut lutter contre le clergé qui joue un rôle important.

La cristallisation de l'idéologie médicale

Le XIX^{ème} siècle sera marqué par une évolution très profonde des conceptions médicales antérieures. Pour les caractériser, nous nous appuyerons essentiellement sur les analyses que propose Antoinette Chauvenet.

“ Aux XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles, le principe thérapeutique est qu'il convient de laisser faire le cours de la nature, laquelle tend spontanément à évacuer les humeurs viciées. La reconnaissance de l'autonomie de la nature est malgré tout empreinte de religiosité parce que celle-là est l'œuvre de Dieu. Et peut-être faut-il voir là une des racines de l'absence de véritable spécificité des remèdes malgré l'étonnante variété de leurs composants : la nature créée par Dieu reste indivisible. Autrement dit, on peut opposer une conception naturaliste ancienne dans laquelle le malade accomplit lui-même un travail de pénitence en vue de la rémission du mal et la conception actuelle qui confie ce rôle au spécialiste. Le malade se soumet non à la toute puissance de la nature, mais à ceux qui ont tous pouvoirs sur elle, même celui d'en modifier l'évolution ”²¹.

Les définitions foisonnent qui caractérisent cette évolution. Lentement, la maladie se trouvera définie sur la base d'une normalité dont le médecin maîtrisera les critères. Ainsi se constitue une “ nouvelle idéologie ” fondée sur trois notions²² :

- a) rien dans la maladie ne constitue pour l'homme une nécessité absolue ;
- b) toutes les maladies peuvent être évitées, en principe ;
- c) les progrès de la technique permettent une pénétration asymptotique, diagnostique et thérapeutique dans la réalité du dérèglement morbide. Le médecin cesse progressivement de se considérer comme le simple serviteur de la nature au moyen de son art.

Cette évolution est lourde de conséquences dans le sens où elle conduit à mettre l'accent sur une nosologie basée sur l'observation du malade. Le corps doit être considéré comme signifiant, émettant toute une série d'informations qui seront décodées par le médecin. Ce fait est important : il consacre l'idée que le sens de l'état physique n'est accessible que sur la base d'une interprétation des signes du corps dont les critères font l'objet du savoir médical. A l'interprétation que le malade donne de son mal, pourra ainsi s'opposer celle du médecin. Notons ici que, désormais, c'est essentiellement le corps qui est “ regardé ”, la relation du malade au corps pouvant être négligée puisqu'elle est considérée comme fondée sur une interprétation erronée, tout au moins médicalement inutile. On est loin de la conception moyenâgeuse qui intègre l'interprétation du corps par le malade à la définition de la maladie.

Ce nouveau regard médical entraîne une dépossession de la maîtrise de la maladie par le malade lui-même. La normalité, aussi bien que la maladie, deviennent ainsi définissables par le médecin en dehors de la perception qu'en a le malade lui-même²³ dont la parole sera considérée, dorénavant, comme relevant du “ discours naïf ” populaire. “ C'est donc la maîtrise par le médecin des lois que déterminent la maladie qui fonde idéologiquement la maîtrise du rapport social entre le médecin et le malade ”²⁴.

La maladie comme rapport social

Nous ne nous arrêtons pas ici sur les résultats thérapeutiques de cette nouvelle conception et nous ne saurions en nier l'importance. Il importe cependant de souligner que cette idéologie ne

²¹ Chauvenet A., *La qualification en milieu hospitalier*, **Sociologie du travail**, 2/1973.

²² Entralgo P. L., **La médecine et le malade**, Paris, 1969.

²³ Cette idéologie débouche sur la distinction entre les “ vrais ” et les “ faux ” malades. Ces derniers seront d'abord stigmatisés selon un code moral (on les appellera “ paresseux ”) avant qu'au XX^e siècle, la “ fausse maladie ” devienne elle-même un signe clinique interprété par le psychosomaticien, le psychologue, etc. On verra que l'attitude du malade à l'égard du traitement sera lui-même investi de significations médicales, ce qui est lourd de significations idéologiques lorsque le but du traitement se confond avec l'adaptation du corps et de l'esprit à la normalité sociale.

²⁴ A. Chauvenet, op. cit.

peut fonctionner sans l'apparition de nouveaux rapports sociaux entre le médecin et le malade et qu'elle permet à la maladie d'acquérir un nouveau statut social. Le malade doit pouvoir être observé et les bases sont posées pour le développement de l'hôpital qui constituera le lieu d'observation, le lieu de présentation du malade au médecin ou encore, comme l'écrit Claude Bernard : " le vestibule de la médecine scientifique, le véritable sanctuaire de la science médicale étant le laboratoire ". Dans ce contexte, la formation du médecin se modifie ; les professeurs de médecine sont choisis parmi les praticiens les plus réputés et les plus renommés pour leur pratique. La première division instaurée entre le médecin et le chirurgien se complète progressivement de spécialités fondées sur le double critère d'un découpage du savoir médical et du type de thérapie. On assiste également à l'apparition de l'infirmier. Son rôle consistera à maintenir le malade présent physiquement comme support, porteur de la maladie. Dès que les indications et les soins pourront être normés sur la base du diagnostic, ils seront effectués par lui ; on verra aussi apparaître une dissociation des fonctions hôtelières et des soins.

Deux grands ensembles d'actes pourront être distingués :

- a) ceux qui sont investis par le savoir médical,
- b) ceux qui visent à reproduire le malade pour le médecin.

Plus les premiers seront définis et normés, plus ils feront l'objet de division du travail et seront confiés à des infirmiers, sous contrôle médical. La deuxième catégorie d'actes sera progressivement investie par le savoir médical et l'objet d'une normalisation légitimée par celui-ci. Lentement, la manière de manger, de se coucher, de se divertir, d'occuper son temps libre revêtira des fonctions thérapeutiques. Dans ces conditions, le malade ne pouvait que tomber dans une situation de soumission profonde, son rôle consistant essentiellement à accepter les processus de présentation de son corps au médecin et le traitement médical²⁵.

Mais si l'on se souvient du fait que les individus sont très inégalement exposés aux facteurs pathogènes, on peut comprendre l'ambiguïté du rôle joué par cette nouvelle " normalité médicale ".

Antoinette Chauvenet note à ce propos :

" Le discours médical, parce qu'il est scientifique, est inaccessible au malade. L'ordre imposé sur les corps, la répression de cette déviance corporelle que constitue la maladie passe par cette distanciation opérée par le seul fait que la science crée le spécialiste, c'est-à-dire exclut la parole du sujet... La parole scientifique et la pratique médicale... fondent la soumission du corps (du malade), un devoir de bonne santé, la négation des symptômes et des signes du corps en tant que demande dans un autre langage, une autre sphère d'échange que le langage spécialisé. La revendication d'un droit à la santé dans cette perspective apparaît comme étant aux antipodes d'un droit à la maladie en tant que droit à la déviance corporelle, à la grève du corps au travail.

Par la reconnaissance de ce droit, la société accepte de payer le risque induit par le développement économique. Or, ce risque social est très inégalement réparti et correspond à la traduction d'un système social de classes. Dès lors, la réalisation du risque, lorsque la maladie est trop visible et le travail trop destructeur, tourne le statut de la maladie en déviance.

La maladie devient une déviance naturelle liée à l'appartenance de classe. Le sujet devient responsable de cette déviance qualifiée d'inadaptation corporelle. C'est ainsi que cette vie dangereuse à laquelle sont soumises certaines professions, par un retournement idéologique fréquent, devient un attribut naturel de certaines classes sociales dites dangereuses. Le droit à la santé est d'autant plus surveillé, voire bafoué, que le risque au nom duquel ce droit a été créé est

²⁵ Cette évolution repose sur l'hypothèse (vérifiée dans bien des cas) que tout acte, tout comportement ou milieu peuvent être signifiants pour la compréhension de la maladie. Ce constat fonde l'irruption du regard médical comme légitimation de l'organisation des soins avant qu'il ne s'étende à l'ensemble de la réalité sociale. C'est cependant ce même constat qui introduit une distinction entre deux types de rationalité : celle de l'extérieur (dans le cadre de la production, par exemple) et celle de l'intérieur, celle du regard médical.

plus important. Le malade des classes les plus exposées au risque est un malade suspect. Sa maladie même menace l'ordre social en ce qu'elle révèle l'inégalité ou plutôt l'exploitation qui la produit. Cette suspicion pèse sur la légitimité de la maladie : c'est un absentéiste²⁶.

(...) "La fatalité naturelle conduit à l'acceptation d'un sort auquel le sujet est totalement étranger. C'est pourquoi la régression du malade, l'intensité de sa demande sont interprétés également comme des lois naturelles de la maladie, ce qui permet d'éviter qu'il soit répondu à cette demande, au sens où la maladie est l'expression corporelle d'une certaine demande d'échange social. Par exemple, le délire provoqué par la fièvre rend suspect le délire du malade, par le seul fait qu'il y a délire"²⁷.

En outre, le savoir médical joue un rôle idéologique important pour la reproduction de l'organisation sociale en substituant un ordre biologique à l'ordre social dans la considération de l'étiologie et de la thérapie de la maladie. Ainsi, les épidémies, l'alcoolisme, la prostitution, la malnutrition font-elles partie de la condition ouvrière du siècle dernier. Il n'est pas indifférent que ces phénomènes soient problématisés en termes médico-politiques. La première solution permet de substituer un monde biologique, objet d'une appropriation savante de la part de spécialistes à un monde social, enjeu des affrontements entre classe dominante et classe dominée. Cette substitution, et d'autant plus si elle est acceptée par la société, permet finalement de présenter comme phénomènes biologiques des réalités qui sont d'abord sociales et d'y chercher des remèdes (le terme n'est pas neutre !...) aux plans mêmes où le phénomène est problématisé. Ainsi, l'alcoolisme n'est-il plus partie intégrante du sort réservé à la classe ouvrière au siècle dernier, mais problème d'"hygiène mentale". Ainsi, la question de la prostitution sera-t-elle surtout abordée sous l'angle de la maladie vénérienne (voir les écrits de Léon Fiaut au début du XXème siècle). Ainsi la tuberculose, la silicose, maladies largement liées à l'investissement social du corps sont-elles constituées en problèmes médicaux. Cette évolution se poursuivra jusqu'à nos jours : les médecins ne sont-ils pas, actuellement, maîtres de la problématisation de phénomènes tels que la toxicomanie ?"²⁸

Nous n'avons évoqué que des principes, des tendances ; ils ont cependant des conséquences fondamentales. Dans le domaine de l'éducation des enfants, ces tendances introduisent des règles extrêmement précises et, par conséquent, déterminent de plus en plus les actes de la vie privée. Le médecin affirme par là même son autorité ; il apparaît comme un gestionnaire non seulement de la maladie, mais également de la normalité. Le XXème siècle, au moins dans sa première moitié, ne fera que développer cette tendance.

