

ADRESSEZ LES COMMANDES À VOTRE LIBRAIRE
OU DIRECTEMENT À

Éditions L'Harmattan

5,7 rue de l'École Polytechnique
F - 75005 Paris
Tél : 00[33]1.40 46 79 20
Fax : 00[33]1.43 25 82 03
commande@harmattan.fr
www.editions-harmattan.fr

Sous la direction de
Gilles FERRÉOL

**SYSTEMES DE SANTÉ ET POLITIQUES DE SOINS :
VERS DE NOUVEAUX DÉFIS ?**

Actes du colloque international (Ancone, 23 juin 2017) organisé
par les laboratoires CRISS (Université polytechnique des Marches)
et C3S (Université de Bourgogne-Franche-Comté)

ISBN : 978-2-8066-3632-4

D/2018/9202/2

© EME Éditions
Grand'Place, 29
B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits de reproduction, d'adaptation ou de traduction, par quelque
procédé que ce soit, réservés pour tous pays sans l'autorisation de l'éditeur
ou de ses ayants droit.

www.eme-editions.be



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

CRISS
Centro di ricerca e servizio
all'innovazione socio-sanitaria

UBFC
UNIVERSITÉ
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE

Culture
Sport
Santé
Société



CHAPITRE 1

DÉFIS RELATIONNELS DANS LA SCÈNE DU SOIN HOSPITALIER : CONFLITS ET POSSIBILITÉS

Sergio MANGHI*
Roberto LUSARDI**

La relation vient en premier, elle précède.
Gregory Bateson (1979)

Sans identifier le contexte, rien ne peut être compris.
Gregory Bateson (1975)

Ce chapitre propose des pistes de réflexion sur les transformations en cours dans la *scène du soin* au sein des démocraties modernes de *welfare*, notamment sur les défis relationnels qui la caractérisent. L'argumentation sera de type essentiellement spéculatif, inhérent à la notion même de "scène du soin" et aux changements qui ont eu lieu depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale dans la dynamique relationnelle que cette notion aspire à décrire. Mais nous reprendrons aussi certains résultats de deux études qualitatives réalisées à onze ans de distance, respectivement en 2000-2001 et 2012, dans le même centre de santé, situé dans l'une des régions les plus riches d'Europe du point de vue économique et les mieux dotées en termes de *welfare* : l'*Azienda ospedaliero-universitaria* de Parme, le deuxième hôpital au classement en termes de taille dans la région d'Émilie-Romagne (Italie du Nord). Par conséquent, cette notion de scène du soin, bien que de pertinence sémantique plus vaste, se référera spécifiquement au service hospitalier.

Nous tenterons de montrer que cette approche a connu, entre l'après-guerre et nos jours, deux "types idéaux" (au sens de Max Weber) prédominants : d'abord, un type idéal à dominante "symbolico-institutionnelle", puis, à partir *grosso modo* des années 1970-1980, un type idéal de nature "techno-procédurale". Enfin, nous allons faire l'hypothèse que les défis relationnels émergents dans le cadre de cette transformation fondent les conditions d'un nouveau type idéal possible, qu'on pourrait considérer comme "symbolico-

* Professeur de Sociologie des processus culturels et communicatifs à l'Université de Parme.

** Chargé de recherche à l'Université de Bergame.

relationnel”, c’est-à-dire capable de placer les savoirs relationnels et sociaux au cœur de la “scène du soin” et de promouvoir les pratiques collaboratives.

∴

I. LA NOTION DE SCÈNE DU SOIN

Cette notion, adoptée et développée dans cette contribution, peut être brièvement définie comme « la dynamique des interactions in situ entre les différents acteurs et les différents savoirs, institutionnels comme informels, professionnels ou laïcs (patients, soignants, associations), qui ont lieu quotidiennement dans les différents contextes au sein desquels les services de santé s’articulent » (Lusardi et Manghi, 2013, pp. 147-148).

Cette notion dérive des analyses menées autour du concept de *contexte*, ou d’autres similaires (par exemple, “arène” ou “système”), par différents courants des sciences sociales, qui souscrivent à l’hypothèse selon laquelle, dans l’étude de l’action humaine, ainsi que Bateson l’a écrit, « si le contexte n’est pas identifié, rien ne peut être compris » (Bateson, 1975, p. 146). Dans cette perspective, à partir des théories interactionnistes classiques (Simmel, Mead, Goffman et encore d’autres), il a été mis en évidence : l’importance de la conscience du contexte (*context awareness*) (Glaser et Strauss, 1965 ; Hellström, Noland et Lundh, 2005 ; Lewis, 2006), les composantes émotionnelles de cette conscience (Timmermans, 1994), les conditions d’“optimalité” pour les acteurs (Kübler-Ross, 1969), les effets réciproques du placement (*stance*) de ces acteurs (Corbin et Strauss, 1993), l’efficacité du savoir *in situ* (Suchman, 1987 ; Bruni, Gherardi, 2007), la prise en considération, dans les trames interactionnelles, des objets instrumentaux (Berg, 1997 ; Latour, 1998), etc.

