



**LE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DU SOIN: PARTICULIÈREMENT
EXPOSE AUX « DRAMATIQUES » DE L'ACTIVITE QUI TRAVERSENT TOUT
AGIR PROFESSIONNEL¹**

*THE WORK OF CARE PROFESSIONALS: PARTICULARLY ABOUT THE "DRAMATICS" OF
THE ACTIVITY THAT CROSSES THE PROFESSIONAL ACTS*

O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO CUIDADO: PARTICULARMENTE EXPOSTOS ÀS
"DRAMÁTICAS" DA ATIVIDADE QUE ATRAVESSAM TODO O AGIR PROFISSIONAL

Yves Schwartz²

RÉSUMÉ

On ne peut penser la substance de l'activité des professionnels du soin indépendamment des transformations globales qui affectent tous les milieux de travail. Mais cela ne suffit pas pour prendre la mesure des « dramatiques » de cette activité. D'abord parce qu'aucune activité humaine ne peut être la stricte conséquence des déterminations de son environnement (politique, économique, social, organisationnel...), un « faire autrement », une « renormalisation » partielle des normes antécédentes sont inéluctables, il n'est au pouvoir de personne de s'y opposer. Et ensuite, parce que le travail du soin est plus que tout autre une rencontre entre des « semblables » qui cherchent à vivre en santé, une rencontre de « dramatiques d'usage de soi », comme le propose la démarche ergologique. Rencontres à gérer collectivement au sein d' « entités collectives relativement pertinentes ». Double affirmation qui a évidemment des implications directes pour la gouvernance de ces activités. Par ailleurs, ces « renormalisations » individuelles et surtout collectives ne se limitent pas à une micropolitique circonscrite aux milieux des soins. Elles sont autant de réserves d'alternatives qui à travers la

¹ Conférence présentée à la Table Ronde du Congrès de l'Association Latine d'Analyse des Systèmes de Santé, ALASS, Barcelone, Espagne, tenue à l'Université de Brasília, UnB le 22 juillet 2016. Palestra apresentada na Mesa Redonda no Congresso da Associação Latina de Análise dos Sistemas de Saúde, ALASS, Barcelona, Espanha, realizado na Universidade de Brasília, UnB em 22 de julho de 2016.

² Professeur Emerite de l'Université d'Aix Marseille et Membre de l'Institut Universitaire de France. Président de la Société Internationale d'Ergologie, Paris, France. E-mail: yves.schwartz@univ-amu.fr.

gestion de la santé se confrontent quotidiennement à des problématiques de biens communs, qui remettent en jeu toutes les dimensions de la vie politique et sociale.

MOTS-CLÉS : Ergologie. Usage de soi. Normes antécédentes et Renormalisations. Entités Collectives Relativement Pertinentes. Réserves d'alternative.

ABSTRACT

One can not be think the substance of the activity of the care professionals independently of the *global transformations which affect all the works milieu [workplaces]*. But this is not enough to measure the "dramatics" of this activity. Firstly, because no human activity can be the strict consequence of the determinations of its environment (political, economic, social, organizational ...), a "to do otherwise", a partial "renormalization" of the antecedent norms are inescapable, it is not in anyone's power to oppose. And then, because the work of the care is more than any other a meeting between "alike" who seek to live in health, a meeting of "dramatics of self-use", as proposed by the ergological approach. Meetings to be managed collectively within "relatively pertinent collective entities". Double affirmation which evidently has direct implications for the governance of these activities. Futhermore, these individual and mostly collective "renormalizations" are not limited to a micropolitics circumscribed to the care milieus. They are so many reserves of alternatives that, through the management of health, are confronted on a daily basis with problematic of common good, which bring into play all the dimensions of political and social life.

KEYWORDS : Ergology. Use of oneself, Antecedent norms and renormalizations. Relatively Pertinents Collective Entities. Reserves of alternative.

