

L'exemple du « travail du bonheur » dans la pratique du soin

Les activités au service du maintien de soi en vie comme nouveau champ de recherche en intelligibilité

Catherine Tourette-Turgis
Joris Thievenaz

Catherine Tourette-Turgis,
responsable du ~~et~~ Master en
éducation thérapeutique.
catherine.tourette-
turgis@upmc.fr

Joris Thievenaz, attaché
temporaire d'enseignement et de
recherche.
joris.thievenaz@upmc.fr

Chaire d'éducation thérapeutique
UPMC-CRF, université Pierre et
Marie Curie, 4 place Jussieu,
75005 Paris.

Les métiers de l'intervention sur autrui sont l'objet d'un débat depuis quelques années, à la fois sur la délimitation de leur périmètre, mais aussi sur leurs valeurs et ce qui établit leurs fondements. Nous pensons que la thématique du bonheur mise en travail dans ce numéro représente une entrée particulièrement significative pour réinterroger un ensemble de propositions et de théories habituellement tenues pour vraies dans le champ des activités de soin. Ce champ d'intervention part en effet du postulat selon lequel le « bonheur » ou encore le « bien d'autrui » constitue à la fois le cœur du métier, mais également ce qui vient le légitimer. Ce phénomène peut être formalisé à travers la formule suivante : « c'est pour votre bien que nous agissons ainsi ».

La formule « pour le bien d'autrui » vient légitimer (souvent à l'insu des acteurs) l'adoption d'un ensemble de postures et la conduite d'une pluralité d'actions dont on fait l'hypothèse qu'elles produiront un changement qualitatif dans l'activité de leur destinataire. L'exemple des pratiques d'accompagnement est à ce titre particulièrement exemplaire du point de vue des tensions qui résultent de ce postulat. Ce champ d'intervention, en plein essor, est souvent présenté comme la solution miracle à la vulnérabilité des personnes. Se pose toutefois la question de comprendre si derrière cet « affichage », l'objectif réel



L'exemple du « travail du bonheur » dans la pratique du soin

de bon nombre de dispositifs mis en place n'est pas de soulager de leur misère les bénéficiaires ou usagers, mais plutôt de soulager la collectivité de leur présence en leur montrant à quel point ils sont « coûteux » (les malades), « paresseux » (les allocataires du RSA), « gênants » pour l'ordre public (les sans-abri).

Nous voudrions donc, dans cet article, montrer comment nous assistons à la création d'un lexique de l'action « dans lequel un certain nombre d'actions et par conséquent les acteurs qui les produisent sont exclus, ce qui est le cas de ceux qu'on qualifie de pauvres, de vulnérables, de précaires, de dépendants et de malades.

**LES MÉTIERS DE L'INTERVENTION SUR AUTRUI,
DE L'INTENTION D'AIDE À « L'INJONCTION AU BONHEUR »**

Les métiers de l'intervention sur autrui

Les métiers du soin, mais aussi de l'éducation, de la formation comme du travail social, ont en commun d'organiser et de conduire leur action en direction d'une autre personne ou d'un groupe d'individus. Pour désigner ces champs d'action, il nous semble alors opportun de les définir comme des métiers de « l'intervention sur autrui », dans la mesure où ce qui constitue le cœur de leur pratique réside dans : « l'organisation d'activités spécifiquement ordonnées autour d'une intention de transformation des activités d'autres sujets » (Barbier, 2011, p. 84). Ces champs de pratique ont une culture d'action qui leur est propre, et poursuivent des buts spécifiques, mais ils ont cependant en commun de concevoir un ensemble d'outils et de dispositifs « d'intervention » ayant spécifiquement pour intention d'agir pour, sur, et avec autrui. L'action de soin et l'action d'aide s'accompagnent, par exemple, d'un lexique pour l'action particulièrement mobilisateur. On parle en effet de « posture éthique », de « code déontologique », de « valeurs humanistes » pour n'en citer que quelques-unes. Mais le lexique mobilisé par les professionnels de l'intervention s'avère également parfois chargé d'affects, souvent ambigu, et tend à devenir l'objet d'un jugement de valeur sur le malade ou sur sa conduite, comme nous l'avons vu dans un de

nos champs d'expertise : l'observance thérapeutique entendue comme les difficultés des malades à prendre leurs médicaments (Tourette-Turgis, 2008).

L'exemple de la notion de « bonheur pour autrui » ou de « bonheur d'autrui » nous paraît à ce titre particulièrement représentatif du jugement de valeur qu'elle peut abriter quelquefois et des processus d'évaluation dont font l'objet les individus auxquels on prodigue des soins. Le « bon malade » n'est-il pas celui qui « comprend que c'est pour son bien » ou plus encore, celui qui répond à l'injonction qui lui est faite de changer ou de se soigner pour « aller mieux » ?