De manière plus analytique, les caractéristiques constitutives de la scène du soin peuvent se résumer à cinq attributs :

a) pluralité/hétérogénéité des acteurs concernés, directement ou indirectement : médecins de différentes spécialités et responsabilités, autres professionnels de la santé (infirmiers, opérateurs socio-sanitaires, etc.), professionnels sociaux et éducatifs, aussi bien de l’informatique que de l’organisation (du haut gestionnaire au préposé à l’accueil), des technologies médicales et pharmacologiques, du droit (avocats, juges), des assurances privées, des agences d’information (en ligne, télévision, papier), jusqu’aux patients eux-mêmes, leurs familles, les représentants d’associations pour la défense de leurs droits et d’autres acteurs de soutien, comme l’aide à domicile. Dans ce cadre, l’interaction duale entre le médecin et le patient, longtemps considérée comme exhaustive pour les parcours de soin (relation “canonique”

médecin-patient), apparaît comme un sous-ensemble partiel – même si, évidemment, important – d’une dynamique relationnelle bien plus large ;

b) globalité/circularité de la dynamique interactionnelle, ou, pour paraphraser Gregory Bateson (Bateson, 1979 ; voir aussi Manghi, 2004), “danse relationnelle”, impliquant les différents acteurs et savoirs en jeu, de sorte qu’aucun d’entre eux n’est en mesure de provoquer des effets unilatéraux sur les autres ;

c) pluralité/imbrication des niveaux communicatifs, qui se renvoient les uns aux autres : de celui plus subtilement *micro-social* (interactions en présence) aux *méso-sociaux* (intra- et inter-organisationnels) et *macro-sociaux* (économiques, culturels, communautaires), interconnectés de manière pragmatique et symbolique (voir point d). Contrairement aux usages plus fréquents, la communication est considérée manifestement ici comme fondement général de la condition humaine et non comme une activité parmi d’autres (Pearce, 1989) ;

d) distinction/complémentarité entre les dimensions pragmatiques (interactionnelles *stricto sensu*) et les dimensions sémantiques (*sensemaking* [Weick, 1995]) des processus de communication ;

e) distinction/complémentarité entre les savoirs explicites, obéissant à des critères universalistes (dé-situés, *evidence based*), et les savoirs implicites, ou *tacites* (Polanyi, 1966), obéissant à des critères contextuels (*situés*, incarnés dans les pratiques).

II. L’ENQUÊTE DE 2000-2001 : LE MALAISE RELATIONNEL DES MÉDECINS

La notion de scène, définie ci-dessus, a commencé à prendre forme dans le cadre de la première des deux études mentionnées dans l’introduction, réalisée entre 2000 et 2001 dans la province de Parme (Manghi et Tomelleri, 2004 ; Manghi, 2005), à partir d’une enquête nationale plus large sur la transformation des pratiques médicales (Guizzardi, 2004). L’étude concernait les médecins hospitaliers et les médecins généralistes, mais, ici, nous ne considérerons que les premiers, afin de rendre la comparaison plus significative au regard des résultats de la seconde étude citée, qui était, quant à elle, circonscrite à l’hôpital.

La recherche s’intéressait aux représentations des médecins sur les changements en cours dans la dynamique interactionnelle quotidienne entre les différents acteurs impliqués dans les processus de soin. L’étude se proposait d’examiner en particulier la manière dont ces médecins se représentaient ces

changements en relation avec quatre grands processus sociaux, culturels et organisationnels interconnectés, ayant impacté les systèmes de santé au cours des dernières décennies du XX^e siècle :

a) la diffusion de l'information biomédicale de masse, avec l'émergence de la figure du "patient informé" et celle du journaliste soucieux de la qualité des soins ;

b) la diffusion de l'idée de la santé comme un droit, avec l'entrée conséquente dans les questions liées à la santé et à la médecine, d'acteurs et de jargons juridiques/judiciaires, et de défense/promotion de la santé ;

c) le renforcement techno-scientifique de la médecine, avec le développement de dispositifs thérapeutiques et de diagnostic plus en plus efficaces et de disciplines médicales vouées à la multiplication des spécialisations ;

d) le développement de la corporatisation, c'est-à-dire la *gouvernance* des services sanitaires fondée sur des modèles *market-oriented*, avec l'entrée dans les questions de santé, de maladie et de soin, d'acteurs et d'une terminologie empruntée aux domaines de l'organisation, de l'informatique et de la finance, et l'application systématique aux parcours de soin de critères de description, d'organisation et d'évaluation inspirés par la primauté des procédures de rationalisation standardisée.

