

UN OUTIL DIALOGIQUE POUR MIEUX PENSER LA PROFESSION

Nos valeurs professionnelles sont souvent pensées et présentées de manière déductive, de la théorie vers la pratique, ce qui lie nos actions et ces valeurs de manière implicite et cohérente. Nous proposons de produire une analyse inductive de nos pratiques d'accueil, donner un sens explicite et substantiel à nos valeurs éthiques, fonctionnelles et organisationnelles.

Martin Cauchie, chargé de recherche pour le Groupe Accueil de la Fédération des maisons médicales (GAF).

Le terme *dialogique* signifie que deux logiques, deux principes sont unis sans que leur dualité se perde dans cette unité¹. À titre d'exemple, *care* et justice constituent un axe. En tant qu'usager, nous souhaitons tous un maximum de *care* (considération singulière) et un maximum de justice (égalité de traitement), mais, plus on exige de la considération spécifique, plus on met potentiellement à mal un traitement égalitaire. Et en même temps l'idéal, en quelque sorte, serait d'imaginer des formules qui permettraient d'augmenter à la fois la justice et le *care*. Il n'y a donc jamais un pôle positif et un autre négatif, mais toujours deux positifs qui se repoussent et s'attirent. Un champ de tension unit et oppose deux fois deux pôles qui s'excluent naturellement et s'appellent mutuellement. Il y a la fois rejet réciproque et égale valorisation. Ces trois ensembles d'axes à quatre dimensions révèlent certains enjeux importants sur lesquels nous pouvons nous placer, en tant que travailleurs, de manière dynamique. Aucun positionnement n'est à privilégier *a priori*, tous devraient être considérés, car ils reflètent la complexité de certains déterminants des pratiques d'accueil que nous avons pu identifier par le biais de nos études. Cet outil d'animation facilite potentiellement un travail de représentation des pratiques au sein de certaines tensions, parfois contradictoires et pourtant complémentaires, que nous pensons être inhérentes au métier.

La diversité des modèles d'accueil en maison médicale peut être en partie révélée par ces axes. Il s'agit d'identifier, en équipe ou pour soi, les déterminants qui nous permettent d'expliquer ce qui dynamise un positionnement dans le champ de ces axes. Le but est de rendre compte de ce qui donne lieu, en partie du moins, à des normes et des pratiques d'accueil spécifiques et d'expliquer qu'il est préférable de les prendre en compte si on cherche à définir la fonction. Car ils nous éclairent sur les choix philosophiques que nous décidons ou que nous sommes déjà en train de faire valoir.

Un diagnostic de fond

Ces axes sont aussi utiles pour illustrer la façon dont l'organisation politique du travail a déjà décidé de faire pencher d'un côté ou de l'autre les missions de l'accueil en maison médicale ou le travail médico-social de l'ambulatorio en général. Nous désirons proposer une lecture qui ne se réduit pas à la « raison gestionnaire » ou aux logiques fonctionnalistes de plus en plus privilégiées pour définir nos fonctions, à l'aide de référentiels présentés comme étant pensés en dehors de toute normativité sociopolitique, autrement dit de manière objective². Cela permet de représenter la complexité inhérente à la réduction ou au recouvrement inévitablement partiel du compromis, entre différents modes d'action pourtant souvent com-

1. E. Morin parle « d'uni-dualité », *Science avec conscience*, Seuil, 1990.

2. M. Chauvière, « Les référentiels, vague, vogue et galères », in *Vie sociale* 2006/2.

plémentaires, lorsqu'on fixe une fonction dans des indicateurs d'activité sectorielle, des items, sans tenir compte des dynamiques culturelles et professionnelles qui l'habitent.

Il s'agit d'établir un diagnostic de fond sur la fonction, mais aussi de comprendre de quelle manière des épistémologies font malgré tout pencher la balance d'un côté plus que de l'autre, sur ce qui fonde la nature et la reconnaissance du métier d'accueil. Il devient difficile de mener aujourd'hui une politique de qualité – par le déploiement d'une étude de terrain – autrement que dans des paradigmes managériaux (prétendument au service des usagers, mais sans jamais les consulter). Ce genre de dispositif impose des contraintes de résultats et de comptes à rendre qui heurtent potentiellement les valeurs, les savoir-faire et les cultures de travail de nos secteurs. Les approches globales et parfois cliniques des situations, la dimension *œuvrière* de l'accueil³ dont les professionnels sont tout spécialement les garants, ne sont plus correctement reconnues dans leurs nécessités en termes d'objet social et en termes d'éthique.⁴ En découle un rapport au travail potentiellement aliénant et en perte de sens.