Une définition du bonheur : mobilisation des biens, et affectifs et relationnels

S'interroger sur le bonheur nécessite aujourd'hui de réinterroger la hiérarchisation des activités humaines sur laquelle les sociétés industrialisées sont organisées et dont découlent non seulement l'évaluation du prix du travail, mais aussi le degré de reconnaissance sociale de ceux qui l'exercent. Des champs entiers de pratiques – comme celles qui comprennent une dimension corporelle à visée transformative : l'autosurveillance quotidienne des fonctionnements biologiques du corps dans certaines pathologies, le nettoyage des corps des enfants, des malades ou des personnes dépendantes – ne bénéficient pas, comme toute autre activité professionnelle, d'une analyse de l'activité prenant en compte le sens que les sujets qui exercent ces activités construisent pour eux-mêmes, ou les significations qu'ils donnent à entendre lorsqu'ils communiquent avec autrui à propos de leur activité.

Dans le discours social, les malades, les pauvres, les fragiles se voient assigné un ensemble de tâches prescrites : le malade qui doit suivre une éducation, le pauvre qui est allocataire mais doit fournir un nombre d'heures de travail hebdomadaire, les fragiles qui doivent se renforcer, les dépendants qui doivent veiller à garder le plus longtemps possible leur autonomie. Ce pari pourrait être tout à fait acceptable comme projet s'il était formulé, pensé et organisé en concertation avec les sujets qui en sont les bénéficiaires.





**LE PASSAGE D'UNE POSTURE PRESCRIPTIVE À UNE POSTURE D'INTELLIGIBILITÉ :
LA RECONNAISSANCE DE L'ACTIVITÉ DU MALADE
COMME DIMENSION SINGULIÈRE ET IRRÉDUCTIBLE DE L'AGIR HUMAIN**

Notre démarche de recherche (Tourette-Turgis, 2010 ; 2011) s'inscrit dans une optique d'intelligibilité des activités conduites par le patient pour le maintien de soi en vie. Il s'agit de rompre avec la posture prescriptive ou évaluatrice dominante dans le champ de l'éducation et du soin. Cela se traduit pour nous par l'ouverture d'un champ de recherches transversales et pluridisciplinaires portant sur la compréhension des activités humaines en situation de soin.

Le fruit de nos multiples expériences d'intervention auprès de publics malades nous a permis de prendre conscience de la complexité et de la richesse de l'ensemble des activités mises en œuvre par les sujets-patients pour se maintenir en vie et améliorer leurs conditions d'existence. Dans son activité quotidienne, le patient fait appel à un ensemble de ressources et de compétences construites dans son expérience et qui font l'objet d'un enrichissement lors de son engagement dans de nouvelles actions. *Nous proposons alors de concevoir l'activité du patient comme un processus expérientiel mobilisant une combinaison de ressources orientée vers le maintien de soi en vie et faisant l'objet d'un développement à l'occasion de la réalisation de nouvelles formes d'activités.* Être malade n'est dès lors plus considéré comme un « état », mais comme un processus à l'occasion duquel le sujet réalise des apprentissages et qui de là s'apparente à un processus de professionnalisation (Wittorski, 2007). L'expérience vécue de la maladie et du soin se réalise pour le sujet à travers plusieurs espaces d'activité, au sein desquels celui-ci réélabore ses connaissances opératoires qui se présentent sous la forme « d'habitude d'orientation de l'action » (Thievenaz, 2012).

Il ne s'agit plus alors de cantonner les modèles de théorisation de l'activité et des apprentissages par l'action aux pratiques reconnues ou faisant l'objet d'une valorisation sociale, mais de concevoir les modes de réélaboration de l'expérience et l'émergence d'apprentissages chez les sujets qui « éprouvent » la maladie et qui « expérimentent » les outils et les dispositifs qu'on leur propose ou qu'ils façonnent à cette occasion. Nous pensons dès lors, que le champ de pratique relevant des activités du « souci de soi » et/ou de « la délégation du souci de soi à autrui » (Tourette Turgis, 2011) constitue un champ de recherche pouvant regrouper une pluralité de démarches d'intelligibilité orientées vers l'analyse et la compréhension des processus de formation du sujet à l'occasion de ces activités. Ce basculement nécessite de mobiliser un cadre théorique susceptible de rendre compte de la dimension expérientielle de travail du patient en dehors d'une hiérarchisation des activités humaines.





Un enjeu théorique : les théories du care pour repenser la relation d'aide

Dans l'approche par les théories du « care » (Laugier, 2009), l'accompagnement relève d'une posture dans laquelle la bienveillance se définit comme le souci d'autrui et surtout rompt avec le regard victimaire sur autrui au sens où chaque personne vulnérable est pensée et maintenue comme disposant de ses capacités à aider autrui au même moment, à un autre moment de façon différente. Il n'y a pas un accompagnateur dispensateur de survie à des bénéficiaires considérés comme faibles et dépendants, mais une dynamique de réciprocité informelle et pas nécessairement égale qui s'exerce de façon processuelle et non statique de tous envers tous.