En bref, l'étude a mis en évidence, au sein des médecins interrogés, la perception aiguë de deux "nœuds relationnels" majeurs, liés aux processus en cours, qui trouvent leur origine dans une même racine : la crise irréversible de la hiérarchie verticale comme critère souverain de régulation de l'ensemble de la scène du soin, ancré dans le principe de la dominance médicale (Freidson, 1970). Le premier des deux "nœuds" en question était le paroxysme du conflit entre des attentes relationnelles symétriques et asymétriques ; le second était le "paradoxe de l'hyper-contrôle", à savoir la tendance des actions, inspirées de plus en plus par des méthodes de rationalisation cognitive, visant à promouvoir la gouvernance des flux et des dynamiques interactionnelles, à produire de nouvelles incertitudes et de nouveaux conflits qu'elles étaient censées réduire.

Ces "nœuds" étaient explicités de deux manières distinctes : soit en tant qu'urgences gérables grâce à l'efficacité techno-scientifique et organisationnelle, dans une scène du soin décrite comme dynamique *séquentielle*, soit en tant que conditions problématiques aiguës, dans une scène perçue comme dynamique *involutive*, caractérisée par des tendances entropiques. La première représentation était plus fréquente dans les services d'urgence. Mais dans l'ensemble, la représentation la plus courante était

celle "involutive", accompagnée d'un malaise relationnel marqué. Les quatre extraits d'interviews qui suivent – un pour chacun des quatre processus sociaux énumérés plus haut – témoignent clairement de ce malaise :

« Entre 1977, l'année où j'ai commencé et aujourd'hui, tout a beaucoup changé ! Le médecin était alors considéré avec déférence. Mais ces derniers temps, maintenant que tout le monde a la possibilité d'accéder à l'information, chacun lit et sait un peu de tout, mais comprend de travers. Ce que je constate aujourd'hui, c'est que certains patients obsessionnels et même autoritaires ne craignent pas d'avancer des prétentions envers le médecin » (Manghi, 2005, pp. 37-38).

« Il y a une espèce de chasse aux sorcières vis-à-vis des médecins, "Je peux vous dénoncer", "Je peux le faire"... C'est clair que ce n'est pas agréable, c'est impossible d'être serein dans ce contexte. Avant, il existait une quasi-impunité. Maintenant, on est passé à l'extrême opposé » (*ibid.*, p. 51).

« Les progrès, dans tous les domaines, qu'il s'agisse de meilleures thérapies ou de meilleurs diagnostics, plus précoces et plus précis, comportent des avantages pour les patients. Mais il existe indubitablement des inconvénients aussi. Plus nous sommes précis avec nos outils, plus quelque chose nous échappe. J'ai l'impression que les patients sont à la recherche d'un certain type de médecin que nous ne pouvons plus être, d'un interlocuteur auquel s'adresser pour en savoir plus, pour confronter les résultats d'examen spécialisés, les diagnostics et les traitements » (*ibid.*, pp. 66-67).

« Ah, la corporatisation ... Je peux vous dire que j'en ai soupé avec elle, croyez-moi. Pour nous, elle a signifié beaucoup de papiers à remplir, beaucoup de paperasse, et donc moins de temps pour les malades, moins de temps pour palper le ventre, moins de temps pour écouter les problèmes, moins de temps pour communiquer avec les médecins de base, avec les membres de la famille ou d'autres spécialistes » (*ibid.*, p. 75).

En résumé, ce que ces passages choisis mettent en évidence, c'est l'avènement d'une scène du soin radicalement nouvelle, en rupture avec celle qui l'a historiquement précédée : une "scène" de plus en plus dé-hiérarchisée, fragmentée, systématiquement "procéduralisée", caractérisée par des rythmes rapides et par une interactivité quotidienne conflictuelle, où le paroxysme de l'indétermination entre les symétries et les asymétries et le paradoxe de

L'hyper-contrôle ont tendance à être persistants, favorisant ainsi un état de malaise relationnel généralisé.

III. L'ENQUÊTE DE 2012 : CONFIRMATION

L'enquête menée en 2012 visait à examiner les tendances collaboratives entre les professionnels de la santé de l'hôpital. Elle peut donc être considérée, au regard de la quadripartition des processus sociaux adoptée dans la recherche précédente, comme une enquête qui s'est focalisée sur le dernier des processus formulés, à savoir la corporatisation des services sanitaires. Cependant, il est purement intuitif de considérer que ce processus constitue un champ de transformations synthétique, dans lequel les défis relationnels mis en évidence dans l'étude précédente, associés aux nouvelles "questions" informationnelles, juridiques, organisationnelles et techno-spécialistes, sont étroitement liés