RESUMO

Não se pode pensar a substância da atividade dos profissionais do cuidado independentemente das transformações globais que afetam todos meios de trabalho. Mas isso não é suficiente para medir as «dramáticas» dessa atividade. A princípio porque nenhuma atividade humana pode ser consequência estrita das determinações de seu meio de trabalho (político, econômico, social, organizacional...), um «fazer de outro modo», uma «renormalização» parcial das normas antecedentes são inevitáveis, pois não é do poder de ninguém a isso se opor. Em seguida, porque o trabalho do cuidado é mais que tudo um encontro entre os «semelhantes» que procuram viver em saúde, um encontro de «dramáticas de uso de si», como propõe a abordagem ergológica. Encontros a gerir coletivamente no seio de «entidades coletivas relativamente pertinentes». Dupla afirmação que evidentemente tem implicações diretas para o governo dessas atividades. Além disso, essas «renormalizações» individuais e, sobretudo coletivas não se limitam a uma micropolítica circunscrita aos meios de cuidados. São tantas reservas de alternativas que, através da gestão da saúde se confrontam quotidianamente às problemáticas do bem comum, que remetem a todas as dimensões da vida política e social.

PALAVRAS-CHAVE: Ergologia. Uso de si. Normas antecedentes e renormalização. Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes. Reservas de alternativa.

INTRODUCTION

Je souhaiterais proposer deux idées pour prolonger notre réflexion collective.

I - On ne peut comprendre ce qui se passe dans les activités de soin sans les interpréter comme un effet des transformations globales, dans le monde du travail, dans les crises de l'emploi, et les modèles de gestion des soins. D'où notre journée d'hier.

Mais comme un effet seulement *partiel* : l'activité de soin, plus encore que tout agir professionnel, est traversé par des « dramatiques » (SCHWARTZ, 2000, p. 494) qui cristallisent des savoirs originaux et agissent par là sur son efficacité et ses résultats. Le travail des professionnels du soin devrait donc être interprété comme une *négociation* entre ces transformations globales et ce qu'on appellera les renormalisations au jour le jour de l'activité.

II - Mais cette préoccupation du « micro » du travail n'est pas séparable des dimensions plus globales : les destinées, les valeurs de la vie sociale, au delà du strict secteur du soin, sont en question dans ces dramatiques et leurs choix. De ce fait, la vie sociale elle-même est interpellée par eux. Il n'y a pas *deux scènes*, l'agir professionnel et l'agir politique. Les transformations globales pèsent sur l'agir industriel, mais la scène industrielle tient en suspens l'efficacité du politique et lui propose plusieurs scénarios possibles.

**

I - PREMIERE IDEE, PREMIERE THESE

Soit les changements sur la scène « macro » (le « macro cenario » de M. Pochman), avec leurs effets sur les systèmes de santé produisant ce que nous appelons des *normes antécédentes* au travail dans la santé : le financier et l'économique dans leurs tensions avec les politiques publiques, les politiques de l'emploi (statuts, précarité), budgets de la santé, modes de gouvernement du système hospitalier, dispositifs hiérarchiques, reconnaissance des qualifications et des diplômes professionnels, fabrication et prolifération de normes et procédures organisationnelles, usage et développement des technologies médicales, poids croissant de l'informatisation

des séquences d'activité, gestion des équipes dans les CHU : tout cela encadre effectivement l'agir professionnel, aide à comprendre ce qui s'y passe, ses évolutions voire ses crises.

Mais la connaissance de ces normes antécédentes qui pèsent sur l'agir professionnel du soin suffisent-elles à maîtriser les séquences d'opérations, l'agir collectif au sein des hôpitaux ou autres systèmes de soin ? Non, parce que l'activité de travail n'est jamais une variable d'ajustement, n'est *jamais* le pur produit, n'est jamais anticipable à partir de ces seules normes antécédentes. Il faut prendre au sérieux ses « dramatiques », sinon on ne peut comprendre leur degré d'efficacité, de qualité, le « comment ça marche », à la fois *grâce et malgré* les normes antécédentes, et comment ça pourrait marcher autrement.

A prendre au sérieux parce que derrière la réponse à la question « le travail effectif est-il ou non pour l'essentiel cadré et anticipable à partir des seules normes antécédentes ? » une gouvernance du travail est en jeu.

Ou on le croit, et alors la transformation des systèmes de soins, comme toute gouvernance du travail, va buter sur une réalité sous-estimée, déniée, avec toutes sortes de conséquences critiques.