L'acte d'accompagnement implique alors de supprimer les frontières et les hiérarchies entre les activités humaines, où certaines seraient définies comme supérieures (la concurrence, la performance, la production de biens et d'objets techniques...) et d'autres comme de peu de valeur (le soin, l'attention à autrui, la production de services à la personne, les activités domestiques, celles de maternage, de nettoyage, les activités conduites par les malades sur leur corps...). Les activités de tout un chacun ayant trait à l'attention à autrui, y compris des activités visant à maintenir les relations affectives et le lien social entre les personnes, sont ici reconnues comme l'objet d'un travail. Au niveau épistémologique, cette proposition vise à questionner la division du temps sur laquelle est fondée la société humaine, c'est-à-dire le temps pour produire (le travail) et le temps qui reste en dehors du travail pour prendre soin d'autrui et du monde. À partir du moment où se rendre disponible à autrui est pensé comme « interrompre ses propres activités », la coupure entre soi et autrui est signifiée d'emblée comme une coupure organisatrice des interactions humaines. À l'évidence, se rendre disponible à autrui n'est donc pas pensé comme une activité humaine familière et analogue à toutes les activités.

Un enjeu méthodologique : considérer et analyser le travail du patient comme une activité réelle et « constructive »

Les méthodes d'analyse du travail ou d'analyse de l'activité ont, depuis leur apparition dans le champ de l'ergonomie (Ombredane et Faverge, 1955 ; Leplat, 1997) ou de la psychologie du travail (Clot, 1995 ; 2008), été mobilisées pour l'étude de nombreuses activités humaines en situation professionnelle. Les métiers de la production (Pastré, 1994), mais aussi ceux relevant de l'éducation ou de l'accompagnement (Mayen, 2002), ont donc fait l'objet de nombreux travaux sur l'analyse des activités réelles déployées par les acteurs en cours d'action. Ces différents travaux partent tous du postulat qu'il s'agit pour le chercheur de parvenir à une compréhension fine de la manière dont l'acteur organise son activité et des ressources qu'il mobilise à cette occasion. On part ici du principe selon lequel en agissant sur le monde, le sujet transforme ses représentations du monde et « produit en même temps des ressources qui vont lui servir à guider et orienter son action » (Pastré, 2006, p. 110). Ainsi le champ des activités de transformation de l'environnement est indissociable du champ des activités de transformation du sujet.

Cependant, nous avons fait le constat qu'aucune approche méthodologique de ce type n'a été mobilisée pour l'étude de ce que nous nommons le « travail du patient » et que l'on peut définir provisoirement comme « l'ensemble des activités de conduites au service du maintien de soi en vie » (Tourette-Turgis, 2009, 2011). Dans la mesure où les activités au service du maintien de soi en vie peuvent être considérées comme des activités de travail à part entière, et non plus seulement des activités qui « accompagnent d'autres activités », il s'agit de proposer une intelligibilité des ressources cognitivo-affectives mobilisées à l'intérieur de ces espaces par le patient. L'émergence de cette posture de recherche, au sein des métiers du soin et de l'accompagnement, nécessite de conférer à l'activité du patient une dimension singulière, située et expérientielle. Parmi les activités réalisées par le patient, celles qui





contribuent au « souci de soi » et au « travail du bonheur » représentent une dimension particulièrement riche à comprendre et à analyser, centrale de son activité.

RÉINTÉGRER LES PUBLICS VULNÉRABLES DANS LES CHAMPS DE L'EXPERTISE

Les publics vulnérables ont été exclus du champ de l'expertise et des espaces de résolution de leurs problèmes, à cause d'un modèle de la relation d'aide et de la relation de soin fondé sur une répartition des tâches et des postures, où l'un (le pourvoyeur d'aide et de soin) doit apporter à l'autre (le bénéficiaire), non pas ce qu'il est en mesure d'attendre, mais ce que l'organisation du système d'aide sociale et de soin a pensé pour lui ou identifié comme étant « pour son bien ».

Forts de ce constat, nous nous sommes engagés dans une autre direction en proposant d'inclure, directement dans les dispositifs de production des connaissances, les publics qui sont la préoccupation de la collectivité en termes d'amélioration de leurs conditions. Nous avons inclus, pour ne citer qu'un exemple, dans nos formations universitaires diplômantes en éducation du patient, les publics concernés, c'est-à-dire 30 % de patients.