En examinant les tendances collaboratives au sein du milieu hospitalier, l'étude a touché, inévitablement, les problèmes relationnels émergents avec l'affirmation des nouvelles formes d'organisation inspirées par les principes de la corporatisation. Les trois extraits qui suivent, retranscription partielle d'interviews ou de *focus group* (les deux derniers étant composés de médecins dirigeants), mettent en évidence les aspects les plus saillants de ces questions, qui, comme on pourra facilement le constater, confirment les résultats de la recherche précédente :

« La structure pyramidale qui prévalait autrefois a disparu : à son sommet, il y avait un responsable qui pouvait se comporter bien ou mal, mais qui assumait la responsabilité pour l'ensemble. Elle s'est fragmentée et tout le monde se sent désormais exposé, à commencer par celui qui a la responsabilité de diriger, car il ne peut plus être sûr que celui qui se trouve au-dessous de lui le défendra en cas de nécessité. La société a complètement changé, la pyramide s'est effondrée » (Tomelleri et Artioli, 2013, pp. 97-98).

« L'appel téléphonique arrive, puis c'est le courrier électronique de l'Université, puis celui de l'hôpital. C'est un flux continu. On découvre des obligations à la dernière minute et c'est toute l'organisation qui s'en ressent car tout est enchevêtré » (*ibid.*, p. 91).

« Avant, il fallait 10 minutes [pour remplir le dossier], maintenant il en faut 20 ou 30. Nous ne pouvons plus organiser de réunions de service parce que nous devons respecter ces procédures [remplir des dossiers]. Et c'est également contre-

productif pour la mission d'assistance aux malades parce que comment l'infirmière pourrait-elle aller laver un patient si elle doit remplir 35 formulaires ? » (*ibid.*, pp. 91-92).

Dé-hiérarchisation, fragmentation, procéduralisation systématique, rythmes rapides et interactivité quotidienne conflictuelle : c'était ce qui émergeait des résultats de l'enquête de 2000-2001, et qui se confirme dans l'enquête suivante, onze ans après. Il est intéressant d'ajouter le passage d'un entretien avec une infirmière, toujours mené dans le cadre de cette dernière étude, qui abonde dans le sens des précédents :

« Autrefois familiale, l'ambiance du service a changé. Les rapports sont devenus plus froids, pour plusieurs raisons. Parce que nous sommes en sous-effectifs, parce que nous devons travailler plus dur, parce que le budget passe avant toute chose. Les relations interpersonnelles, même avec les patients, sont désormais laissées au bon vouloir de chacun. Même entre professionnels, nous n'avons plus le temps. Avant, j'avais le temps de me confronter avec des collègues plus expérimentés, et même à échanger sur des sujets extraprofessionnels. Maintenant, c'est beaucoup plus difficile » (*ibid.*, p. 101).

IV. DEUX TYPES IDÉAUX DE SCÈNE DU SOIN

Dans un article assez récent, co-écrit avec Roberto Lusardi et déjà cité, nous avons essayé de fournir un cadre interprétatif général des transformations qui ont eu lieu dans la scène du soin, de l'après-guerre à nos jours, permettant une valorisation fructueuse des résultats de ces différentes études (Lusardi et Manghi, 2013). Partant du fondement que les années 1970-1980 ont marqué un tournant scindant l'histoire de nos démocraties de *welfare* en deux phases principales, nous avons développé deux types idéaux de scène du soin, correspondant à ces deux phases, que nous avons dénommés, respectivement, *symbolico-institutionnel* et *techno-procédural*. Nous disposons ainsi de deux typologies pour deux modes de tissage interactionnel de la scène du soin caractérisés par l'hégémonie culturelle de deux genres distincts de savoirs.

Qu'il nous soit permis de citer ici textuellement, par simple commodité, la définition concise des deux types idéaux en question, que nous avons proposée dans cet article : *« Un premier type idéal dans lequel l'hégémonie culturelle est exercée dans tous les domaines de la scène du soin – médico-thérapeutique, organisationnel, éducationnel et socio-communicatif – par les savoirs médicaux, et notamment médico-cliniques, fusionnant dans un seul mouvement vertical l'autorité professionnelle et l'autorité symbolico-*

institutionnelle. Et un second type caractérisé par l'hégémonie culturelle de la terminologie techno-scientifique, aussi bien en médecine que dans l'ensemble des domaines des systèmes socio-sanitaires [...], où l'autorité symbolico-institutionnelle est remplacée par la performativité organisationnelle et procédurale, et la régulation verticale des interactions [...] par une régulation à tendance réticulaire » (ibid., p. 146).