Il est indispensable de se poser la question de la fonction d'accueil dans un système social et médical qui permet de moins en moins aux personnes de sortir de leur précarité ou de se soigner globalement. De surcroît, l'ambulatoire se retrouve de plus en plus démuné face à des demandes auxquelles il ne sait plus répondre ou

qui ne relèvent plus de ses « missions ». L'action sociale et médicale est réaménagée dans des formes de plus en plus spécifiques, dont la mesure de force est l'acte quantifiable, donnant lieu et forme à toute une série d'aberrations en termes d'évaluation, d'organisation et de financement.

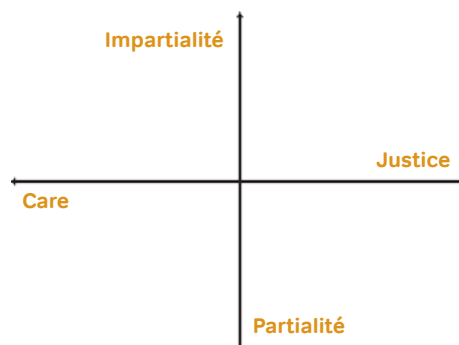
Le simple fait de se questionner sur ces mises en tension fait alors parler l'accueil autrement que dans des indicateurs quantifiables et mesurables. Rappelons simplement que ces derniers laissent de côté une partie du travail qui ne saurait être traduit en ces termes. L'enjeu est de taille ; les éléments sur lesquels nous pouvons nous baser, pour définir cette fonction, divergent et sont difficiles à cerner. Pour le meilleur et pour le pire, cette fonction reste peu définie dans notre secteur parce que distribuée et pratiquée de manière inégale entre les maisons médicales, reflétant ainsi des cultures de travail différentes. Il n'empêche qu'il est possible de déduire certaines logiques récurrentes à l'œuvre dans ce qui explique ces différents modèles. Il faudrait dès lors en tenir compte lorsqu'on considère cette question et lorsqu'on cherche à favoriser l'éclosion d'une culture de travail plus commune avec ses savoirs propres : lorsqu'on cherche à définir l'accueil.

L'outil dialogique et ses trois enjeux : cet outil a été présenté lors de la journée d'étude sur les déclinaisons de l'accueil⁵ et a été testé dans une dizaine d'équipes d'accueillantes. Nous proposons ici une description des axes et leur illustration pratique.

1. Enjeux éthiques de l'accueil

« C'est parce que l'éthique du care permet de reconnaître l'importance pour la vie humaine, des attachements, parce qu'elle exprime une forme active de concernement pour autrui, qu'elle prend en compte cette donnée élémentaire qu'est la vulnérabilité des personnes – de toutes les personnes – pour repenser les rapports de justice. »⁶

- **Care** : considération inégale en fonction des particularités de l'utilisateur, attention à la singularité de l'utilisateur.
- **Justice** : considération égale pour tous les usagers, se limiter aux mêmes efforts pour tous, la même règle pour tous à l'accueil.



La distinction entre les deux concepts illustre les divisions familières entre « pensée » et « sentiment » et entre « raisonnement théorique » et « raisonnement pratique ». « Puisque tout le monde est vulnérable, aussi bien à l'oppression qu'à l'aban-

3. Voir R. Gori, p. 12.

4. M. Chauvière,

J.-M. Belorgey et

J. Ladsous, « Front

12. Pour une nouvelle démocratie sociale » in *Reconstruire l'action sociale*, Dunod, 2005.

5. « Les déclinaisons de l'accueil dans le social-santé », journée d'étude, 8 octobre 2017.

6. P. Paperman, « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel », in

P. Paperman et S. Laugier, *Le souci des autres. éthique et politique du care*, EHESS, 2011.

don, ces deux visions morales – l'une de justice, l'autre de care – sont récurrentes dans l'expérience humaine. Les injonctions morales à ne pas agir injustement envers autrui et à ne pas lâcher quelqu'un dans le besoin, saisissent ces préoccupations différentes. »⁷ La valeur d'équité, reprise dans la charte de la Fédération des maisons médicale, semble une bonne conjugaison des deux approches, illustrant le passage d'une pensée dialogique, qui permet d'associer des idées antagonistes et de les rendre complémentaires, à une pensée dialectique visant la synthèse : l'équité. C'est en ce sens que nous créons des valeurs dont découlent des normes dont découlent à leur tour des conduites.