De la " révolution clinique " à la politique de la santé

Au cours du XXème siècle, on constate une accentuation des évolutions dégagées plus haut qui aboutit à constituer la santé et la maladie en enjeux politiques. Nous allons les caractériser à plusieurs niveaux.

Science

La conception de la maladie que nous avons décrite s'affirme de plus en plus : la médecine s'affranchit des systèmes de référence philosophiques comme elle l'avait fait par rapport à la théologie.

Elle tend à se fonder surtout sur la biologie, les médecins gardant cependant un contrôle étroit sur l'application de la biologie à la médecine. Cette constitution de la médecine comme science empirique et rationnelle confère aux médecins le pouvoir de déterminer ce qui est maladie et ce qui

²⁶ A. Chauvenet, op. cit., p. 152.

²⁷ A. Chauvenet, op. cit., p. 153.

²⁸ Nous parlons d'un développement de la médicalisation de ces problèmes sociaux, ce qui ne saurait signifier l'existence d'un monopole de la médecine sur les solutions mises en œuvre.

est normalité. Ainsi, et c'est là un phénomène important, on ira dorénavant chez le médecin pour savoir si l'on est malade. Celui-ci sera, en outre, érigé en juge de la normalité dans toute une série de situations qui requièrent une activité spécifique et normée du corps et du psychisme (aller à l'école, exercer sa profession, ... déjà, repasser son permis de conduire).

Spécialisation

Le XX^{ème} siècle voit apparaître également une spécialisation de plus en plus grande de la médecine. Cette division du travail n'est évidemment possible que dans la mesure où l'on dissocie la maladie et le malade, l'activité diagnostique consistant essentiellement à " reconnaître " dans le corps et l'esprit du malade les signes d'une réalité construite par le médecin dont celui-ci conserve la maîtrise théorique. C'est cela, entre autres, qui permettra qu'apparaisse le fameux problème de la communication au malade de sa propre maladie (le médecin connaît l'existence d'une maladie et s'interroge sur l'opportunité d'en informer son patient). On est bien loin d'une conception hippocratique de la médecine.

Cette spécialisation médicale va s'effectuer à plusieurs niveaux.

- a) La perception des signes du corps et leur interprétation va fonder des spécialités. C'est l'apparition de la radiologie, des activités d'analyse, etc.
- b) Un autre critère de spécialisation est fondé sur la nosologie médicale. On voit apparaître les cardiologues, les dermatologues, les oto-rhino-laryngologistes, etc.
- c) Un troisième axe de division est lié aux techniques d'intervention. La distinction entre médecins et chirurgiens se précise, se fractionne en un grand nombre de spécialités. Et celles-ci peuvent se combiner avec le critère précédent d'où, par exemple : les chirurgiens spécialistes de la chirurgie de la main.
- d) Un critère se développe enfin, fondé sur la rationalité de la science médicale qui permet de définir des normes assez précises pour que le médecin puisse déléguer une partie de ses tâches et de son pouvoir médical à du personnel subalterne chargé d'appliquer un traitement normé, lié à un diagnostic précis effectué par lui. Les infirmiers et nombre de professions " paramédicales " seront chargés d'appliquer le traitement prescrit par le médecin.

Ce processus se développera à tel point que, tendanciellement, le médecin exercera une tâche de contrôle des opérations déléguées au personnel subalterne. On voit bien que, si la " révolution clinique " correspondait à une perte par le malade de la maîtrise du processus de guérison, la spécialisation médicale tend à déposséder le médecin d'une partie de la maîtrise de ce processus. Son intervention se limite de plus en plus à une partie du corps ; ainsi est consacrée institutionnellement la division de ce qu'on peut appeler la " totalité " du malade²⁹. On connaît le mouvement actuel de critiques de cet état de faits.

Hiérarchie

Il n'en reste pas moins que le savoir médical reste encore, le plus souvent, hiérarchisé selon son degré de rationalité. A témoin cette remarque significative d'un interne de médecine générale, citée par Antoinette Chauvenet : " Les spécialités en pointe, par exemple la neurologie et la cardiologie, sont à la mode pour des raisons techniques. Les spécialités permettent de savoir où l'on va, d'établir un diagnostic plus sûr, plus scientifique. C'est plus intéressant, plus satisfaisant. On

²⁹ Cette notion renvoie au fait que l'ensemble des caractéristiques somatiques et psychiques du malade forment une totalité qui apparaît comme telle au malade lui-même. Or, la constitution de corps de connaissances spécialisés implique qu'ait été réalisée une brisure analytique de cette totalité, c'est une exigence théorique de toute production d'un savoir particulier. Cette brisure conduit à des interventions thérapeutiques spécialisées qui, pourtant, sont " vécues " par le malade à d'autres plans qu'à celui qui, analytiquement, fonde la spécialisation. Ainsi, le chirurgien n'est pas psychologue, alors même que l'acte chirurgical ou la relation malade-médecin sont significatifs au plan psychologique.

parvient à de bons résultats. Quand on est allé en spécialité et que l'on vient en médecine générale, le travail apparaît confus. On oublie ce que l'on a appris³⁰.

Cette hiérarchie se manifeste également au niveau de la formation médicale. Elle permet de garantir la conformité professionnelle du futur médecin.

Institutionnalisation

Cette évolution débouche sur une organisation hospitalière spécifique. On assiste à une institutionnalisation de la division du travail par l'organisation, celle-ci se reproduisant ultérieurement relativement indépendamment de l'idéologie qui est à son origine, souvent sous la pression de facteurs qui n'ont rien à voir avec la médecine. Ainsi, la division entre hôpitaux psychiatriques et hôpitaux de soins généraux va avoir des effets sur le budget de l'État, sur l'organisation des filières de formation, sur la création de statuts et d'intérêts professionnels distincts. Dès lors, la reproduction de l'organisation hospitalière oblige, de fait, à reproduire l'idéologie médicale. En d'autres termes, toute volonté de modifier l'idéologie médicale va se heurter non seulement à l'ancienne idéologie mais aussi à sa traduction institutionnelle comme à l'ensemble des facteurs médicaux qui concourent à sa reproduction. Il s'agit là d'un phénomène extrêmement important qui va croissant dans la mesure où la division du travail et la technicité des soins augmentent. Il en résulte que toute volonté de modifier l'organisation hospitalière s'avère de plus en plus difficile. C'est sans doute un des facteurs qui freinent le plus les progrès de la médecine. Dans ce contexte, on assiste à la multiplication des institutions de plus en plus spécialisées. La ségrégation s'organise au niveau du type de maladie et de son caractère plus ou moins chronique ; le "tri" du malade et son orientation dans l'établissement adéquat prennent une importance de plus en plus considérable et exigent des ressources de plus en plus lourdes³¹.

Des facteurs déterminants

Cette évolution est, bien sûr, la conséquence de facteurs qui relèvent des modifications de l'idéologie médicale. D'autres facteurs cependant jouent un rôle important dans ces phénomènes de transformation.

- a) On constate que l'accès aux soins est progressivement mieux assuré pour la majorité de la population sous l'effet, notamment, du développement de la sécurité sociale. Il est vrai que de nombreuses disparités subsistent, les diverses catégories sociales n'ont pas les mêmes chances d'accéder à des soins identiques ; globalement, cependant, la tendance est évidente.
- b) Le vieillissement démographique a également comme effet de provoquer une forte augmentation de la demande de soins. Les travaux de Pierre Gilliland sont éloquentes sur ce point.
- c) Les évolutions que l'on peut constater dans la famille déterminent également une consommation supérieure de prestations hospitalières. La famille n'est plus le lieu où l'on est malade et où l'on meurt ; ce fait n'étant pas seulement lié à une modification de l'idéologie médicale mais aussi à l'impossibilité ou aux difficultés objectives de soigner le malade en milieu familial (problèmes de logement, travail de la femme, etc.).

³⁰ A. Chauvenet, op. cit., p. 148.

³¹ Les ergothérapeutes connaissent bien ce problème. La création d'un atelier d'ergothérapie s'effectue le plus souvent "en marge", de l'organisation spatiale de l'hôpital : on "ouvre" un atelier d'ergothérapie, on "descend" de la chambre de malade à cet atelier. Ces parcours signifient concrètement la sortie et l'entrée du malade dans des lieux spécialisés, constitués sur la base du découpage analytique dont il a été l'objet. Lorsqu'il a passé le seuil de la salle de physiothérapie, il n'est pas "convenable" de parler de ses problèmes personnels ; il y a d'autres lieux pour cela.

Et l'atelier d'ergothérapie peut/veut être un lieu où cette totalité est reconstituée... mais pour une fraction de temps.

L'analogie avec la vie dite "normale" est flagrante, la rationalité de la production évacue celle du plaisir, il ne s'agit pas de rigoler... comme "on ne drague pas dans les autobus" ou "on ne joue pas aux cartes dans un wagon-restaurant", on est là pour circuler, voyager et manger.

Médecine et adaptation à la vie “ normale ”

Toutes ces transformations n'ont pas uniquement des effets dans le cercle du système de santé. La médecine tend à jouer un rôle de contrôle social et fournit toute une série de prestations idéologiques qui permettent la reproduction des rapports sociaux existants. Ainsi, on constate que la non-adaptation aux normes sociales d'investissement du corps et de l'esprit est de plus en plus problématisée en termes médicaux. Tout ce qui ne s'adapte pas tend à être considéré comme malade.

Ainsi, de plus en plus, c'est le médecin qui est invité à juger de la conformité d'un individu aux normes exigées par la vie sociale. On passe d'une explication morale des comportements considérés comme déviants ou inadaptés à une explication médicale formulée, le plus souvent, en termes psychiatriques.

L'individu lui-même, malade ou futur malade, tend à analyser sa propre situation d'inadaptation ou de refus de ses conditions de vie en termes médicaux. On constate ainsi que, chez beaucoup de malades, la décision de se sentir malade est la traduction de la difficulté ou de l'impossibilité d'assumer son rôle social. Tout se passe tendanciellement comme si la fatigue, le stress et la douleur étaient autant de modes d'évaluation du milieu. Mais, par une perversion de traduction, c'est au corps qu'est attribuée la responsabilité des inadaptations liées à son incapacité de surmonter les agressions du milieu.

Faut-il préciser que la maladie, mode d'évaluation du milieu, représente une aliénation pour le malade : son incapacité à évaluer le milieu en tant que tel, si ce n'est pas une protestation du corps.