Cette subdivision ne s'arrête pas, bien entendu, aux seuls systèmes de santé. Il s'agit d'une partition qui en reproduit une autre, d'ordre plus général, inhérente à l'ensemble des processus de transformation sociale qui ont investi nos sociétés de l'après-guerre jusqu'à nos jours. Zygmunt Bauman (Bauman, 2000) l'a évoquée, comme c'est bien connu, en termes de modernité solide et liquide. D'autres scientifiques ont suggéré d'autres catégories, dont nous ne discuterons pas ici. Nous n'allons aborder que celles qui ont inspiré le plus immédiatement la paire de types idéaux suggérés ci-dessus. Il s'agit des catégories de *capitalisme sociétair*e et de *capitalisme techno-nihiliste*, développées par le sociologue Mauro Magatti (Magatti, 2009 et 2012), qui reprennent de façon originale et fructueuse de nombreux développements conceptuels des dernières décennies – en sociologie, économie, psychanalyse, philosophie – autour des transformations de la modernité.

Selon Magatti, au cours de la transition entre les deux formations sociales présentées respectivement comme capitalisme sociétair et capitalisme techno-nihiliste, deux éléments constitutifs de la condition humaine – Magatti se réfère ici à Cornelius Castoriadis (Castoriadis, 1975) – se transforment radicalement : la manière de donner signification à l'expérience (relation *legein-teukein*), et la manière de connecter la cognition à l'émotion (relation *logos-pathos*). Très brièvement et schématiquement : dans le processus de signification, une dominance progressive du *teukein* (action pratique vers l'environnement, performativité en termes de moyen-but) s'est imposée vis-à-vis du *legein* (raison, discours, sens), et une dominance progressive du *pathos* (compétences sensorielles, corps, désir) apparaît vis-à-vis du *logos* (compétences conceptuelles et argumentatives). Le passage du capitalisme sociétair au capitalisme techno-nihiliste constitue, en ces termes, un passage de la primauté du couple *legein-logos* à la primauté du couple *teukein-pathos*. Nous assistons alors à une bascule vers l'alliance inédite et stricte entre la puissance du désir et celle de la technique. Tout cela dans le cadre d'une économie capitaliste toujours plus orientée vers la valorisation des désirs individuels, selon ce que Luc Boltanski et Ève Chiappello (Boltanski et Chiappello, 1993) ont appelé le *nouvel esprit du capitalisme*, et ce vortex "disruptif" que Bernard Stiegler (Stiegler, 2016) a défini comme *capitalisme pulsionnel*.

C'est précisément cette convergence de "puissances" – subjectives, techniques et économiques – que la formule de "capitalisme techno-nihiliste"

tente d'envisager. Une convergence qui induit la corrosion systématique – nihiliste – des médiations de sens et des liens sociaux, en faveur de la réalisation immédiate des "libres désirs" individuels, à la place de la procrastination "sacrificielle" des cibles et de la primauté du *nous* en vigueur à l'époque du capitalisme sociétair.

Cette transformation profonde de notre condition existentielle et sociale influence à la racine la représentation sociale de la santé. De la représentation, disons, *socio-normative*, dominante dans le cadre du capitalisme sociétair, où être en bonne santé signifiait maintenir l'état psycho-physique associé à tel ou tel rôle, état constitué par des paramètres qui demeuraient stables au fil du temps, nous sommes passés à une représentation *performative*, où être en bonne santé équivaut à se mettre en compétition permanente pour cultiver la "forme" (*fitness*) à chaque moment, individuellement, en vue d'objectifs et d'opportunités non plus définis de façon permanente, mais dans un horizon de perfectibilité quasi illimité (Lusardi et Manghi, 2013).

C'est dans ce cadre général que les deux grands types idéaux sociologiques de la scène du soin traités ci-dessus deviennent signifiants et permettent de réfléchir efficacement sur les résultats des deux enquêtes citées. D'abord, sur l'émergence, dans cette scène, au cours des années 1970-1980, de ces traits constitutifs que nous avons synthétisés sous les termes de déhiérarchisation, fragmentation, procéduralisation systématique, rythmes rapide et interactivité quotidienne à tendance conflictuelle.

Dans la scène symbolico-institutionnelle, la dynamique relationnelle d'ensemble s'inscrivait dans des prémices de sens fortement partagées et des cadres institutionnels stables. L'autorité incontestée des savoirs médicaux et du rôle du médecin garantissait cette stabilité, par une configuration hiérarchico-pyramidale qui rendait les séquences interactives relativement prévisibles, non seulement dans les relations entre le médecin et le patient, mais aussi entre le médecin et tous les autres acteurs qui interagissaient dans la "scène", et entre les acteurs eux-mêmes.

Dans la scène techno-procédurale, comme le dit l'un des médecins interpellés, « la pyramide s'est effondrée ». Ses fragments – les différents acteurs – se révèlent de plus en plus hétérogènes et référentiels, et visent à maximiser leurs seules finalités. Les interconnexions sont de moins en moins méta-réglées par des symboliques partagées, et de plus en plus par des réseaux organisationnels hautement informatisés qui substituent les hiérarchies verticales "solides" du passé par des hiérarchies circulaires "liquides", inévitablement exposées au "paradoxe de l'hyper-contrôle".