Ou on porte un regard lucide sur l'activité des professionnels de la santé, et on se donne avec responsabilité les moyens d'infléchir, de retravailler les normes de leur travail en prenant en compte ce qu'il y a de constructif dans les « réserves d'alternatives » (SCHWARTZ, 2007, p. 22) portées par leurs dramatiques d'activité.

Nous venons de dire « jamais » ; nous venons de dire : jamais l'activité de travail n'est la pure application des normes antécédentes (nous entendons par cette expression : prescriptions, procédures, normes organisationnelles, fonctionnements hiérarchiques...). Ce « jamais », nous l'avons déjà rencontré il y a plus de trente ans dans la bouche d'un ouvrier tourneur, à l'occasion d'un enseignement que nous avons construit à l'Université pour mieux comprendre le travail : « *jamais*, nous disait-il, un ouvrier ne reste devant sa machine en se disant : je fais ce qu'on me dit ». Et depuis, nous avons vérifié ce *jamais* dans les situations professionnelles les plus diverses, avec des manifestations jamais prévisibles du : « je ne fais pas exactement ce qu'on me

dit³ ». Mentionnons par exemple cet exemple désormais fameux d'une opératrice sur chaîne de montage de téléviseurs (usine Thomson en France régie par un gouvernement taylorien du travail), étudiée par nos amis ergonomes : sur une prescription apparemment rigide du Bureau des Méthodes commandant l'exécution de 27 gestes en 2 minutes sur un poste de travail large de 90 cm, ce « faire autrement que ce que l'on me dit », invisible à tout novice, et dans une pénombre de conscience pour l'opératrice, se manifestait par une modification de l'ordre des opérations et un gain de temps et d'espace⁴.

Autre exemple que nous commentons souvent, d'un « je transforme (collectivement) ce que l'on me dit », emprunté à une amie ergonomiste et médecin du travail de l'UFMG⁵ : celui des techniciens du service de radiothérapie d'un hôpital de Rio. Ces techniciens préfèrent laisser ouverte la porte plombée qui les protégerait des radiations ionisantes, ce qui leur permet de conserver ainsi un contact visuel et auditif avec les autres membres de l'équipe et les patients en attente dans le couloir⁶. Ou encore le questionnement de notre ami psychiatre Enio da Silva sur la notion de « geste professionnel », objet d'une très prochaine soutenance de thèse à Belo Horizonte : le geste apparaît comme une véritable invention, toujours plus ou moins transgressive par rapport aux normes du métier, ajusté à l'ici et maintenant d'une situation singulière. Recherche instantanée d'une solution alternative, comme par exemple confier la clé de la porte d'entrée d'un CAPS (Centre d'Attention Psychosociale) à un patient violent qui ne pensait qu'à en sortir, et alors que le personnel soignant était en nombre trop réduit pour surveiller l'entrée⁷.

C'est donc un résultat que nous considérons comme généralisable : un « faire autrement que ce qu'on nous dit » est inéluctable, il n'est au pouvoir de personne de s'y opposer. Et ceci pour des raisons profondes, appuyées sur nos rencontres, nos expériences formatives, et l'œuvre de trois grands « médecins-philosophes » (Ivar Oddone, Alain Wisner, Georges Canguilhem), raisons qu'on peut résumer ainsi : il est **impossible et invivable** que l'agir au travail se réduise à une application ou exécution de

³ Voir SCHWARTZ Y, *Expérience et Connaissance du Travail*, Paris, Messidor/Éditions Sociales, 1988, pp. 509-510.

⁴ Voir SCHWARTZ, Y., DURRIVE L, *Travail et Ergologie*, Toulouse, Octarès Editions, 2003, pp. 21-30.

⁵ A l'Universidade Federal de Minas Gerais, Brésil.

⁶ Voir en collaboration avec Eliza Echternacht, « Le corps-soi dans les milieux de travail : comment se spécifie sa compétence à vivre ? », *Corps*, dossier « Corps au travail », n. 6, mars 2009.

⁷ *Revue Ergologie*, n° 14, pp. 39-42.

Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 16, n. 1 (23), p. 119-130, jan./jun. 2017 E-ISSN 2446-5992

normes antécédentes, aussi précises et exigeantes soient-elles (SCHWARTZ ; 2000, p. 664).