Cette problématisation de l'adaptation sociale en termes médicaux a au moins deux conséquences. Elle offre, en définitive, une légitimation aux normes sociales dominantes dans la mesure où l'inadaptation est considérée comme un problème médical, l'inadapté étant considéré comme malade ou handicapé alors que la situation qui est à l'origine de cette inadaptation n'est pas prise en considération ou tout simplement niée.

D'autre part, elle permet la mise en place d'un vaste contrôle social de l'inadaptation. Le médecin devient juge de la légitimité ou de l'illégitimité de l'inadaptation (pensons à l'importance sociale du “ certificat médical ”). Cela est d'autant plus vrai que les critères de cette légitimité relevant du domaine médical sont le plus souvent inaccessibles. On connaît les débats qui se développent sur ce sujet tant au niveau de la médecine du travail que des expertises psychiatriques.

Médecine et définition du rôle de malade

Par ailleurs, l'application des normes médicales permet à l'individu d'être exempté des rôles sociaux généralement réservés aux gens normaux et d'entrer dans un rôle de malade, c'est-à-dire dans un rôle de soumission à d'autres normes qui sont légitimées médicalement. Il se trouve cependant que l'existence même d'un rôle de malade permet que soient reproduits les rôles normaux qui sont eux-mêmes loin d'avoir une origine qui relève de la médecine mais qui sont déterminés par l'évolution des techniques de production et l'organisation de la vie urbaine, etc.

La santé devient un enjeu politique

Ces relations étroites entre normes sociales et normes médicales permettent de comprendre le fait que la santé devienne un enjeu politique et, cela, à deux niveaux.

D'une part, on voit apparaître une affirmation d'un droit aux soins et à l'exemption des rôles sociaux de la vie quotidienne. Cela entraîne un affinement des normes définissant la maladie et des pressions pour qu'elles soient appliquées à l'ensemble des catégories sociales dont on sait qu'elles sont caractérisées par une importante inégalité dans la consommation médicale. Cela entraîne également une augmentation des coûts de la santé et c'est, le plus souvent, sur ce terrain que l'enjeu se situe... d'où l'émergence des méthodes de rationalisation des choix budgétaires dans le domaine médical qui peuvent conduire à définir la politique des soins en référence à la valeur d'usage présentée par l'individu pour la société.

Il en résulte également une augmentation du pouvoir médical dans la mesure où toute définition d'une déviance physique ou psychique implique une intervention médicale et où l'idéologie médicale devient la principale légitimation de la ségrégation des rôles sociaux, voire la renforce. Ainsi, dès l'instant où la ségrégation scolaire se développe, basée sur des différenciations d'intelligence, d'aptitudes, de dispositions affectives, la porte est ouverte à des différenciations ultérieures correspondant au raffinement de la nosologie médicale.

L'exclusion des anormaux ne débouche pas seulement sur la création de deux rôles distincts mais permet, pour chacun de ces rôles, de reconstituer une échelle de normalité qui peut fonder une nouvelle ségrégation. Et si l'on se souvient que les critères utilisés relèvent essentiellement du savoir médical, peu accessible, on peut comprendre que ce phénomène échappe quasi totalement au contrôle des personnes directement concernées. La santé devient également un enjeu politique à un deuxième niveau dans le sens où elle peut conduire à légitimer la modification des rôles sociaux de la vie quotidienne, dans la mesure où ceux-ci se révèlent être pathogènes ou lorsqu'ils sont définis d'une manière qui tend à exclure certaines catégories d'individus, les handicapés en particulier. Dans ce contexte, le savoir médical joue un rôle particulier : il offre une légitimation à la révolte des corps contre la manière dont ils sont " traités " par la société. Il permet ainsi d'argumenter en faveur de la protection du travailleur contre les accidents, de la réduction du temps de travail, de la lutte contre la pollution, de l'anarchie urbaine, etc.

Ce n'est pas la moindre contradiction relevée dans l'histoire de la médecine que celle qui l'a conduite aussi bien à légitimer l'exclusion de certains individus de la normalité sociale et le contrôle de cette normalité, que la remise en question de cette normalité elle-même.

Effets actuels de l'évolution de la médecine

L'émergence et la diffusion de cette idéologie médicale, le fractionnement de la totalité du malade en réalités distinctes, construites sur la base de cette idéologie, la médicalisation progressive des normes de comportement entraînent un ensemble de conséquences aussi bien au niveau du malade, du milieu médical que du corps social tout entier. Ces phénomènes ont des effets sur le malade, en particulier dans la mesure où ils déterminent aussi bien les conditions dans lesquelles il se " sent malade ", la manière dont il vit son rôle de malade que son adaptation à l'ensemble de l'appareil médical.

En outre, si l'on admet que l'on peut parler d'un " corps social " correspondant non plus à des individus malades, mais à des groupes sociaux vivant de manière différenciée des situations de souffrance ou de maladies, ce développement de la médecine l'a conduite à produire un véritable processus de " tri " menant à l'apparition d'au moins deux filières : la première proposant des soins spécialisés et sophistiqués, la deuxième étant essentiellement caractérisée par un processus d'exclusion. Il y a des malades que l'on soigne, il y a des malades que l'on parque et que l'on gère.

Notre propos étant toutefois essentiellement de comprendre l'émergence de la division du travail dans les institutions hospitalières, nous n'évoquerons ici, de manière détaillée, que les effets de cette évolution de la médecine portant sur les agents thérapeutiques et le système qu'ils constituent.

La hiérarchie et la spécialisation hospitalière

On connaît le problème posé par l'augmentation de la taille des hôpitaux qui, sous l'effet de facteurs complexes que nous ne caractériserons pas ici, est la conséquence de la transposition au plan médical de la rationalité en vigueur dans le domaine de la production industrielle... bien au-delà de ce qu'aurait exigé la seule rationalité médicale. Ce développement hospitalier, avec la spécialisation croissante qui le caractérise et l'accroissement des appareils nécessaires à la production de la guérison, débouche sur une organisation hospitalière très complexe, marquée par l'existence de trois hiérarchies que l'on peut caractériser de la façon suivante :

Hiérarchie médicale

Hiérarchie du

Hiérarchie

	<i>secteur soignant</i>	<i>administrative</i>
Directeur médical	Surveillants des départements	Direction administrative
Chefs de services	Surveillants des services	Chefs de services adm. (chef du personnel)
Adjoints et assistants Internes	Chefs de salles Infirmières spécialisées	
Externes et stagiaires	Aides-soignantes	Chefs de bureaux Employés

S'il importe de noter que les dénominations retenues ici varient notablement d'un hôpital et d'un pays à l'autre, on peut cependant faire un certain nombre de remarques fondamentales.

- a) Si le médecin peut dépendre de sa propre hiérarchie et du secteur administratif, il exerce le plus souvent un contrôle sur la hiérarchie du secteur soignant ; le personnel de ce secteur dépend toutefois d'une triple hiérarchie, la sienne, celle de la filière médicale et celle de l'administration.
- b) Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que le secteur soignant soit finalement l'instrument ou l'enjeu des conflits pouvant exister entre médecins et administrateurs hospitaliers. Ainsi, les instructions données aux infirmières et légitimées médicalement peuvent être contrées par la hiérarchie administrative sous prétexte de problèmes budgétaires, d'organisation, de restriction de personnel, etc. Cette situation est d'autant plus fréquente que cette triple hiérarchie correspond à des fonctions attribuées à l'hôpital qui ne sont pas forcément compatibles entre elles : soins, enseignement, " reproduction physique du malade pour le médecin " ³². Dans ce contexte, la probabilité de contradictions entre les normes est très forte ; ce problème étant d'autant plus important que la rationalité médicale tend à envahir, à dominer l'organisation de la reproduction du malade lui-même, à légitimer l'ensemble du comportement du personnel à l'égard du malade et l'ensemble des normes hospitalières.
- c) Ces phénomènes sont souvent à la base des normalisations plus strictes du comportement du personnel hospitalier et des règles qui sont imposées aux malades. Ils éclairent des problèmes souvent évoqués par les soignants, à la recherche incessante d'un équilibre entre une légitimation médicale et une prise en considération de la réalité du malade.
- d) En général, la hiérarchie hospitalière apparaîtra d'autant moins formelle que l'investissement médical du milieu hospitalier sera plus grand. Dans ce cas, on tente de fonder l'organisation sur le consensus du personnel autour du savoir médical. Cependant, pour des raisons le plus souvent économiques, on voit apparaître une forte hiérarchisation verticale des professions soignantes. C'est ainsi que naissent les aides-soignantes, les aides-hospitalières et diverses catégories de personnel qui, tout en étant nettement moins payées, sont en fait beaucoup plus proches de la réalité du malade, ce qui permet la survie d'un espace normatif non encore pénétré par l'idéologie médicale, les aides-soignantes ayant des rapports avec les malades basés sur des modèles culturels plus intelligibles pour eux parce que plus proches de leur culture.
- e) Enfin, le groupe constitué par le personnel de maison (femmes de ménage, jardinier, cuisinier, etc.) tout en étant situé au bas de la hiérarchie hospitalière est paradoxalement " le

³² Avec les conséquences financières liées à la réalisation de ces tâches.

plus libre ” par rapport à l’idéologie médicale... ce qui lui permet souvent d’aborder le patient d’une tout autre manière que le reste du personnel³³.

Communication

Tous ces phénomènes et en particulier le découpage du malade en objets construits sur la base de l’idéologie médicale avec la forte division du travail qui la caractérise, ont pour conséquence de provoquer une inflation de la communication au sein de l’hôpital, communication le plus souvent écrite.

Le modèle le plus fréquent consiste à établir un réseau formalisé de communications allant de bas en haut, le médecin détenant ainsi une “ vue synthétique ” du cas et des interventions dont il fait l’objet et pouvant en conséquence redistribuer ses instructions de haut en bas. Il est vrai que les colloques, dans ce cas, introduisent une communication horizontale, tout au moins lorsqu’ils existent et fonctionnent véritablement. Quand le consensus existe, les problèmes sont relativement limités, ils deviennent massifs dès que les normes des différentes catégories de soignants sont variables et c’est une situation très fréquente pour les raisons que l’on devine.

Cette inflation de la communication et, en particulier, des messages écrits, a de multiples conséquences. Elle définit largement le rôle du personnel infirmier qui passe une partie fort importante de son temps à des démarches administratives. Elle suppose la nécessité de ce que nous pourrions appeler une visibilité des normes et une invariance de celles-ci. Autrement dit, chaque spécialiste devrait être au courant des normes appliquées par ses collègues et ces dernières devraient être particulièrement stables. Il en résulte que lorsqu’un malade ne peut être décrit par ce système de normes, il tend à être considéré comme déviant et cela d’autant plus que la division du travail est poussée ; en effet, aucun spécialiste ne peut, tout seul, adapter son comportement à la situation du malade.