L'ensemble du processus est mis en place comme une "danse relationnelle" stablement instable, inévitablement conflictuelle, de pratiques interactionnelles, où chaque "danseur" est engagé simultanément sur plusieurs côtés, une "danse" qui implique un changement radical de l'expérience temporelle vécue. Celle-ci n'est plus marquée par la succession ordonnée du passé, présent et futur, mais par la concentration "présentiste" sur le *hic et nunc*. Le rythme nécessaire pour rester dans la "danse" apparaît alors de plus en plus dicté par l'alliance "techno-nihiliste", dont nous avons parlé ci-dessus, entre l'impulsivité des désirs et de l'hyper-vitesse des technologies, entraînées par la "révolution numérique".

V. L'ÉMERGENCE DE LA QUESTION RELATIONNELLE

D'une part, il est clair que jamais avant l'époque du capitalisme techno-nihiliste, les problèmes relationnels n'ont été l'objet explicite de l'attention sociale. La fréquence, dans le langage courant, du mot *relation* et d'autres qui lui sont étroitement associés, comme *interaction*, *empathie*, *écoute* et *communication*, n'a jamais été aussi élevée – bien plus qu'à l'époque du capitalisme sociétair. Ce n'est pas par hasard si, au cours des quarante dernières années, les spécialités universitaires, les publications et les nouvelles professions consacrées aux questions relationnelles *lato sensu* se soient multipliées : d'abord, en général, dans l'ensemble des domaines sociaux, et dans la scène du soin, en particulier.

À la lumière de ce que nous avons tenté d'expliquer autour des changements intervenus dans cette scène, cela apparaît tout à fait cohérent. Car l'interconnexion principalement fonctionnelle, poursuivie dans la "scène" techno-procédurale, n'est pas en mesure de combler le vide de sens partagé laissé par l'évaporation des formes antérieures d'intégration. Au contraire, la primauté de cette interconnexion conduit à la fragmentation du tissu social et à l'atomisation des acteurs ; comme l'infirmière que nous avons citée dans un passage d'interview le dit : « *Les relations interpersonnelles, même avec les patients, sont désormais laissées au bon vouloir de chacun.* » Les interactions quotidiennes, comme en témoignent tous les extraits d'interviews ci-dessus, deviennent plus difficiles, conflictuelles et laborieuses (Mol, 2008). Nous pourrions légitimement parler d'émergence d'une "question relationnelle" de première importance.

D'autre part, cependant, l'émergence de cette "question" demeure en grande partie la manifestation aiguë d'un symptôme de malaise, davantage que le point de départ pour une re-conception de la scène du soin à la hauteur des défis relationnels que ce malaise révèle. La notion de scène du soin vise, précisément, à rendre ce seuil, actuellement imperceptible, visible et pensable, établissant la différence entre deux diagnostics différents du "malaise

relationnel" en question : le diagnostic techno-procéduraliste, qui le conçoit comme un défi localisé, notamment circonscrit "psychologiquement" à la dyade professionnel/patient, à traiter en fonction de critères de *problem solving* ; et le diagnostic – qu'on pourrait qualifier, nous y reviendrons, de *symbolico-relationnel* – qui le considère comme un défi socioculturel, concernant la globalité de la scène du soin, à traiter en fonction de critères de production de sens (*sense-making*).

Dans cette perspective, l'enjeu du défi est la reconnaissance de la scène du soin comme un lieu éminemment *social* – avant d'être un lieu sanitaire. Ou bien : la perception de la trame quotidienne des textures interactives qui donnent lieu aux processus et aux événements de soin, comme d'un tout unitaire, maintenu et animé par des pratiques interactionnelles *in situ* et des savoirs interpersonnels subtils, incarnés dans ces pratiques de façon en grande partie *tacite*. Les contenus médicaux, sanitaires et techno-organisationnels, ancrés à des savoirs de caractère principalement explicite, conservent un rôle fondamental, pour l'identité sociale spécifique de la scène du soin. Mais ils demeurent des composants partiels d'une dynamique plus ample, même dans les services hospitaliers où la technologie tient une place importante – telles, par exemple, les unités de soins intensifs (Lusardi, 2012).

VI. VERS UNE NOUVELLE SCÈNE DU SOIN ?

La densité et la générativité des textures interactives qui donnent vie à cette scène du soin ont toujours été importantes, bien que souvent dans des formes invisibles aux regards dominants, dans la construction des processus de soin. Mais c'est seulement à partir de « *l'effondrement* » – pour reprendre une fois de plus l'image déjà citée d'un médecin interviewé – de la configuration hiérarchique caractérisant la scène du soin symbolico-institutionnelle, que ces textures quotidiennes ont été en mesure de mettre en évidence leur protagonisme. Cela a pu se produire en raison de la forte croissance du nombre et de l'hétérogénéité des acteurs présents dans cette scène, de l'affaiblissement des contraintes hiérarchiques verticales, et de l'état d'effervescence, de mobilisation "présentiste" permanente, qui caractérise la valeur "santé" à l'ère du capitalisme techno-nihiliste, tant du côté de la demande (forme, *fitness*) que de celui de la réponse (techno-science, techno-organisation).