- Partialité : par rapport aux règles et au cadre formel.
- Impartialité : par rapport aux règles et au cadre formel.

Un système d'action entièrement impartial n'existe pas, assumer cette partialité mettrait à découvert les choix que doivent assumer les accueillantes dans leur travail. Lorsqu'une accueillante permet à un usager d'utiliser le téléphone (par exemple pour soulager sa détresse ou lui rendre service), elle met à mal la logique égalitaire : pourquoi le tolérer pour l'un et pas pour l'autre ? Ce geste, que l'on peut assimiler au care, se retrouve sanctionné et du même coup assimilé à un geste partial non égalitaire, ne respectant pas le cadre ou les règles en place. Or, cette considération singulière est nécessaire au bon fonctionnement de l'accueil, favorise le prendre soin et donne du sens au travail de l'accueillante. Autrement dit, le valorise. Une accueillante : « On s'adapte beaucoup à l'usager, c'est aussi pour cela que j'ai choisi ce métier, pour sa dimension relationnelle, si ce n'était que le cadre et l'administratif

je serais déjà partie ». Par ailleurs, il est aussi courant d'entendre : « C'est moins confortable d'être dans le care, même si c'est mieux pour le patient. Certes c'est plus enrichissant mais cela demande plus d'investissement ». Ceci illustre qu'il n'est pas toujours aisé de se responsabiliser par rapport à cet équilibre, certes producteur de sens, générant parfois des inconforts liés à l'imprévu que ce décroissement du cadre peut produire.

Si le care est souvent assimilé à des savoirs subjectifs, on peut malgré tout, en tenant compte de cette situation comme d'un précédent et en essayant d'en mesurer les conséquences – en termes de service et d'impact favorable à la prise en charge de l'usager –, tendre vers du care davantage formalisé, par conséquent davantage impartial car au service d'un objectif bien défini. Le lien de confiance entretenu avec l'usager et l'incidence de ce geste sur sa santé globale, comme objectif normatif, peut être évalué dans l'après-coup et discuté avec lui. Cela présuppose la confiance de l'équipe envers l'accueillante : « On fait jouer dans un premier temps notre subjectivité mais on sait qu'on est soutenu par l'équipe, pour petit à petit établir des règles, des balises comme on dit ».

Cette possible institutionnalisation du care présente néanmoins des risques. On peut le vider de sa substance et ne plus y voir qu'une rhétorique brandie par le groupe professionnel pour justifier sa place, ses compétences, ses revendications ou son pouvoir pour alimenter son discours d'utilité sociale. Cette éventuelle institutionnalisation du care peut dès lors entraîner des effets paradoxaux : « Lorsque le care prend place dans les politiques publiques de prise en charge du vulnérable, il est amené à revêtir des formes qui, éventuellement, font perdre la charge critique de son éthique ».⁸ Ce qui serait fort regrettable.

7. C. Gilligan, « Moral orientation and moral development » in V. Held, *Justice and care essential readings in feminist ethics*, Bulder, Westview Press, 1995. Cité par

P. Paperman, op cit.

8. L. Pattaroni, « Le care est-il institutionnalisable, quand la politique du care é mousses son éthique »

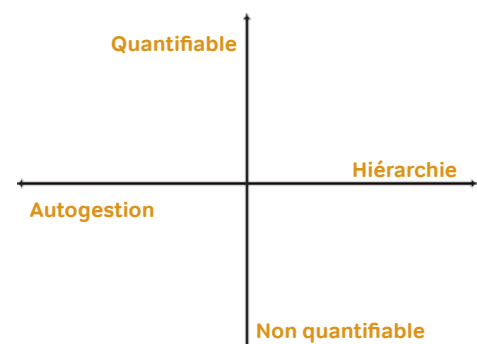
in P. Paperman et

S. Laugier, op cit.

2. Enjeux organisationnels de l'accueil

- Hiérarchie : gestion managériale du travail, évaluation verticale du travail.
- Autogestion : non-hiérarchie, évaluation horizontale et collective du travail.