En fait, c’est celui-ci qui se trouve face à une obligation supplémentaire de s’adapter aux règles hospitalières. Il est vrai que, dans ces conditions, des réseaux informels se créent qui se substituent à ces circuits et instituent des formes de communication fondées sur d’autres normes. Nous n’insistons pas.

Nous verrons que cette évolution correspond à une exigence sociale, celle du contrôle des corps par la maîtrise des critères définissant la normalité.

Les savoirs et les contre-savoirs

Les phénomènes que nous venons de caractériser permettent de comprendre certains des problèmes que connaît aujourd’hui le monde “ paramédical ”.

On ne saurait ainsi s’étonner de l’ampleur que prend la “ crise de l’identité professionnelle ” lorsqu’on se souvient que les comportements professionnels sont de plus en plus subordonnés à l’idéologie médicale, peu maîtrisés par le personnel paramédical, et qu’ils se trouvent être imposés par le rapport hiérarchique qui lie ce personnel au médecin.

On comprend aussi le sens des conflits liés à la maîtrise par une catégorie de personnel d’une fraction de la totalité du malade. Un exemple des plus significatifs est celui de l’infirmier ; progressivement dépossédé par d’autres professions (ergothérapie, sociothérapie, animateur, etc.) d’une partie de son cahier des charges, il tend à vivre la division croissante du travail comme une amputation de la maîtrise qu’il possédait sur le malade. C’est là un phénomène quelque peu semblable à ce que pouvait vivre l’artisan du siècle dernier brusquement confiné dans une fraction seulement des opérations nécessaires à la production. Ce phénomène est évidemment d’autant plus ressenti que cette division du travail est légitimée en terme de savoir : le fait que l’ergothérapeute sache occuper le malade signifie que l’infirmier n’est plus qualifié pour le faire. Dans ces

³³ A ce niveau, on peut voir apparaître des complicités, voire un langage “ codé ” ceci d’autant plus que le personnel subalterne subit lui aussi le poids de la hiérarchie administrative et médicale.

conditions, il n'est pas étonnant que des conflits se développent sur la base de cette situation, ils sont les premiers moyens de résistance à la division du travail.

Ces résistances peuvent, il est vrai, s'exprimer par d'autres canaux. Les professions soignantes tendent à recréer en leur sein une mobilité professionnelle ou à valoriser l'identification au savoir médical, en particulier, par la " collaboration avec le médecin ". On peut noter que cette tendance touche beaucoup moins fortement le personnel subalterne qui, de ce fait, devient l'acteur privilégié de la fameuse " relation avec le malade ".

Une autre expression de cette résistance est constituée par ce que nous pourrions appeler la reconquête du malade par le biais de savoirs produits par les différentes catégories du personnel médical. On observe actuellement une autonomisation du savoir de chaque catégorie de personnel, une volonté de reconquête de la totalité du malade par la légitimité que constitue ce savoir. On voit apparaître une science infirmière, une science de l'ergothérapie, une science de la sociothérapie, etc. En définitive, ces sciences constituent leur objet surtout sur la base de critères sociaux et non pas thérapeutiques, sur la base de l'existence de la division du travail.

Dans ces conditions, émergent deux phénomènes significatifs. D'abord, le fait que l'objet de cette science se trouve progressivement étendu à la totalité du malade ou au malade envisagé comme totalité, a pour conséquence que celle-ci ne peut éluder, par exemple, les problèmes psychologiques du malade, quand bien même il existe des psychologues.

On voit alors apparaître des psychologies, des sociologies, des médecines pour infirmières qui entrent en concurrence ou se substituent aux connaissances dont le médecin avait traditionnellement le monopole.

Un exemple : les escarres qui apparaissent dans les cas d'immobilisation du malade font l'objet d'un discours médical de la science infirmière, discours qui est légitimé par le fait que c'est à l'infirmier de s'en occuper. Cette évolution porte en elle le germe d'une concurrence des connaissances et de leur légitimation entre les diverses professions découlant de la division du travail.

Enfin, la conquête par chacune de ces professions de savoirs autonomes qui, souvent, n'ont que peu à envier au savoir médical, permet de dépasser l'un des critères qui constituait la division du travail. Elle permet aussi, cependant, qu'apparaisse une nouvelle hiérarchisation/division du travail à l'intérieur même de chacune des professions.

Il faudrait poursuivre l'analyse, multiplier les faits, les exemples, introduire des nuances. Nous devons cependant clore ici l'évocation de ces informations sur l'évolution du système médical. Nous pouvons sans doute en retenir deux idées centrales. Il est impossible de comprendre les problèmes que connaissent aujourd'hui les professions de la santé, sans se référer à l'ensemble de ce processus d'évolution du système médical. Toute tentative de résoudre les problèmes " professionnels " en se bornant à analyser les pratiques actuelles d'une profession est une illusion ou, quand elle est consciente, un voile de fumée mystificateur. D'autre part, on comprend sans doute qu'il n'y aura pas de changement significatif dans la situation d'une profession sans que soient créés des alternatives au niveau global du système de santé. Toute solution strictement corporatiste ne peut que renforcer les tendances que nous avons dénoncées au niveau du développement actuel du système médico-social. Le corporatisme est, en effet, une " solution " aux problèmes du système de santé comme l'anarchie urbaine est une " solution " rationnelle pour le capital spéculatif.

Une autre médecine ?

Des alternatives à ce modèle médical dominant n'existent pas seulement sur le papier, mais dans les faits.

Nombreuses sont en effet les expériences concrètes visant à rompre ces logiques en promouvant une autre politique de la santé et, partant, de nouveaux modèles concrets d'interventions thérapeutiques. Nous ne pouvons les présenter ici, ni même les évoquer. Qu'il nous suffise

d'affirmer que la prétention des professions de la santé à envisager des solutions aux problèmes qu'elle rencontrent aujourd'hui ne peut faire l'économie d'une prise en considération de ces politiques alternatives, quand bien même celles-ci sont encore balbutiantes et peu légitimées³⁴.

Les professions

En quoi y a-t-il problème ?

Posons-nous d'abord une question légitime. Y a-t-il vraiment problème ? Faut-il consacrer du temps et des énergies à se poser ces questions et à tenter d'y apporter des réponses ?

Oui, il y a problème, parce qu'il est impossible de laisser se poursuivre un tel mouvement d'éclatement de ces milieux professionnels. Parce que les tendances que nous observons actuellement peuvent entraîner d'importants gaspillages d'énergie, mais aussi de ressources financières. Parce que les usagers des services de santé et des services sociaux peuvent avoir à pâtir d'un développement incontrôlé des groupes professionnels qui prétendent précisément être à leur service. Parce que les tensions ont déjà surgi et surgiront encore entre les groupes professionnels eux-mêmes. Dans ces conditions, relever les défis qui sont lancés à l'avenir de la santé publique, c'est aussi s'interroger sur les orientations que prennent les professions engagées dans ce secteur.

L'importance de la division du travail (tendance et débats)

Des conquêtes et des acquis significatifs

Soulignons d'abord le fait que, dans les dernières décennies, les prestations de soins et les services sociaux ont connu une amélioration très significative, il serait malséant et vain de le nier, malgré les critiques légitimes qui peuvent être exprimées. En outre, l'éclatement des professions des secteurs social et sanitaire, qui est allé s'accéléralant au cours des dix dernières années, n'a pas atteint, en Suisse, les proportions qui peuvent être observées dans d'autres pays comparables, particulièrement dans le monde anglo-saxon. Dans l'ensemble, la situation est moins grave et la pente à remonter moins rude³⁵.

Une importante croissance quantitative

Il est essentiel de noter que ce sont ces milieux professionnels qui ont connu l'une des plus fortes croissances au cours du troisième quart de ce siècle. En Suisse, les effectifs des professions sociales ont quasiment triplé au cours de ces trente dernières années. Dans beaucoup de professions de la santé, le phénomène est encore plus massif. Il s'agit là d'un changement tout à fait significatif³⁶. Dans beaucoup de professions de la santé, le phénomène est encore plus massif³⁷. Situé dans le peloton de tête du développement médico-hospitalier et social, le Canton de Vaud occupe dans ces secteurs plus de 10 % de la population active rémunérée. Ainsi, en une génération, le nombre des professionnels engagés dans ces secteurs d'activités a été d'une manière générale multiplié par trois. S'il est évident sur le plan quantitatif, il est aussi visible socialement, parce qu'il

³⁴ Les quelques ouvrages suivants donnent une indication sur ces tendances : Basaglia F., **L'institution en négation**, Seuil, Paris, 1974. Caro G., **La médecine en question**, Maspéro, Paris, 1969. Gentis R., **La psychiatrie doit être faite/défaite par tous** Maspéro, Paris, 1973. Gentis R., **Guérir la vie**, Maspéro, Paris, 1974. Illich I., **Némésis médicale**, Seuil, Paris, 1975. Guichenev P., **Qu'est-ce que le médecin ?**, Mouton, Paris, 1974. Rodriguez-Sibajar R., *Le nouveau modèle médical et ses implications*, **Les temps modernes**, N° 321, 1973. Castel R., *L'institution psychiatrique en question*, **Revue Française de Sociologie**, 1971. Pour une première information, on lira avec avantage un ouvrage de J. Carpentier, **Médecine générale**, Maspéro, Paris, 1977 et deux numéros de la revue **Autrement** (Paris) : No 9, **Francs-tireurs de la médecine** et N°15, **Panseurs de secrets et de douleurs**. ”

³⁵ Jean-Pierre Fragnière, **Maîtriser...**, pp. 210-211.

³⁶ Voir : P. Gilliland (éd.), **Les défis de la santé**, Vol 2, Réalités sociales, Lausanne, 1986.

³⁷ Les travaux de Jean Martin et Pierre Gilliland illustrent bien ce phénomène.

est institué, parce qu'il interpelle une partie de plus en plus importante de la population. Ces milieux existent, ils prennent de l'importance, ils doivent donc de plus en plus rendre des comptes.

La division du travail

Cette croissance quantitative s'est accompagnée d'une véritable prolifération de nouvelles professions. Il semble bien qu'à chaque problème sanitaire ou social reconnu comme tel correspondent des tentatives de mettre en place une nouvelle profession, voire de promouvoir une spécialisation significative dans une profession déjà instituée³⁸. En outre, au sein-même des institutions, ou mieux des catégories d'institutions, la résolution des problèmes de fonctionnement ou d'organisation a souvent passé par la mise en place de nouveaux groupes professionnels. Dans un certain nombre de cantons suisses, la liste des professions soignantes et des professions sociales reconnues (sans compter les médecins) oscille autour de la cinquantaine. Et si l'on prend en considération les groupes professionnels émergents, déjà à la tâche et en voie de structuration, nous approchons de la centaine.