En positionnant le malade comme producteur de connaissances et gérant d'un certain nombre de compétences acquises, souvent en situation d'incertitude, nous avons mesuré l'incongruité du paradigme traditionnel de la relation d'aide dans lequel l'aidant serait positionné comme celui qui développe des procédures, et un processus visant à rendre l'autre autonome en lui demandant de s'en tenir à son destin biologique et social programmé. Nous observons que les uns, par le biais de dispositifs fondés sur un concept d'altruisme social étendu, pratiquent une protection rapprochée des autres, qui sont l'objet d'une sollicitude compassionnelle nourrie par l'intention cachée de les maintenir à distance du flux et des systèmes de production, y compris des systèmes de production de connaissances (Thomas, 2010).

CONCLUSION

Se maintenir dans le continuum du vivant nécessite ou relève de la production d'un certain nombre d'activités, dont l'une consiste à interroger le clivage établi entre les composantes instrumentales et les composantes socio-affectives des activités de soin et de soutien. Ce clivage, en niant aux activités de soutien concrètes, comme l'aide au ménage, les soins du corps délivrés par autrui, toute dimension émotionnelle et affective, instrumentalise celui qui les délivre tout en disqualifiant le vécu intersubjectif de cette activité partagée. Ainsi l'aide dispensée en devenant l'objet des besoins des uns et l'objet des devoirs des autres corrompt toute intention éthique de poser l'interdépendance comme pilier de lien social. Cela nécessite de ne pas placer « hors savoir » des activités non reconnues en tant que telles,





et aussi de prendre en compte des visions du monde et des positions qui surgissent de l'expérience de ceux que l'on fait habituellement taire. Or, si l'immoralité maximale se traduit par la perte de tout scrupule et la limitation progressive de la liste des êtres auxquels on se sent obligé de répondre de et de répondre à, il va de soi que toute tentative de réconciliation du libéralisme et de la démocratie devrait commencer par créer un environnement où les premiers soins sont des soins d'humanisation. Ce sont en effet les travaux du soin qui maintiennent une autonomie démocratique possible.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BARBIER, J.-M. 2011. *Vocabulaire d'analyse des activités*, Paris, PUF, coll. « Formation et pratiques professionnelles ».
- BARBIER, J.-M. 2000. « Rapport établi, sens construit, signification donnée », dans J.-M. Barbier et O. Galatanu (sous la direction de), *Signification, sens, formation*, Paris, PUF, p. 61-86.
- CLOT, Y. 2008. *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF, coll. « Le travail humain ».
- CLOT, Y. 1995. *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*, Paris, La Découverte.
- LAUGIER, S. ; MOLINIER, P. ; PAPERMAN, P. (sous la direction de). 2009. *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot.
- LEPLAT, J. 1997. *Regards sur l'activité en situation de travail, contribution à la psychologie ergonomique*, Paris, PUF, coll. « Le travail humain ».
- MAYEN, P. 2002. « Le rôle des autres dans le développement de l'expérience », *Éducation permanente*, 151, p. 87-107.
- OMBREDANE, A. ; FAVERGE, J.-M. 1955. *L'analyse du travail*, Paris, PUF.
- PASTRÉ, P. 2006. « Apprendre à faire », dans E. Bourgeois, G. Chapelle (sous la direction de), *Apprendre et faire apprendre*, Paris, PUF, p. 109-121.
- PASTRÉ, P. 1994. « Variations sur le développement des adultes et leurs représentations », *Éducation permanente*, 119, p. 33-64.
- THIEVENAZ, J. 2012. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, CNAM-Centre de recherche sur la formation.
- THOMAS, H. 2010. *Les vulnérables. La démocratie contre les pauvres*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du croquant.
- TOURETTE-TURGIS, C. 2011. « Éducation, restriction, pédagogie. Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol 29, n° 3, p. 123-131.
- TOURETTE-TURGIS, C. 2010. « L'apport des savoirs des patients à l'éducation thérapeutique : un impensé pédagogique », *Pratiques de formation/Analyses*, n° 56, janvier-juin, p. 135-158.
- TOURETTE-TURGIS, C. 2009. « L'éducation thérapeutique du patient à l'hôpital », dans *Ressources humaines à l'hôpital. Pilotage social et performance* (sous la direction de T. Ardouin, J.-M. Bonmati, J.-L. Juillet) Berger-Levrault, p. 401-418.
- TOURETTE-TURGIS, C. 2008. *La consultation d'aide à l'observance thérapeutique des traitements de l'infection à VIH. L'approche MOTHIV : accompagnement et éducation thérapeutique*, Paris, Éditions Comment Dire.
- TOURETTE-TURGIS, C. 1996. *Le counseling : théorie et pratique*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? ».
- WITTORSKI, R. 2007. *Professionnalisation et développement professionnel*, Paris, L'Harmattan, coll. « Action et savoir ».