Pour être bref : « *impossible* » parce que le milieu, comme dit G.Canguilhem (1966, p. 130), est toujours « infidèle », les situations de vie humaine, y compris médiatisées par les techniques, ne peuvent être intégralement standardisées, les normes seront donc toujours partiellement lacunaires (trous de normes), elles sont multiples et hétérogènes. « *Invivable* » parce que notre rapport de vivant au milieu ne peut être chosifié, ne peut être celui d'une pure soumission à celui-ci, comme si vivre n'était pas pour nous, vivants, une tentative permanente de proposer nos propres normes de santé à nos milieux de vie.

Tout agir industriel est donc toujours *complexe de débats de normes*: entre des normes antécédentes, hétérogènes, multiples, de plus en plus inflationnistes dans le secteur des soins, et notre désir de vivre en santé, d'infléchir les normes gouvernant nos milieux professionnels en fonction de nos propres projets de vie et de travail. D'où résultent, dans tout milieu de travail, des myriades de *renormalisations* c'est-à-dire de ré-usinage, de retravail, des organisations et normes professionnelles, comme le suggérait le « jamais » de notre ouvrier tourneur, dans l'infiniment petit ou le plus visible : ainsi la modification des gammes opératoires de l'ouvrière de la Thomson, la porte laissée ouverte des techniciens de l'hôpital de Rio, la clé confiée au patient violent du CAPS proche de Belo Horizonte.

Ainsi s'explique l'expression « dramatique d'usage de soi » (SCHWARTZ, 1992, p. 53 *et seq.*): comme négociation entre un usage de soi *par les autres* (les techniciens méthodes, eux-mêmes sous contrôle hiérarchique de la Thomson, les normes de sécurité que doit faire appliquer l'administration hospitalière, les normes en usage dans les pratiques psychiatriques ...) et les *usages de soi par soi* des gestes professionnels, toujours plus ou moins localement réinventés. Ce qui rend le secteur des soins particulièrement critique à cet égard, c'est que contrairement aux cas où la dramatique s'affronte aux prescriptions via l'usage d'objets matériels, ce qui est en jeu dans le soin est un autre soi-même, traversé par ses propres dramatiques. L'agir au travail est ici une *rencontre* de dramatiques d'usage de soi. Vrai dira-t-on de toutes les activités non directement productrices : oui, mais ce qui est en jeu à travers la visée de santé des patients, c'est la qualité même de toutes leurs dramatiques, la vie face à la

mort comme condition de tout projet de vie, de toute renormalisation, de toute visée alternative.

Ajoutons, mais c'est essentiel : le « je ne fais jamais ce qu'on me dit » concerne certes les individus. Travailler est d'abord une rencontre de soi avec soi – nous sommes tous en partie énigmatiques pour nous-mêmes et ne cessons de changer – dans la rencontre avec un milieu technique et humain. Mais nous ne travaillons jamais seuls et pour nous seuls : travailler, c'est toujours une rencontre avec d'autres soi, qui font eux-mêmes la rencontre avec eux-mêmes dans des situations toujours partiellement inédites : travailler ensemble est donc toujours une *rencontre de rencontres*. On comprend donc que pour les mêmes raisons que plus haut, il est impossible et invivable que *le travailler ensemble* soit intégralement prédéterminé par des normes antécédentes, comme les organigrammes, les règles de fonctionnement, la distribution formelle des responsabilités. Avec qui, comment, sous quelle forme, pourquoi on travaille (bien) ensemble : autant de paramètres à réinventer partiellement dans chaque situation de travail. C'est pour nous contraindre à cette enquête à réactualiser dans chaque cas que nous avons proposé le concept d'« *entité collective relativement pertinente* » (SCHWARTZ, 2000, p. 604). Et s'il y a un lieu où ce concept a une récurrente actualité à travers toutes les réformes proposées, c'est bien dans les systèmes de soin, comme l'a notamment étudié le Séminaire International sur Potencialidades e Inovações nos Processos de Trabalho organisé à Brasília en Avril 2012⁸. Là, doivent collaborer autour d'un « objet » commun qu'est le(s) patient(s), des professions, des catégories relevant de registres de compétences, de responsabilités, de rôles différents.