Dans une telle scène, les professionnels sont appelés à un "engagement relationnel" croissant, afin de maintenir la qualité des interactions et des collaborations quotidiennes, de favoriser la continuité biographique des patients face à la maladie et à l'entrée dans un monde étranger tel que les services sanitaires et la fluidité organisationnelle des parcours thérapeutiques, un engagement qui s'est intensifié, il faut le souligner, au moment des politiques de rationalisation financière mises en place à la suite de la grave

crise économique de 2007-2008, qui a marqué le début de l'époque de « *grande contraction* » (Magatti, 2012), dans laquelle nous sommes plongés encore actuellement.

Le « malaise relationnel » répandu chez les professionnels à la suite de ces transformations vertigineuses, exprimé dans les extraits d'interviews, est conceptualisé aujourd'hui principalement comme un effet secondaire désagréable, et souvent comme une « résistance » à l'innovation technologique (Greenhalgh *et al.*, 2014), à traiter, comme nous le disions, par des stratégies « locales » – et on pourrait ajouter : palliatives. Et dans l'horizon imaginaire de la scène du soin techno-procédurale, il ne pourrait en être autrement.

Mais ce malaise peut aussi être conceptualisé d'une autre manière. À savoir, et c'est ce que nous essayons de suggérer, comme un symptôme de conflits potentiellement génératifs, qui peuvent montrer – comme seuls les conflits peuvent le faire – des possibilités futures inscrites dans le présent. Possibilités associées, en particulier, à la perception de la pertinence constitutive, et non pas collatérale, des dynamiques relationnelles, pour tout ce qui se produit dans la scène du soin.

L'émergence du malaise relationnel ne signale pas seulement une condition problématique. Elle révèle aussi, indirectement, la mesure élevée de l'engagement quotidien exigé de la part des professionnels, et donc la pertinence stratégique de cet engagement et des savoirs – tacites autant qu'explicites – qui lui donnent forme.

Seul le déploiement d'un nouvel imaginaire du soin et de la santé pourrait rendre visible et mettre en valeur cette pertinence. Un imaginaire caractérisé par l'attention prioritaire réservée aux questions relationnelles émergentes et aux processus de construction coordonnée de sens, et qu'en raison de cette attention prioritaire nous pourrions appeler – comme nous l'avons anticipé – *symbolico-relationnel* (Lusardi et Manghi, 2013). Un tel imaginaire pourrait favoriser la formation d'un nouveau type idéal de la scène du soin, capable de rendre visible et de mettre en valeur le caractère instituant, et non pas seulement instrumental (tendu vers l'efficacité de la prestation), des pratiques collaboratives (Tomelleri et Artioli, 2013 ; Ingrosso, 2016).

La promotion de ce nouvel imaginaire ne peut certainement pas escompter des chemins prédéfinis et clairement visibles. Les habitudes perceptives associées à l'imaginaire techno-procédurale sont largement dominantes et reproduisent sans cesse des représentations de la scène du soin dans lesquelles les problématiques relationnelles apparaissent comme des questions secondaires, où les savoirs relationnels et sociaux incarnés dans les pratiques quotidiennes de tous les acteurs, professionnels comme laïcs, institutionnels aussi bien qu'informels, restent substantiellement invisibles.

Mais on ne part pas de zéro. Les aspirations pour une nouvelle conception des processus de soins, centrée sur la qualité des relations et sur les questions de sens qui se posent lors de chaque rencontre ayant lieu sur cette scène, sont très répandues dans la gamme vaste et variée des acteurs qui investissent cet espace. Et les connaissances développées pendant des décennies par les sciences sociales (au sens très large : psycho-socio-anthropologiques) autour de l'extraordinaire complexité de ces processus constituent un patrimoine culturel d'une importance stratégique (Ingrosso, 2016).