Penser ou se représenter l'autogestion comme un système entièrement non hiérarchique nous semble être un mythe, ne pas reconnaître la hiérarchie des savoirs, les rapports de pouvoir et les inégalités symboliques entre secteurs est



contre-productif. Les modèles d'autogestion et de non-hiérarchie ont malgré tout donné lieu à des jeux de pouvoir générant de l'insécurité, éprouvée par certaines accueillantes et certainement liée à l'imprécision pesant sur le contenu et les contours de leurs fonctions. « *Ne peut-on lier cette imprécision, dans beaucoup de cas, à un déni d'un principe hiérarchique, d'une volonté parfois de ne pas aborder de front cette question de la hiérarchie des savoirs ?* »⁹. Il est préférable d'inviter les équipes à privilégier une éthique asymétrique de la discussion, qui tienne compte des déséquilibres symboliques entre les travailleurs et leurs avis pour essayer d'y remédier. Une accueillante ajoutait : « *Certaines accueillantes ont des capacités que d'autres n'ont pas, l'équipe le sait et elle tient compte des limites de chacune et parvient ainsi à considérer les qualités de chacune pour en tirer le meilleur* ». Une autre explique que, lors des réunions de discussion de cas, « *les médecins sont attentifs à nos remarques et on constate que cela peut les aider* ». À l'inverse certaines équipes refusent la présence du secteur accueil aux réunions de discussion de cas : « *Les médecins avaient peur que notre comportement change avec la connaissance de la situation des patients. Mais nous, bien sûr, c'est normal, on va être plus attentive avec celle qui a un cancer en fin de vie, et s'il y a une ur-*

gence, un appel, on doit savoir comment réagir, donc pour nous et les patients c'est important, mais certains médecins ne comprennent pas ça ».

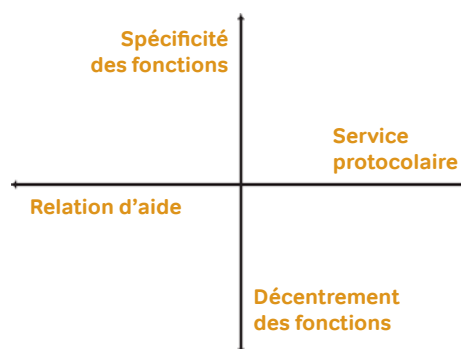
- Quantifiable : efficacité, rentabilité, travail évaluable et mesurable.
- Non quantifiable : travail difficilement évaluable et mesurable dans ses effets.

Si le soin ou l'aide sociale sont réduits à des actes mesurables, on passe d'un financement global à un financement à l'acte et on ne rend assurément pas compte de la richesse d'un fonctionnement interne dans lequel l'accueil trouve souvent une place originale. L'enjeu qui se profile lorsqu'on veut faire parler la fonction dans des registres et des indicateurs quantifiables, c'est de ne plus pouvoir penser la fonction en termes d'organisation des services, mais comme des éléments indépendants, interchangeables. Une fonction devrait à la fois pouvoir être valorisée dans ce qu'elle a de plus spécifique et dans ce qui la lie aux autres secteurs. L'accueil prend des formes radicalement différentes d'une maison médicale à une autre, non pas parce qu'il n'a pas d'identité spécifique, mais parce que son degré de valorisation prend principalement forme dans ce qui le relie aux autres secteurs et varie inévitablement au sein des équipes.

3. Enjeux fonctionnels de l'accueil

- Spécificité des fonctions : répartition scientifique et spécifique du travail (des différents travailleurs).
- Décentrement des fonctions : responsabilité collective du soin ou de l'aide sociale apportée à l'accueil.
- Travail protocolaire : aide sociale technique, aide psychologique normalisée, travail d'accueil administratif, fonctionnel et de gestion de flux.
- Relation d'aide : aide psychodynamique, relation d'aide non prescriptive, action sur les déterminants sociaux et non médicaux de la santé.

Les processus de professionnalisation rendent compte, à un moment-clé de leur constitution, d'une étape qui consiste à mettre en évidence la spécificité, menant à une éventuelle exclusivité des savoirs professionnels rattachés au mé-



tier considéré. Le problème qui se pose avec l'accueil (à la fois cause et conséquence de son faible niveau de professionnalisation), c'est que la spécificité de la fonction est liée à l'effet des autres fonctions et est systématiquement dépendante d'une imbrication globale.

Paradoxalement, la spécificité de l'accueil se situe dans ce qui le relie à son objet social, ses

9. G. Lebeer, « Les maisons médicales, un mouvement critique en crise ? » in *Santé conjugquée* n°23, janvier 2003.

interprétations philosophiques, et aux autres secteurs avec lesquels il se conjugue pour y tendre.