Moment diagnostic et moment thérapeutique

Les améliorations apportées aux systèmes sociaux et sanitaires ont également eu un effet qu'il convient de mettre en évidence. C'est l'importance massive apportée au moment diagnostic par rapport aux interventions thérapeutiques et aux prises en charge³⁹. D'une certaine manière, on est en mesure de caractériser de façon de plus en plus fine et précise les problèmes ou les maladies, on est en revanche relativement démuné pour leur apporter des solutions. Les milieux professionnels ont vraisemblablement permis que s'installe ce déséquilibre, l'heure est au renforcement des efforts consacrés à la recherche de solutions aux problèmes socio-sanitaires.

L'attraction de l'institution

La professionnalisation de l'action sociale et sanitaire va de pair avec la multiplication des institutions de plus en plus spécialisées. Dans ces conditions, ces institutions ont trop souvent organisé leurs activités en se situant au centre de l'action. Les usagers sont "invités" à venir à l'institution, à "vivre en institution",... malgré des tentatives significatives et réussies, le milieu de vie n'a pas été la référence première des milieux professionnels lorsqu'ils établissaient leur programme de soins ou de prises en charge.

Les risques de disqualification

En outre, le développement du secteur socio-sanitaire s'est accompagné d'une vaste production de savoirs scientifiques sur les diverses dimensions de la vie quotidienne et les problèmes qui peuvent y apparaître. L'objectif, louable, est de mieux connaître pour mieux maîtriser les problèmes. Cependant, dans le cadre de sa socialisation, dans son milieu naturel, sa famille et son entourage, chaque individu acquiert des savoirs qui lui permettent de maîtriser la gestion de sa vie quotidienne ; ceux-ci sont, en outre, souvent transmis de générations en générations. Or, de plus en plus, dans la réalité, ces *deux formes de savoirs*, les savoirs scientifiques et le sens commun, entrent en concurrence pour expliquer les situations de la vie concrète et les problèmes qui peuvent y apparaître. La croissante valorisation sociale des connaissances scientifiques a eu pour conséquence un dépérissement des autres formes de connaissances. Cela signifie concrètement que l'individu, ou les petites unités sociales, telles que la famille, sont peu à peu dépossédés du savoir nécessaire pour affronter la vie quotidienne⁴⁰. Que faire lorsqu'un membre de la famille est

³⁸ Jean-Pierre Fragnière, op. cit. pp. 41 ss.

³⁹ Peter Gross, op. cit., pp. 11 et 12.

⁴⁰ Karl Weber, *Les professions sociales et paramédicales dans le champ de tension entre les savoirs scientifiques et les savoirs extra-scientifiques*, in : Jean-Pierre Fragnière et Michel Vuille, **Assister, éduquer et soigner**, Réalités sociales, Lausanne, 1982, pp. 83 ss.

malade ? Que faire lorsque l'on est confronté à des difficultés financières ? Il est périlleux de développer les connaissances si celles-ci entraînent un accroissement de la dépendance des gens par rapport aux spécialistes et aux institutions.

Les milieux politiques

Dans le même temps on a vu se lever *l'intérêt des milieux politiques pour ces secteurs professionnels*. Les interventions politiques se sont multipliées au niveau national et régional en vue d'organiser ou de modifier les professions de ces deux secteurs, il est vrai, par le biais des formations qui y donnent accès. Des motions et des initiatives ont été déposées au Parlement fédéral. Les cantons ont passé contrat avec la Croix-Rouge et ont intensifié leur engagement dans les formations professionnelles. Des initiatives régionales ont été prises en vue de coordonner le développement des professions, c'est en particulier le cas du Groupement romand des services de santé publique. L'action syndicale se développe également dans ces milieux. Elle va bien au-delà de la défense des conditions de travail, elle entre en matière sur le sens et les objectifs des pratiques professionnelles. Et, notons-le, plusieurs organismes syndicaux prennent explicitement position contre un renforcement de la division du travail⁴¹.

Les groupes professionnels s'interrogent

Dans ce contexte, les groupes professionnels s'interrogent. Une enquête réalisée il y a quatre ans nous permettait de constater que les trois-quarts des professions sociales et des professions soignantes étaient en train de **réviser leur image professionnelle**, ou venaient de le faire. De multiples commissions étaient au travail, des procédures de consultation s'élaboraient. Souvent, on a évoqué la nécessité de se redéfinir par rapport aux professions voisines. Nous avons également observé qu'au sein même des professions, d'importants clivages apparaissaient. Un signe : la multiplication des images professionnelles. L'une était élaborée par l'association professionnelle, une autre par les milieux employeurs, une autre enfin par les instances de formation⁴². Il ne semble pas exagéré d'affirmer que plusieurs groupes professionnels connaissent l'inquiétude, voire le désarroi.

Légitimité limitée

A des degrés divers, c'est la légitimité même des pratiques professionnelles qui a été mise en cause. Souvenons-nous des mouvements qui ont appelé à la privatisation, à la décentralisation, à la débureaucratiation et, bien sûr, à la déprofessionnalisation. Les mouvements d'usagers sont venus interpellier les professionnels. Et l'on assiste à un regain de vitalité du bénévolat ou, au moins, des débats sur le bénévolat. Tout cela ne pouvait qu'interpeller les cadres de références des groupes professionnels.

Les mécanismes de la division du travail

Le rappel de quelques mécanismes qui déterminent les processus de division du travail est opportun, voire nécessaire pour envisager des actions susceptibles de les maîtriser.

Rapports nouveaux aux professions

De nombreuses études récentes portant sur les professions convergent dans les observations suivantes⁴³. Alors qu'il y a moins de vingt ans, on pouvait considérer que la plupart des travailleurs, dans nos sociétés notamment, entretenaient avec leur profession des rapports peu

⁴¹ C'est, en particulier, le cas du Syndicat suisse des services publics (SSP) et de la Confédération romande du travail (CRT).

⁴² Par exemple chez les assistants sociaux.

⁴³ Sur cette question on lira avec profit : U. Beck, M. Brater, H. Daheim, **Soziologie der Arbeit und der Berufe**, Reinbeck, 1980 et W. Tousijn, **Sociologia delle professioni**, Bologna, 1979.

problématiques, voire tout à fait sereins, et que le fait d'avoir une profession était un gage d'honorabilité indiscuté, la situation est en voie de se modifier sensiblement.

- En effet, les professions ne sont pas en mesure d'offrir à leurs membres des chances satisfaisantes et durables de participer à l'ensemble du processus de travail.
- Il apparaît souvent que les contenus spécifiques de chaque profession, ainsi que les champs d'action que ces professions partagent avec d'autres professions voisines, ne correspondent plus aux exigences effectives de la pratique. C'est la perception diffuse ou explicite de ces réalités qui nous paraît fonder, actuellement, l'acuité des débats sur la professionnalisation.

Taylorisation

Nous savons que l'histoire de nos sociétés est marquée par un processus de division du travail. Celui-ci s'est accéléré après la révolution industrielle et a pris des formes tout à fait nouvelles. Bien sûr, dans une société où le travail est divisé, chacun travaille pour les autres, à savoir pour satisfaire leurs besoins ; chacun également dépend du travail des autres, pour la satisfaction de ses propres besoins. Mais la division du travail peut prendre la forme que Maurice Godelier appelait " la folie taylorienne ". *C'est-à-dire ce vaste mouvement de transformation du travail humain qui réduit les hommes à un assemblage de fonctions partielles et de bouts d'organes qui accomplissent des opérations standardisées.* Au nom de la rationalisation et de la productivité, c'est d'abord le travail industriel qui a été haché et découpé. Mais le secteur des services n'a pas échappé au phénomène. Les domaines du social et de la santé non plus⁴⁴.

L'émergence des professions ou de ce que l'on appelle les professions n'est qu'un aspect de ce vaste processus de division du travail. *La profession est la forme selon laquelle des capacités à contenus identiques sont offertes comme marchandises sur le marché du travail. L'existence des professions n'est possible que si l'on admet (ou dissimule dans le non-dit) l'existence d'un résidu de travail constitué par l'ensemble des tâches que l'on peut attendre de tout individu " non-qualifié ", défini essentiellement par son incompétence.* On voit donc que toute définition d'une profession est, dans le même temps, définition d'incompétence (pour les autres...).

Les professions sont des réalités fort complexes

En définitive, les professions sont des réalités fort complexes, dont la compréhension implique la prise en considération de plusieurs dimensions⁴⁵. En effet, les professions sont à la fois :

- des éléments qui organisent les pratiques sociales,
- des formes d'organisation de la division du travail,
- des référentiels pour les processus de formation institutionnalisés,
- des dimensions de l'offre sur le marché du travail,
- des pôles d'orientation des processus individuels de construction de projets de vie et de formation,
- des formes de distribution et de légitimation de l'inégalité des chances.

Penser l'organisation des professions, discuter leur légitimité, voire leur avenir, c'est nécessairement prendre en considération toutes ces dimensions.

Ce qu'elles sont

On peut analyser les professions comme le résultat d'un ensemble d'efforts en vue d'insérer l'exercice d'une activité dans le marché du travail. Elles deviennent ainsi un instrument permettant aux individus et aux groupes de consolider leur existence matérielle et sociale. Dans ce contexte, on considérera que les professions, telles qu'elles sont organisées dans un régime de salariat, s'articulent et se structurent de manière à gérer l'inégalité de leur position sur le marché du travail.

⁴⁴ Jean-Pierre Fragnière, op. cit., pp. 72 ss.

⁴⁵ Voir : U. Beck et M. Brater, " Kritik der Beruflichkeit ", **Technologie und Politik**, 10, 1978.

Le fait que le marché du travail soit différencié en professions distinctes remplit un certain nombre de fonctions.