∴

C'est à partir d'ici que l'imaginaire symbolico-relationnel pourra faire son chemin : d'abord, par la promotion de lieux de rencontre, d'échange et de collaboration entre les savoirs relationnels et sociaux subtils implicites dans les pratiques quotidiennes des professionnels de la santé, et la réflexion théorique et épistémologique explicite, cultivée par les sciences sociales. Nous avons à constituer des lieux de rencontre transprofessionnels et transdisciplinaires enracinés dans les contextes de la pratique ou dans ceux de la formation et de la recherche. De sorte que cela permette, dans les services socio-sanitaires, une conscience croissante du fait que ces services, qu'on le sache ou non, qu'on le veuille ou pas, constituent des réalités d'abord et avant tout sociales – avant même, comme nous avons tenté de le montrer, que sanitaires, porteuses non seulement de réponses plus ou moins médicalement efficaces aux besoins et désirs des citoyens-clients, mais aussi de visions de la condition humaine.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BATESON Gregory (1975), « Some components of socializations for trance », *Ethos*, vol. 3, n° 2, été, pp. 143-155.
- BATESON Gregory (1979), *Mind and Nature. A Necessary Unity*, New York, Dutton.
- BAUMAN Zygmunt (2000), *Liquid Modernity*, Londres, Polity Press.
- BERG Marc (1997), *Rationalizing Medical Work. Decision Support Techniques and Medical Practices*, Cambridge (Mass.), MIT Press.
- BOLTANSKI Luc et CHIAPPELLO Ève (1993), *Le Nouvel Esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.
- BRICON-SOUF Nathalie et NEWMAN Conrad (2007), « Context awareness in health care: a review », *International Journal of Medical Informatics*, vol. 76, n° 1, janvier, pp. 2-12.
- BRUNI Attila et GHERARDI Silvia (2007), *Studiare le pratiche lavorative*, Bologne, Il Mulino.

- CASTORIADIS Cornelius (1975), *L'Institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil.
- CORBIN Juliet et STRAUSS Anselm (1993), « The articulation of work through interaction », *The Sociological Quarterly*, vol. 34, n° 1, printemps, pp. 71-83.
- FREIDSON Eliot (1970), *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*, New York, Atherton Press.
- GLASER Barney et STRAUSS Anselm (1965), *Awareness of Dying*, Chicago (Ill.), Aldine Publishing.
- GREENHALGH Trisha, STONES Rob et SWINGLEHURST Deborah (2014), « Choose and book: a sociological analysis of 'resistance' to an expert system », *Social Science and Medicine*, vol. 104, mars, pp. 210-2019.
- HELLSTRÖM Ingrid, NOLAN Mike et LUNDH Ulla (2005), « 'We do things together'. A case study of 'couplehood' in dementia », *Dementia*, vol. 4, n° 1, février, pp. 7-22.
- KÜBLER-ROSS Elisabeth (1969), *On Death and Dying*, Londres, Routledge.
- LATOURE Bruno (1998), « Mixing humans and nonhumans together: the sociology of a doorcloser », in STAR Leigh (sous la dir. de), *Ecologies of Knowledge: Work and Politics in Science and Technology*, New York, State University Press of New York, pp. 257-277.
- LEWIS Malcolm (2006), « Nurse bullying: organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures », *Journal of Nursing Management*, vol. 14, n° 1, janvier, pp. 52-58.
- LUSARDI Roberto (2012), *Corpi, tecnologie e pratiche di cura. Uno studio etnografico in terapia intensiva*, Milan, Franco Angeli.
- LUSARDI Roberto et MANGHI Sergio (2013), « I limiti del sapere tecnico: i saperi sociali nella scena della cura », in VICARELLI Giovanna (sous la dir. de), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Rome, Carocci, pp. 145-174.
- MAGATTI Mauro (2009), *Libertà immaginaria. Le illusioni del capitalismo tecnocratico*, Milan, Feltrinelli.
- MAGATTI Mauro (2012), *La Grande Contrazione. I fallimenti della libertà e le vie del suo riscatto*, Milan, Feltrinelli.
- MANGHI Sergio (2004), *La Conoscenza ecologica. Attualità di Gregory Bateson*, Milan, Raffaello Cortina.
- MANGHI Sergio (2005), *Il Medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, Milan, Franco Angeli.
- MOL Annemarie (2008), *The Logic of Care*, Londres, Routledge.
- PEARCE Barnett (1989), *Communication and the Human Condition*, Carbondale (Ill.), Southern Illinois University.

- POLANYI Michael (1966) *The Tacit Dimension*, New York, Anchor Books.
- STIEGLER Bernard (2016), *Dans la disruption*, Paris, Les Liens qui Libèrent.
- SUCHMAN Lucy (1987), *Plans and Situated Actions: the Problem of Human-Machine Communication*, Cambridge (Mass.), Cambridge University Press.
- TIMMERMANS Stefan (1994), « Dying of awareness: the theory of awareness contexts revisited », *Sociology of Health and Illness*, vol. 16, n° 3, juin, pp. 322-339.
- TOMELLERI Stefano et ARTIOLI Giovanna (sous la dir. de) (2013), *Scoprire la collaborazione resiliente. Una ricerca-azione sulle relazioni interprofessionali in area sanitaria*, Milan, Franco Angeli.
- WEICK Karl (1995), *Sensemaking in Organizations*, Londres, Sage.