Comme l'ont écrit Denise Pires et Magda Scherer dans un texte auquel nous avons collaboré, chaque entité collective reconfigure l'organisation collective prévue et ses choix, elle « *dépasse la dimension macro-politique et la prescription des activités et tâches. Elle suppose des choix, des arbitrages, une hiérarchisation des actes et objectifs* ». Il faut donc aller à la rencontre de ces rencontres de rencontres, de ce « je ne fais jamais ce qu'on me dit », cette fois-ci collectivement réinventé et toujours largement ignoré : « *C'est par l'analyse du micro de l'activité que l'on peut identifier les échanges et les actions qui tissent le réseau relationnel du travail collectif. Il existe des aspects observables et d'autres invisibles dans les collectifs propres à une activité* »

⁸ Voir La Revue **Tempus Acta Saúde Coletiva**, Ano VI, n° 2, 2012. Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 16, n. 1 (23), p. 119-130, jan./jun. 2017 E-ISSN 2446-5992

de travail formalisée ou non [...] D'une certaine manière, il y a toujours quelque chose de méconnu dans le travail sur la santé, dans la prescription du soin »⁹.

*

II DEUXIEME IDEE, DEUXIEME THESE

Cette « analyse du micro de l'activité », cette attention à l'invisible, au « méconnu » de l'agir, est-ce une obligation volontaire à la myopie ? Une « micropolitique du travail » qui enfermerait la pensée dans les systèmes locaux de soins sans nous dire quoi que ce soit de possibles scénarios alternatifs pour une politique de santé dans un espace social global ?

Le regard à la loupe, est-ce une stagnation dans des arènes limitées, ou bien est-ce une base de savoirs et un point de vue instructif sur de possibles biens communs, au delà de frontières fixées à l'avance ?

Notre regard sur l'agir professionnel milite évidemment pour la seconde thèse. Les renormalisations, si elles existent *sont simultanément des réserves de savoirs et des réserves d'alternatives* qui visent, interpellent de façon positive et critiques notre vivre en commun.

Par exemple, les pratiques soignantes, particulièrement en Europe, sont quotidiennement confrontées, via les familles des patients, aux populations immigrées, avec leurs coutumes, leurs croyances, leurs rapports à la sexualité, à la mort. Chaque catégorie, différemment selon qu'est en jeu un médecin, une infirmière, aide-soignante... doit négocier l'articulation compliquée entre le respect des croyances, des patrimoines historiques de ces communautés, et celui de la laïcité, bien commun des services publics de santé. Les différents personnels, au cœur de leurs « dramatiques », sont confrontés à une problématique éthico-politique la plus actuelle, la plus partagée dans la vie sociale.

Ou encore : via l'informatisation des séquences de soins, quelle place doit prendre la numérisation des données de la vie sociale par rapport au traitement clinique,

⁹ SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, « Trabalho coletivo : um desafio para a gestão em saúde », **Revista Saúde Pública**, p. 723 et 724.

singularisé, des personnes et des situations ? Ou : enquête faite, si l'opératrice de la Thomson cherche à gagner du temps et de l'espace sur ses 27 opérations, c'est entre autres pour éviter de perturber sa voisine : valeur de solidarité entre femmes, qui a sens sur la chaîne, mais qui serait dérisoire si elle ne s'inclutait pas dans un registre plus vaste : mieux vivre dans la sphère sociale et familiale le statut d'ouvrière, de travailleuse. Comment l'invention du geste de notre psychiatre ne serait-il pas une manière de s'affronter au problème de la folie, du normal et du pathologique, qui interpelle depuis des siècles les populations dans leur tentative de gérer le vivre en commun ?

Sans aucun doute, toute renormalisation abrite bien, dans le visible ou la pénombre, des *savoirs-valeurs*, des savoirs ordonnée à des projets de vie : ces projets appellent et sédimentent des savoirs, lesquels en se cristallisant précisent, crédibilisent ces projets.