- Il assure d'abord une régulation de l'offre et de la demande. Face à la complexification des activités ou à la diversité des compétences exigées par les employeurs, la structuration des capacités de travail sous forme de professions garantit aux professionnels une certaine légitimité et une base de sécurité minimale pour orienter leur action, voire leur avenir.
- En outre, on doit bien constater le fait que le marché du travail n'est pas uniquement déterminé par les rapports entre employeurs et employés. Il est également constitué par un ensemble de rapports qui s'organisent entre les employés, phénomène de concurrence, étant donné la relative interchangeabilité des compétences offertes par les professionnels. Il convient donc de réduire et de canaliser ces phénomènes de concurrence ; c'est ce que tente de réaliser la mise en place des lignes de démarcation entre les différentes professions. Ainsi, sont créées des zones de libre concurrence dont la dimension est cependant suffisamment réduite pour garantir une certaine sécurité et un pouvoir sur le marché du travail.
- Il apparaît souvent que *l'intérêt des employeurs* est de disposer de personnels facilement remplaçables et interchangeables dans un contexte de concurrence maximale. Dans ces conditions, l'organisation du marché du travail sur la base des professions, permet aux employés de limiter le pouvoir des employeurs, dans la mesure où ils disposent de ce contre-pouvoir que représente la profession en tant que corps organisé capable d'exercer un auto-contrôle.
- Contrairement à leurs employeurs, *les professionnels ont intérêt* à disposer d'un ensemble de qualifications qui ne sont pas accessibles à tout un chacun et qui sont susceptibles d'être offertes à un large spectre d'employeurs qui seraient ainsi mis en concurrence. De là découle le souci des professions de concevoir et de gérer publiquement les savoirs et le savoir-faire qui les fondent, ainsi que de se constituer au-dessus des organisations et des institutions, auxquelles elles sont appelées à offrir leurs services. Cela se manifeste en particulier par l'exercice du contrôle sur la profession.
- *Relevons maintenant quelques principes fondamentaux de la construction des professions.* Souvent, on observe dans l'évolution d'une profession une série de quatre étapes.
 - a) D'abord, elles *constituent un ensemble de règles* à suivre pour entrer dans la profession. Celles-ci ont en général au moins deux effets : mettre en évidence, démontrer les aptitudes, les difficultés et les problèmes liés à l'exercice de la profession et, en outre, contrôler le nombre des professionnels.
 - b) Ensuite, elles *gèrent un processus de développement et de complexification permanente des savoirs et du savoir-faire professionnel*. Outre l'incontestable enrichissement des capacités des professionnels, cette intensification du perfectionnement contribue aussi à réduire la concurrence, à souligner la nécessité des rôles d'experts, et à protéger le groupe professionnel des interventions et du contrôle des laïcs.
 - c) Rapidement, elles mettent en place une *différenciation interne sous forme de hiérarchisation, souvent sous le couvert de la spécialisation*. Pour des raisons de coûts ou de rapports institutionnels, le perfectionnement est réservé à certaines catégories de professionnels et on assiste à la production par le haut ou par le bas de groupes qui se constituent ou sont contraints de se constituer en une nouvelle profession.
 - d) Enfin, les professions produisent une *tendance à la stagnation des personnes*, dans la mesure où elles s'installent dans la sécurité ponctuelle de leur statut professionnel. Elles en viennent ainsi à manquer de plus en plus d'ouverture à la globalité et à la nouveauté des problèmes et des besoins.

Bien sûr, les professions sont orientées vers les prestations de services, vers la production et la distribution de biens. Il est cependant essentiel de rappeler qu'elles sont aussi des agents qui exercent une fonction de régulation des rapports sociaux et qui permettent aux individus de s'approprier des biens matériels et symboliques. Si tout cela se vérifie, l'analyse des professions, des images professionnelles, des structures de formation, ne doit pas seulement prendre en compte des critères de coûts, de rentabilité ou d'adéquation à la demande sociale, mais aussi l'ensemble des fonctions que remplissent les professions pour les individus qui les exercent et, d'une manière générale, pour la régulation générale du marché du travail.

Les moteurs de la division des professions

L'un des principes de base qui font émerger les professions, *c'est l'optimisation des positions sur le marché du travail*. Celles-ci sont d'autant plus fortes que :

- les prestations offertes font appel à des capacités dont on a un besoin urgent ;
- que ces capacités sont rarement et difficilement remplaçables ;
- qu'elles sont protégées contre toute concurrence ;
- et qu'elles peuvent être mises en œuvre sur un vaste ensemble de places de travail ;
- que leur prestige est élevé.

Ainsi, tous ceux qui offrent leur force de travail ont intérêt à construire leurs prestations sur des capacités qui sont le plus possible irremplaçables et auxquelles il n'est pas aisé de renoncer, et d'éviter celles qui sont susceptibles d'être assumées par tout un chacun. On devine qu'une telle "nécessité" entraîne des tensions, voire des conflits entre les professions (médecins-psychologues, etc.). Dans une certaine mesure, ces "appétits" peuvent être gérés sur la base de la coopération entre les professions mais, bien vite, se pose le problème des rapports hiérarchiques entre les divers professionnels. Il en résulte l'attribution de ressources et de statuts différenciés. Dans certaines situations particulières, la "non-régulation" de ces tensions peut conduire à l'émergence de nouvelles professions.

Les politiques professionnelles

Les enjeux liés à la constitution et au développement des professions déterminent un ensemble de stratégies que les professionnels (et leurs organisations) mettent en œuvre pour contrer l'âpreté du marché du travail concurrentiel et renforcer leurs positions de pouvoir. Ces stratégies se fondent sur des intérêts qui sont à la base même de la production/cassure des professions⁴⁶.

a) Les stratégies de la nécessité

Pour constituer et consolider sa position, une profession doit se préoccuper de *garantir et de stimuler la demande sociale qui fait appel à ses prestations* de services ; en même temps, elle doit organiser son image et ses pratiques, de telle manière qu'elle apparaisse comme "*irremplaçable*". Cette double préoccupation implique que soit trouvé un équilibre entre deux types d'exigences, celles qui sont liées à la spécialisation et celles qui poussent à éviter de restreindre de plus en plus le champ d'action. Une telle stratégie a globalement pour fonction d'affirmer l'importance sociale de la profession et de légitimer son "irremplaçabilité".

b) Les stratégies de réduction de la concurrence

On a vu plus haut que les professions, d'une manière générale, remplissent une fonction qui consiste à circonscrire la concurrence entre les travailleurs dans des limites maîtrisables. C'est ainsi qu'elles développent des stratégies dont l'objectif est de *réduire la concurrence à la fois au sein même des professions et entre les professions voisines*. A l'intérieur d'une profession, certains présentent leurs prestations comme spécifiques et non assumables par leurs collègues ; ils peuvent

⁴⁶ Jean-Pierre Fragnière, (1981), Contre le travail en miettes, **Praktische Psychiatrie**, No. 10. 1981.

fonder cette prétention sur des arguments institutionnels ou personnels. En outre, une profession peut chercher à limiter la concurrence interne en contrôlant des voies qui permettent d'y accéder. Enfin, les membres d'une profession peuvent réduire cette concurrence interne en s'organisant et en se donnant des règles précises (systèmes de taxes, règles de qualité, règlements divers). Quant aux rapports avec les professions voisines, on voit également se développer des stratégies consistant à se prévenir de tout "envahissement" des territoires conquis. A cet effet, les *instruments ne manquent pas* : définition d'activités réservées, élaboration d'une identité professionnelle, publication d'images professionnelles, mise en place de bases juridiques et réglementaires à caractère protectionniste.

c) Les stratégies d'élargissement du champ d'action

La position d'une profession sur le marché du travail est d'autant plus forte que ses membres peuvent choisir l'institution ou l'organisme dans lesquels ils exercent leur activité. Dans ce sens, *elle tend à construire des faisceaux de qualifications qui optimalisent la mobilité interinstitutionnelle*, ce qui implique, en particulier, la sauvegarde d'une réelle homogénéité de la profession et un contrôle permanent des tentatives de constituer des systèmes de qualification spécifiques à une institution. En fait, la nécessité d'une formation complémentaire dans des domaines spécifiques à une institution s'impose souvent. Elle permet le développement de *féodalités internes*, mais elle conduit aussi à renforcer l'hétérogénéité de la profession. C'est alors que les politiques professionnelles s'efforcent de réduire ces tendances et de contrer les tentatives de cartellisation.

d) Les stratégies de limitation du contrôle externe

Dans la mesure où elles souhaitent consolider leur statut, *les professions font souvent appel à l'intervention d'organismes publics ou même de l'État pour qu'ils règlent la formation et la pratique professionnelle*. Cette intervention externe est même inévitable lorsqu'il s'agit de professions qui se targuent d'offrir des services indispensables à la communauté. Dans ce cas, les professions, tout en bénéficiant de ces "protections" s'efforcent de *se voir confier la mise en œuvre des contrôles liés à ces avantages*. En quelque sorte, elles cherchent à réduire le contrôle externe en mettant en place des instances de contrôle internes.

La poursuite de ces divers objectifs ne manque pas de poser des problèmes aux professions et, le plus souvent, les enferme dans des contradictions difficiles à surmonter.

- En effet, lorsqu'elles spécialisent leur champ d'activité, il devient de plus en plus difficile de présenter et de faire connaître leur utilité. Il n'est guère aisé de rendre compatibles les contraintes à la spécialisation et la nécessité de conserver une définition large du champ d'action.
- Le développement des processus de formation provoque le plus souvent une augmentation du coût des prestations, ce qui a pour effet de réduire l'éventail des employeurs susceptibles de s'"offrir" une force de travail à ce prix.
- Quelle que soit l'utilité d'offrir de nouvelles compétences et de mettre en œuvre de nouvelles techniques, il n'est pas aisé de trouver un marché disposé à y faire appel, ne serait-ce qu'en raison des habitudes prises et de la prégnance des modèles reconnus.
- Enfin, les efforts de standardisation des prestations offrent incontestablement des avantages aux professionnels ; ils entraînent cependant un renforcement des instances extérieures de contrôle (de l'État en particulier) et une limitation de la liberté d'action des professionnels.

Le jeu de ces contradictions a pour effet d'affaiblir considérablement les initiatives des professions quand elles veulent se consolider et se développer ; il les condamne à d'incessants arbitrages, à des efforts permanents de redéfinition des stratégies et des interventions.

Les professions dans les organisations

Depuis quelques décennies, les professionnels exercent leur activité dans le cadre d'organisations de plus en plus vastes. Celles-ci sont donc contraintes à mettre en œuvre des politiques du personnel qui ont des effets incontestables sur les individus sans doute, mais aussi sur les professions elles-mêmes. L'organisation du travail sur le modèle des professions permet aux institutions de disposer d'une certaine transparence du marché du travail, elles "savent ce qu'elles engagent"... au-delà de la spécificité des personnes et des conditions particulières de leur engagement. Dans ce sens, on peut parler d'une fonction d'orientation assumée par le système des professions.

En outre, *l'existence sociale des professions libère les organisations d'un ensemble de tâches et de risques* ; elle leur fournit les éléments de base pour construire leur "organisation du travail", tout en leur permettant d'éviter, voire de canaliser des conflits entre les différents groupes de professionnels, ainsi que de faire face aux revendications. Étant donné que la formation des professionnels est organisée à un niveau général, souvent contrôlé par l'État, les organisations sont, pour l'essentiel, déchargées de la mise en place d'une formation spécifique aux tâches qu'elles proposent, étant donné que les professionnels sont réputés connaître leur métier ; ceux-ci se voient déléguer de multiples fonctions au plan de l'analyse et de la planification des tâches. Dans ce sens, la structuration du travail sous forme de profession augmente la flexibilité des institutions.