La fonction est donc grandement déterminée et définie par le mode de fonctionnement de la structure et par le collectif avec lequel elle interagit. Elle est souvent le reflet de la culture de travail de l'équipe qui, soit s'éloigne de la culture dominante qui se représente l'accueil comme une fonction exclusivement administrative cloisonnée et fonctionnelle, soit l'incarne comme allant de soi. Le soutien collectif qui en découle (ou non) face à la pression et à la violence possiblement présente dans ce lieu de rencontre première entre une personne et une structure lui permet d'assumer sa fonction première d'ouverture du lien avec plus ou moins

La fonction est grandement déterminée par le mode de fonctionnement de la structure et par le collectif avec lequel elle interagit.

d'assurance et de cohérence dans une prise en charge globale. Moins elle sera soutenue dans ce travail, plus les risques décomplexés ou non désirés de bunkérisation de l'accueil prendront place.

C'est donc aussi, si pas autant, dans les espaces transdisciplinaires que l'accueil prend tout son sens.

« *La transdisciplinarité concerne, comme le préfixe latin trans l'indique, ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les différentes disciplines et au-delà de toute discipline* »¹⁰ : ici l'accueil et la question du lien thérapeutique. Cette dernière dimension est intrinsèquement liée à tous les secteurs et constitue un des éléments essentiels du métier d'accueil. Celui-ci assure à la fois une expertise générale du social, de l'aide psychodynamique et de l'accompagnement. Donc la conjonction des différents secteurs, en acte dans un même lieu et au sein d'une même institution, permet des articulations organisatrices ou structurelles nouvelles sur fond de valeurs communes. Il s'agit de concevoir l'unité de ce qui était alors parfois disjoint, retranché dans la spécificité de chaque fonction, le maintien ou la création du lien, l'action communautaire en santé et l'action sur la santé globale. Cela passe

nécessairement par une considération sérieuse et valorisante des espaces d'accueil.

L'accueil et ses visées normatives

L'accueil (de l'usager) et la relation (entre les secteurs) que la transdisciplinarité met en jeu s'inscrivent dans des dispositions personnelles, par nature, idiosyncrasiques et intuitives. Ces manières de faire peuvent être individuelles ou collectives, spontanées, pensées ou agies subitement. Elles ont toutes pour point commun de n'être pas référées, dans un premier temps, à un savoir académique, mais simplement et directement éprouvées et découvertes dans le vécu des situations. C'est en cela que l'accueil est riche et complexe. C'est pourquoi ce travail de conceptualisation est crucial, d'autant plus qu'il doit être fait sur base des récits d'expérience des équipes. La relation de soin à l'accueil, la clinique du lien, tout comme n'importe quel dispositif transdisciplinaire, doivent s'expérimenter pour être théorisés, mieux pensés et guidés éthiquement. La construction d'un objet transdisciplinaire passe nécessairement par la reconnaissance d'un décentrement des fonctions, par la déconstruction de ses prénotions ou de ses préjugés qui constituent bien souvent des obstacles à la transdisciplinarité effective et nous empêchent de tendre vers une action globale en matière de santé.

Donner un sens explicite et substantiel à nos pratiques, par le médium de l'outil présenté, nous permet d'induire et de renforcer une culture langagière et conceptuelle de l'accueil. C'est se donner quelques outils heuristiques supplémentaires pour réexaminer, sur le terrain, sur un mode critique, les voies de la professionnalisation de l'accueil et les forces contraires qu'on peut y rencontrer. C'est s'inviter à questionner le projet normatif, ce qui a vocation à orienter nos comportements et nos pratiques vers une forme d'idéal dans lequel l'accueil prend place. C'est donc nécessairement tenter de parler du travail des accueillantes autrement que dans les logiques fonctionnalistes et gestionnaires évoquées en introduction, qui se contentent de mettre en évidence une partie seulement du tableau, empêchant toute forme de reconnaissance aux pratiques d'accueil en termes de relation d'aide, de *care* et de transdisciplinarité pourtant bien à l'œuvre sur le terrain. ■

10. B. Fauquert, P. Drielsma, M. Prévost, « Pluri-, multi-, inter-, trans- ou interdisciplinarité ? », in *Santé conjuguee* n°74, mars 2016.