Savoirs-Valeurs : pourquoi « Valeurs » ? Toute renormalisation suppose des choix, suppose de *préférer*, par exemple de laisser la porte ouverte plutôt que de se protéger en la fermant (hôpital de Rio). Comme d'accepter des glissements de fonction entre infirmières et aides soignantes (voir la thèse d'Abdesselam Taleb, sur le Service des Urgences au CHU de Tlemcen), et de construire un certain type d'entité collective relativement pertinente qui sera différente dans un autre service en fonction de son histoire. S'il y a un agir, individuel et collectif qui *vaut mieux* que beaucoup d'autres possibles, c'est qu'il y a des « valeurs » opérant dans ces micro-choix qui permettent de trancher et d'agir, dans des milieux toujours « infidèles » et jamais standardisables. C'est ce monde de valeurs qui crée ces « réserves d'alternatives », un monde qui prend de la distance par rapport au *hic et nunc* de la situation, un monde qui en « désadhérence » variable par rapport à elle, prend en considération de possibles biens communs. Bien communs esquissés, redessinés à partir de ces expériences locales, aux contenus très variables, sujets aux évaluations et mises en débat politiques (communs à qui ?)¹⁰.

Pourquoi « savoirs » ? Si on reprend les divers cas évoqués de renormalisation, on doit, pour les comprendre, imaginer des savoirs sédimentés, convoqués, retravaillés qui les soutiennent et façonnent le contenu de cette renormalisation. Savoirs qui vont

¹⁰ On peut voir là-dessus, dans SCHWARTZ Y, DURRIVE L (dir), *L'activité en Dialogues*, Toulouse, Octarès éditions, 2009, le Dialogue 2, notamment, pp. 61 et sq.
Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 16, n. 1 (23), p. 119-130, jan./jun. 2017 E-ISSN 2446-5992

des plus microscopiques aux plus engagés dans la vie sociale et politique. Savoirs aspirés par le désir de mieux vivre l'ici et le maintenant mais qui convoquent, chacun à leur manière, tout notre monde à vivre.

Ainsi, l'opératrice de la Thomson sait que des variabilités dans les lots de composants, des irrégularités de cadence, des absences en amont de la chaîne...peuvent réduire son temps utile, elle connaît intuitivement les limites de résistance physique et psychique de ses collègues de travail comme les siennes propres. C'est ce type de connaissances qui en partie instrumente ses renormalisations. Les conducteurs de cars de la périphérie de Porto, étudiés par notre collègue Liliana Cunha, renormalisent en partie leur parcours prescrit par des arrêts, des détours non prévus par les ingénieurs topographes, parce qu'ils connaissent à leur manière comment ces populations plus ou moins bien desservies par les transports en commun habitent leur territoire (horaires d'entrée et de sortie des écoles, des usines, habitudes de consommation et d'achats, probabilité d'encombres...)

Donc, pas une renormalisation qui ne porte avec elle des savoirs-valeurs, des réserves d'alternative étayées par et sur des savoirs ancrés dans l'agir local, mais interpellant en sourdine ou explicitement les logiques du social et du politique.

On peut même se poser la question : au pôle de l'Etat, on peut supposer que domine une rationalité politique et juridique. Au pôle des entreprises et du marché, on peut supposer que domine une rationalité économique. S'il n'y avait pas en tous lieux des renormalisations, qui rendent les situations instables et les reconfigurent, qui redessinent les possibles et font évoluer en retour leurs protagonistes, le gouvernement de ces deux rationalités maintiendrait la vie sociale dans une sorte de morne répétition. Ce sont ces renormalisations qui « font histoire », qui font qu'il y a de l'histoire. Ce sont ces réserves d'alternative qui relancent sans cesse les tensions, les synergies, les contradictions entre les pôles étatiques et les pôles économiques eux-mêmes soumis aux turbulences et aux contradictions des rationalités instables de la mondialisation.

POUR CONCLURE

I - Il nous apparaît donc que toute politique publique et, particulièrement, dans le domaine du soin génère des inefficacités, de la non qualité, des crises, si elle gouverne au déni des dramatiques d'usage de soi de leurs agents. L'excès des gestions au pur

quantitatif, au chiffre, aux résultats, documentées par la numérisation sans modération des actes professionnels produit ce que nous appelons un « blanchiment » de l'activité, c'est-à-dire une volonté d'ignorer les dramatiques grâce auxquelles les traitements et les soins peuvent trouver, dans l'aisance ou la souffrance, les voies de l'efficacité. Blanchiment qui produit notamment les RPS (Risques Psychologiques et Sociaux), que notre collègue Taleb a si bien étudiés dans sa thèse au Service des Urgences de l'hôpital de Tlemcen, Algérie.