Les organisations ont aussi *intérêt à limiter la monopolisation des compétences au niveau de chaque profession*. Il leur convient, en effet, de pouvoir disposer d'un champ de recrutement le plus large possible et, par conséquent, de soutenir des modèles d'organisation des professions qui garantissent une interchangeabilité des individus.

Ainsi, tous ces arguments montrent que les organisations et les professionnels ont quelque intérêt à ce que se constitue et se renforce un système de distribution des activités sous forme de professions. Entendons que si les détenteurs d'une compétence spécifique ont avantage à promouvoir une limitation du champ professionnel, les organisations, en revanche, tendent à opter plutôt pour un élargissement de celui-ci.

On relève enfin le fait que l'organisation des professions de direction et de commandement à un niveau supra-institutionnel fournit aux institutions des instruments de définition de leurs structures de pouvoir interne et constitue un élément essentiel de l'exercice du contrôle hiérarchique interne. Sur ce plan précis, les organisations n'ont guère intérêt à promouvoir un élargissement des champs professionnels.

Les stratégies des organisations

D'une manière générale, beaucoup de professions qui ont atteint un certain niveau de développement et qui se sont démarquées par rapport aux champs d'activités voisins, tendent à constituer un système de rationalités autonomes qui n'est pas toujours fonctionnel par rapport aux "besoins des institutions". Ainsi, celles-ci développent un *ensemble de stratégies visant à infléchir les spécificités et les avantages des professionnels pour les rendre compatibles avec les objectifs qu'elles se sont fixés*. Nous évoquerons ici trois types de stratégies, souvent complémentaires : la déqualification, le renforcement de la division verticale du travail et la promotion de qualifications spécifiques à l'institution.

a) Les stratégies de déqualification

Pour se rendre le plus indépendantes possible par rapport aux exigences des professionnels, les organisations peuvent développer *des formes d'organisation du travail qui réduisent à un minimum la proportion du personnel réellement qualifié* ou qui confient à ces professionnels un faisceau de tâches ne faisant appel qu'à une partie de leurs compétences. Cela correspond de fait à la mise en place d'un véritable processus de déqualification. Il est vrai qu'une telle stratégie implique un renforcement considérable des fonctions de contrôle et de gestion.

b) Les stratégies de renforcement de la division verticale du travail

L'autonomie relative des professionnels repose essentiellement sur le fait qu'ils disposent de savoirs déterminants pour le fonctionnement général de l'organisation et la réalisation des tâches particulières. Dans ces conditions, les organisations peuvent *réduire cette autonomie en confiant la gestion et la mise en œuvre de ces savoirs à une partie seulement des professionnels*, ce qui peut être réalisé par une stratégie de division verticale du travail induisant la hiérarchisation stricte des professionnels eux-mêmes.

c) Les stratégies de promotion de qualifications spécifiques à l'institution

Malgré cette hiérarchisation de l'exercice de leur activité, les professionnels conservent une incontestable autonomie dans la mesure où ils peuvent offrir leurs services à un large éventail d'organisations. Dans ce cas, celles-ci s'efforcent de réduire cet effet de concurrence en *stimulant des formes de qualifications strictement liées à une institution, voire à une place de travail* : un moyen de "s'attacher" la collaboration des professionnels en limitant leurs possibilités de mobilité.

Il est essentiel de noter que les *systèmes de formation* exercent un rôle déterminant sur la constitution des professions. En effet, de plus en plus, les formations préparent à une profession spécifique et se trouvent cloisonnées entre elles. En outre, ces systèmes de formations exigent que les jeunes choisissent de plus en plus tôt le type d'activité qu'ils vont exercer et, cela, avec une possibilité très limitée de corriger cette orientation, particulièrement dans les secteurs où la formation permanente est très limitée.

Les professions dans la reproduction des inégalités sociales

L'observation la plus élémentaire du système des professions montre qu'elles sont distribuées et hiérarchisées d'une manière qui suit la stratification sociale. Ainsi, dans la mesure où la reproduction des inégalités sociales se fonde sur une base matérielle et sur les rapports sociaux, on peut dire que le système des professions est la concrétisation et la manifestation des rapports de classes. Elles constituent en quelque sorte des filtres structurels au travers desquels les capacités des travailleurs sont valorisées ou éventuellement exclues.

Ainsi, les professions ne sont pas un "produit" de la stratification, mais des agents "producteurs", voire "stabilisateurs" de la stratification sociale. On dira bien sûr qu'il est possible, en entrant dans une profession, d'acquérir des capacités nouvelles et parfois de connaître une mobilité sociale ascendante ; il n'en reste pas moins que la manière dont ces acquis sont mis en œuvre dans le cadre de l'activité professionnelle contraint l'individu à adopter des comportements adéquats à ceux de la couche sociale à laquelle se réfère son milieu professionnel.

On constate ainsi que les professions ne sont pas uniquement orientées vers la production et la distribution des biens et des services, elles exercent en même temps une fonction fondamentale de régulation des couches sociales et de gestion de la participation aux processus sociaux, en particulier en ce qui concerne l'appropriation individuelle des biens matériels et symboliques.

Si tout cela se vérifie, l'analyse des professions, des images professionnelles, des structures de formation, ne doit pas seulement prendre en considération des critères de coût, de rentabilité ou d'adéquation à la demande sociale, mais aussi des critères de renforcement ou de réduction des inégalités et des hiérarchies sociales ; cette dernière dimension devient aussi constitutive de toute étude des professions⁴⁷.

⁴⁷ Jean-Pierre Fragnière, (1981), *L'avenir des professions sociales*, Congrès de l'Association européenne des écoles de service social, Wien, 16 pages.

Le rôle de l'État

Rappelons, enfin, la réalité de l'intervention croissante assumée par l'État dans la gestion des professions. Celle-ci se fonde sur plusieurs types de légitimation et de nécessités objectives.

- a) Il peut s'agir d'abord de *garantir les conditions d'une véritable mobilité professionnelle* reposant sur une certaine généralisation de la reconnaissance des formations et des statuts.
- b) En outre, les pouvoirs publics peuvent se donner comme mission *d'empêcher la multiplication de formations professionnelles minimales*, strictement orientées par des demandes immédiates et spécifiques.
- c) Par ailleurs, l'État peut être conduit à **susciter le développement** de groupes professionnels et de professions dépassant les intérêts directs des institutions et des entreprises.
- d) Enfin, devenant de plus en plus un employeur important, voire dominant, il est incité à *promouvoir la mise en place de professions correspondant aux nouvelles activités qu'il assume* et aux transformations qui se manifestent au sein de celles-ci. Ces phénomènes sont particulièrement significatifs dans les secteurs de l'enseignement, de la santé ou de l'action sociale.

Retenons donc le fait que les professions sont des réalités très complexes, que chacune d'entre elles tend à se développer, à se complexifier, à élargir son champ d'action. Retenons le fait que cette dynamique ne dépend pas uniquement de l'amélioration des services rendus, mais aussi de la gestion des problèmes liés aux professionnels eux-mêmes ou aux institutions qui les emploient. Observons enfin que l'une des conséquences de ces dynamiques professionnelles, c'est un accroissement de la division du travail dont nous estimons qu'elle est inopportune. Voyons pourquoi.

Pourquoi limiter la division du travail ?

Nous avons déjà indiqué que la situation actuelle est vécue comme problématique par beaucoup. La nécessité de maîtriser la division du travail⁴⁸ ne s'impose pas pour des raisons abstraites. Au contraire, elle relève à la fois des intérêts des patients, des intérêts des professionnels eux-mêmes et de ceux des institutions sociales et sanitaires⁴⁹.

L'intérêt des patients

Dans les systèmes de soins complexes, les patients doivent pouvoir conserver un maximum d'autonomie et ils aspirent à bénéficier d'une réelle continuité dans les prestations et les soins qui leur sont offerts. Une division excessive du travail rend problématique la possibilité de répondre à ces légitimes aspirations.

L'intérêt des professionnels

La maîtrise de la division du travail correspond également aux intérêts des professionnels. Elle garantit une certaine richesse et une certaine diversité stimulante du contenu de leur activité. Elle les protège de l'enfermement dans des tâches très parcellisées et répétitives qui peuvent engendrer la monotonie et qui les prive d'une vue d'ensemble de l'intervention en cours. Elle favorise en outre la mobilité en cours de carrière.

L'intérêt des institutions

Les institutions elles-mêmes peuvent avoir intérêt à limiter la division du travail :
— dans la mesure où elles souhaitent réduire les effets bureaucratiques engendrés en particulier par l'inflation des communications ;

⁴⁸ Jean-Pierre Fragnière, (1987), *Travailleurs sociaux, rapports de pouvoir et systèmes professionnels*, Commission française de la culture, Bruxelles, 26 pages.

⁴⁹ Jean-Pierre Fragnière, op. cit., pp. 209 ss.

- en vue de lutter contre la dilution des responsabilités qui induit la nécessité de nouveaux postes hiérarchiques ou dits de coordination ;
- en définitive, pour gagner en efficacité.

Autonomie, unité, responsabilité

Nous observons que toutes ces raisons avancées pour fonder la nécessité d'une réduction de la division du travail relèvent à la fois de considérations éthiques et de considérations économiques. Elles manifestent également, encore faut-il pouvoir le démontrer plus précisément, le projet de renforcer l'efficacité des prestations et des services que nous prétendons apporter au public.

Pistes d'action pour inverser la tendance

Il importe donc d'envisager un certain nombre de mesures susceptibles de prolonger celles qui ont déjà été entreprises ou esquissées et qui, en quelque sorte, permettront de maîtriser la division du travail. Maîtriser la division du travail, ce n'est pas fixer la situation actuelle. Ce n'est pas nécessairement opérer une recomposition sur la base des modèles antérieurs. Cette maîtrise nous paraît plutôt être la résultante et l'application de quelques principes⁵⁰ que nous allons énumérer sans prétendre à l'exhaustivité.

Renonçons à l'hypothèse du grand bouleversement

Bien sûr, des mesures brutales et autoritaires pourraient être envisagées. Elles ne semblent ni opportunes, ni possibles, encore moins praticables. Dans ces conditions, nous préférons proposer quelques principes dont la mise en œuvre nous paraît être chaque fois une contribution à cette maîtrise de la division du travail.

Quelques principes pour l'action

- a) D'une manière générale, il s'agirait de confier la prise en charge d'un nouveau besoin pour l'application d'une technique nouvelle à un groupe professionnel existant.
- b) Il faudrait dissocier le plus possible spécialisation et hiérarchisation.
- c) Il faudrait reconverter les activités en voie d'obsolescence par intégration dans une profession en expansion.
- d) Chaque fois que cela est possible, il faut entreprendre la recomposition de professions très proches ou, au moins, mettre en place des procédures de rapprochement.
- e) Il convient de stimuler et de soutenir les initiatives qui favorisent l'interchangeabilité des rôles et des personnes au sein d'une même organisation dans un champ d'intervention.
- f) Il importe de planifier et d'organiser les formations de telle manière qu'elles aident à la convergence plutôt qu'elles ne favorisent la séparation.
- g) Il conviendrait systématiquement de dissocier le statut professionnel lié à une formation de base des spécialisations acquises ultérieurement.
- h) Il faut asseoir ces initiatives sur une amélioration généralisée des statuts et des conditions de travail.
- i) Enfin, il convient de confier aux pouvoirs publics des fonctions de contrôle, mais aussi d'encouragement à la participation des partenaires intéressés par ces initiatives.

Ce sont là des orientations de caractère très général. Reste à indiquer quelques modalités pratiques pour leur mise en œuvre.

⁵⁰ Jean-Pierre Fragnière, *Le rôle des professions sanitaires et sociales*, in : Jean Martin, **Éthique et santé publique**, Médecine et Hygiène, Genève, 1992, 18 pages.

Stimuler le débat sur les politiques professionnelles

A la faveur de la haute conjoncture et dans une ambiance marquée par les corporatismes, les groupes professionnels se sont préoccupés prioritairement de consolider leurs intérêts directs et de renforcer leur statut. La gestion des problèmes de politique générale était le plus souvent confiée à des petits comités très spécialisés et coupés de la base. Récemment, il est vrai, la situation s'est quelque peu transformée. Les débats sur l'orientation des professions se sont développés. Ces initiatives doivent se poursuivre et s'amplifier. Plus de clarté, plus d'informations, une meilleure connaissance réciproque pour un débat ouvert. Voilà des urgences auxquelles l'ensemble des professions doivent contribuer à trouver des solutions⁵¹.

Priorité à l'intervention dans les champs de pratique professionnelle

Il nous paraît évident que l'application des principes que nous venons de suggérer implique que la priorité soit donnée à l'intervention dans les champs de pratique professionnelle. C'est dans tel hôpital, dans tel centre médico-social régional, dans telle zone expérimentale, que les problèmes se posent avec toute leur acuité, leur globalité et leur urgence. C'est un piège que d'éviter la pratique pour essayer le changement. Les initiatives novatrices ne manquent pas qui permettent de rompre avec la division reçue des tâches. Bien sûr, elles doivent être gérées avec les précautions qu'impose la garantie de la qualité des soins et des services, mais elles sont des occasions privilégiées pour tester et légitimer de nouvelles formes d'intervention. Dans la mesure où elles parviennent à ne pas se couper des milieux professionnels dont elles sont issues, elles sont porteuses de promesses solides, parce que vérifiées.

Intervenir dans les instances de formation

Il faudrait également renforcer l'intervention dans les lieux de formation⁵². Dans les milieux professionnels que nous examinons ici, les liens entre la formation et la pratique professionnelle sont généralement bien développés. Une partie importante des enseignants sont des praticiens qui disposent d'une solide expérience du métier. En outre, les programmes de formation sont constitués sur la base d'une alternance entre les cours et les stages pratiques. C'est là un acquis non négligeable. Il n'en reste pas moins que des initiatives peuvent être prises, j'en suggère quelques-unes.

- a) D'abord, il importe de promouvoir ou de sauvegarder des formations de base complètes et ouvertes. Complètes ? En effet, la division du travail et la hiérarchisation s'infiltrèrent souvent par la mise en place de voies de formation courtes fréquemment annoncées comme exceptionnelles, mais qui bien vite s'institutionnalisent. Seules les formations de base complètes permettent de garantir un minimum de mobilité professionnelle. Cependant, au sein de ces formations de base, les occasions de rencontres et de collaborations interprofessionnelles pourraient être fortement développées. De multiples excuses sont avancées pour justifier les immobilismes. Malgré les déclarations d'intentions, il existe trop de cloisonnements qui ne sont fondés que sur l'habitude ou l'inertie.
- b) En outre, il est urgent de développer les formations permanentes et complémentaires qui sont des lieux de convergence, des occasions de réorienter son action, mais aussi, dans la mesure où des passerelles multiples sont établies, des moyens de garantir une meilleure mobilité professionnelle pour beaucoup et plus de souplesse dans les modalités d'intervention. Il ne

⁵¹Jean-Pierre Fragnière, (1983), *Quels horizons pour les professions sociales*, in : S. Staub u.a. **Theorie und Praxis der sozialen Arbeit**, Haupt, Bern, pp. 133-143.

⁵²Jean-Pierre Fragnière, (1987), *Les professions sociales, bilan et perspectives*, Fondation Alice, Lattecaldo, TI, 25 pages. et Jean-Pierre Fragnière, (1987), *L'importance de l'évaluation dans les œuvres sociales*, in : **Effizienz in Hilfs- und Sozialwerken**, Publication de la Société suisse des sciences administratives, Vol. 6, Berne, 1987, pp. 59-65.

s'agit pas de former des “ touche-à-tout ” vite déclarés incompetents. Cependant, dans l'état actuel de la spécialisation et de l'atomisation des tâches, qui pense sérieusement qu'un même individu va pouvoir durer plus de quarante ans dans une même activité ?

Définir des politiques professionnelles

Enfin, pour faire face aux problèmes posés par la nouvelle conjoncture, et rendre possibles les changements nécessaires, les groupes professionnels doivent conduire une politique résolue et coordonnée. Un certain nombre de priorités peuvent être retenues⁵³.

- a) Il importe d'abord de limiter au maximum, voire de contrer, les revendications qui ont un caractère prioritairement corporatiste. Certes, au vu des retards accumulés, certaines de ces revendications apparaissent tout à fait légitimes et urgentes. Pourtant, lorsqu'elles sont dispersées, au coup par coup, elles semblent porteuses de divisions si elles ne s'accompagnent pas d'un effort d'unité, visant à définir et résoudre les problèmes dans un cadre interprofessionnel.
- b) En principe, les formations “ maison ” ou très strictement liées à un seul segment d'un domaine professionnel, doivent être évitées dans toute la mesure du possible. Elles conduisent leurs candidats à des impasses, voire des formes de dépendance difficilement tolérables. Elles sont également porteuses de processus de hiérarchisation inutiles et rapidement mal acceptés.
- c) Et dans ce contexte, comment gérer la hiérarchisation professionnelle ? Dans une certaine mesure, elle correspond à un état de fait et à des comportements directement observables dans la vie quotidienne. La concertation permanente n'est pas évidente, ni peut-être souhaitable ; des fonctions de coordination sont nécessaires. De même, l'acquisition de spécialisations est une condition d'adaptation à l'évolution des techniques, des méthodes, voire des modèles d'action sociale et sanitaire.
Cependant, des politiques professionnelles bien conduites peuvent éviter qu'elles n'entraînent automatiquement un renforcement des hiérarchies. Le fait d'assumer ces tâches peut être motivé par un renforcement de l'intérêt au travail, par son enrichissement qualitatif, ou encore par un élargissement des perspectives de mobilité. Hiérarchiser, c'est trop souvent éviter les concertations nécessaires. Dans ce contexte, le travail en équipe doit être encouragé et développé sur une base interdisciplinaire. Il est une occasion de redéfinition des rôles et des responsabilités, il favorise la transmission et le partage des savoirs, il fonde la possibilité des formations permanentes interprofessionnelles, enfin, il est un élément de garantie de la continuité des soins lorsque la mobilisation de compétences diverses s'avère nécessaire.
- d) Et il faudra sans doute développer les concertations en vue d'organiser le marché du travail. L'état actuel de nos connaissances sur la démographie médicale et infirmière, et partiellement sur la démographie des professions sociales, nous conduit à penser que des concertations sont nécessaires et des transformations s'imposent qui peuvent impliquer une importante redéfinition de la répartition des tâches. Ces négociations peuvent être délicates. Dans ces domaines, les lois du marché ne conduiraient certainement pas à des solutions satisfaisantes. L'avenir sera négocié ou il sera imposé.
- e) Enfin, et c'est essentiel, la défense des droits des usagers doit être garantie, y compris sous une forme organisée. L'enjeu, c'est la reconquête au moins partielle d'un contrôle par l'individu de la gestion de sa santé et de son insertion sociale. Et puis, l'interpellation des

⁵³ Jean-Pierre Fragnière, (1980), (avec Michèle Dubochet), **Matériaux pour l'étude de la division du travail dans les professions sociales et paramédicales**, EESP et Société suisse de sociologie, Dossier, Lausanne, 280 pages.

usagers eux-mêmes paraît être une composante essentielle des restructurations professionnelles qui ne manqueront pas d'avoir lieu dans un proche avenir.

Raisons d'agir

Dans un contexte où la croissance et la complexité se nourrissent trop souvent du renforcement des inégalités et de la mise à l'écart de groupes entiers, l'unité de l'homme elle-même est en jeu. L'individu est découpé en une multitude d'éléments sur lesquels des spécialistes de plus en plus nombreux exercent leur sollicitude instituée. Les nécessaires différences deviennent alibis de l'érosion des identités. Une lente désappropriation de soi s'insinue au travers de multiples mécanismes. A de nombreuses reprises, le phénomène a été mis en évidence dans les secteurs que nous envisageons ici. Nous sommes convaincus de la nécessité de faire front contre cette évolution comme de la nécessité de promouvoir une maîtrise de la division du travail dans tous les milieux de l'action sociale et sanitaire.

Les tentations du repli

Pourtant, la tentation du repli est là, présente. Quand la pénurie menace ou que la crise semble s'installer, la tentation du repli sur soi, de défense des acquis sectoriels et des privilèges, le renforcement des comportements à caractère corporatiste, tendent à se développer. De telles réactions ont pu être observées dans la période récente, à l'étranger, mais en Suisse également.

Un volontarisme raisonnable

Il nous paraît essentiel de faire front contre ces tendances frileuses, porteuses de désenchantement à long terme. En fait, la nécessaire maîtrise de la division du travail dans les professions sociales et les professions de la santé ne pourra être obtenue que sur la base d'initiatives marquées par un volontarisme raisonnable. Pourquoi pas ? Dans la mesure où nous souhaitons mettre en place des initiatives novatrices, la prise en considération de ces problèmes est indispensable⁵⁴, elle est la condition de possibilité d'une réussite à long terme.

⁵⁴ Jean-Pierre Fragnière, (1983), *Le défi de la solidarité*, préface à l'ouvrage de Jean-Noël Rey, **Trop d'État ?** Essai sur la mise en cause de l'État-protecteur en Suisse, éditions Réalités sociales, Lausanne, pp. 7-11.