Nous ne prétendons pas que ce soit facile. Mais la mise en débat, en visibilité, la socialisation des réserves d'alternatives porteuses de solutions innovantes apparaît comme une procédure plus sereine et efficace pour infléchir et retravailler les normes qui gouvernent l'agir des professionnels de ce secteur.

II - Ceci implique de traiter avec responsabilité et sans démagogie le heurt inévitable des dissymétries professionnelles et des symétries citoyennes. Il existe des dissymétries normales et légitimes entre les divers métiers du soin, parfois pesantes (voir « le pouvoir médical », la gestion administrative) ; et en même temps en tant que traversé par des dramatiques d'usage de soi, orientées par des valeurs non quantitatives, « sans dimension », des visées de biens communs, chaque personnel du secteur, comme tout être humain, est *semblable* aux autres, et a un droit égal à intégrer des valeurs de vie collective dans ses choix de renormalisation. Equilibre difficile entre le respect nécessaire des exigences hiérarchiques et le respect du droit à chacun de se forger des images de biens communs.

C'est un des objectifs féconds des Groupes de Rencontre du Travail, développés notamment ici par Edna Goulart¹¹, de la recherche triangulaire Brésil-Algérie-France sur le travail des professionnels du soin dans les CHU¹² pilotée par la professeure Magda Scherer, et de la formidable entreprise menée depuis plusieurs années par Marie-Hélène Dassa à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.

Ainsi par ce type de démarches, espace pourrait être donné à plusieurs scénarios possibles pour les politiques de santé, à mettre en regard des transformations à l'échelle macroscopique, si bien présentées hier.

¹¹ Social Work and professional training: tension among rationalities, temporalities and relationships 'between knowledge', In: SILVA, M. C; APARICIO, M. T. (Org.) **International Handbook of professional identities**, p. 318-341.

¹² Recherche Problèmes et enjeux actuels du travail des professionnels de Santé dans les hôpitaux universitaires : Étude Brésil, France, Algérie. Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 16, n. 1 (23), p. 119-130, jan./jun. 2017 E-ISSN 2446-5992

RÉFÉRENCES

- CANGUILHEM, G. **Le normal et le pathologique**. Paris: PUF, 1966, p. 118-134.
- ECHTERNACHT, E. Le corps-soi dans les milieux de travail : comment se spécifie sa compétence à vivre ? », **Corps**, dossier « Corps au travail », n° 6, mars 2009.
- JOAZEIRO, E. M. G. Social Work and professional training: tension among rationalities, temporalities and relationships 'between knowledge'. In: SILVA, M. C.; APARICIO, M. T. (Org.) **International Handbook of professional identities**, USA: Scientific & Academic Publishing, 2015, p. 318-341.
- SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. « Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde », **Revista Saúde Pública**. 2009. 43 (4) : pp.721-725
- SCHWARTZ, Y., « Des fils non rompus ». In : **Expérience et Connaissance du Travail**, Paris : Messidor/Éditions Sociales, 1988, pp. 505-521, Seconde édition augmentée, 2012.
- SCHWARTZ, Y., Conclusion Générale. «Ergologue, est-ce un métier?» In: **Le paradigme ergologique ou un métier de Philosophe**. Toulouse : Octares Éditions. 2000, p. 641-738.
- SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Travail & Ergologie** : Entretiens sur l'activité humaine. Toulouse: Octarès Editions. 2003, p. 21-30
- SILVA, E. R. da. Pour une démarche Ergopsychiatrique clinique en gestes. **Revue Ergologie**, n° 14, Décembre 2015, p. 21-45.
- TALEB, A. **Analyse pluridisciplinaire des situations de travail** : le cas du service des urgences médico-chirurgicales du CHU de Tlemcen. *Soutenue publiquement le 2015*.