

Décrire des activités prudentielles pour aider à les réhabiliter? Enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires dans les permanences d'accès aux soins de santé en France

Florent Champy

Volume 36, Number 2, Fall 2017

Les enjeux actuels de la recherche qualitative à l'hôpital et dans les institutions de soins de longue durée

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1084442ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1084442ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association pour la recherche qualitative (ARQ), Université du Québec à Trois-Rivières

ISSN

1715-8702 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Champy, F. (2017). Décrire des activités prudentielles pour aider à les réhabiliter? Enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires dans les permanences d'accès aux soins de santé en France. *Recherches qualitatives*, 36(2), 153–172. <https://doi.org/10.7202/1084442ar>

Article abstract

L'article porte sur les rapports entre recherche qualitative et sagesse pratique. Il montre d'abord que la sagesse pratique est cruciale dans le soin, mais méconnue. Elle est aussi fragilisée par des évolutions culturelles et organisationnelles de l'hôpital que cette méconnaissance a permises. Certains soignants adhèrent ainsi à ces évolutions, tout en rencontrant des difficultés provoquées par l'inadaptation croissante de l'hôpital à l'exercice prudentiel de leur activité. L'article présente ensuite des services dédiés à des personnes en grande précarité, pour lesquelles une démarche prudentielle est un enjeu particulier, et une innovation visant à restaurer des marges de réflexivité prudentielle. Cet exemple sert enfin à expliciter deux enjeux associés à la conduite de recherches qualitatives sur l'hôpital : classiquement, dans la tradition interactionniste, rendre visible la sagesse pratique en décrivant l'activité; de façon plus originale, dans le cadre d'une recherche-action, accompagner les innovations pensées en réponse aux difficultés de l'exercice prudentiel.

Décrire des activités prudentielles pour aider à les réhabiliter? Enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires dans les permanences d'accès aux soins de santé en France

Florent Champy, Docteur en sociologie

Centre national de la recherche scientifique (CNRS), France

Résumé

L'article porte sur les rapports entre recherche qualitative et sagesse pratique. Il montre d'abord que la sagesse pratique est cruciale dans le soin, mais méconnue. Elle est aussi fragilisée par des évolutions culturelles et organisationnelles de l'hôpital que cette méconnaissance a permises. Certains soignants adhèrent ainsi à ces évolutions, tout en rencontrant des difficultés provoquées par l'inadaptation croissante de l'hôpital à l'exercice prudentiel de leur activité. L'article présente ensuite des services dédiés à des personnes en grande précarité, pour lesquelles une démarche prudentielle est un enjeu particulier, et une innovation visant à restaurer des marges de réflexivité prudentielle. Cet exemple sert enfin à expliciter deux enjeux associés à la conduite de recherches qualitatives sur l'hôpital : classiquement, dans la tradition interactionniste, rendre visible la sagesse pratique en décrivant l'activité; de façon plus originale, dans le cadre d'une recherche-action, accompagner les innovations pensées en réponse aux difficultés de l'exercice prudentiel.

Mots clés

PROFESSIONS, ARCHITECTURE, MÉDECINE, ENGAGEMENT, THÉORIE SOCIOLOGIQUE

Introduction

Une raison classique de conduire des recherches qualitatives sur l'hôpital est de rendre visibles des activités rendues socialement invisibles par les rapports hiérarchiques entre catégories professionnelles et les représentations des métiers que ces hiérarchies induisent. Les travaux de Francine Saillant sur les infirmières et ceux d'Anne-Marie Arborio sur les aides-soignantes illustrent bien cet usage de la recherche qualitative sur le milieu hospitalier (Arborio, 2001; Saillant, 2000). Leur approche se situe dans la tradition de la deuxième école de Chicago, qui avait privilégié l'étude des petits métiers pour rompre avec une sociologie fonctionnaliste pour laquelle seules les

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 36(2), pp. 153-172.

LES ENJEUX ACTUELS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE À L'HÔPITAL ET DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

© 2017 Association pour la recherche qualitative

professions étaient dignes d'intérêt (Hughes, 1997). Dans la même tradition, Freidson a aussi décrit l'hôpital comme un monde où les médecins, par le pouvoir qu'ils concentrent, occultent la présence d'autres acteurs dont la contribution au travail, et parfois à la décision médicale, est pourtant cruciale (Freidson, 1984).

La recherche présentée ici vise à rendre visible ce qui ne l'est pas, et, pour des raisons sur lesquelles nous reviendrons, seule la recherche qualitative le permet. Elle rompt cependant aussi avec la tradition interactionniste sur deux points. En premier lieu, elle n'est pas centrée sur la contribution de métiers subalternes au travail hospitalier. Au contraire, elle part du constat que des évolutions récentes de l'hôpital ont fini par rendre invisible une dimension importante du travail des médecins eux-mêmes. Elle porte donc sur des décisions prises par les médecins, même si d'autres acteurs, infirmières et assistantes sociales notamment, y participent aussi. Cette dimension cachée du travail des médecins correspond à ce que l'on peut appeler, à la suite d'Aristote, la prudence ou la sagesse pratique. C'est pourquoi la recherche présentée ici suppose aussi, en second lieu, de rompre avec l'indistinction entre types d'activité qui domine la sociologie des professions depuis que les interactionnistes ont critiqué le concept fonctionnaliste de professions (Champy, 2012a). En effet, elle relève d'un programme de recherche portant sur un type particulier de profession, les « professions à pratique prudentielle », évoluant dans des contextes de travail très bureaucratisés. Il ne s'agit pas pour autant d'un retour au fonctionnalisme, car sa critique par les interactionnistes est indépassable. Les professions à pratique prudentielle se distinguent assez nettement des professions au sens fonctionnaliste, et les deux ensembles coïncident mal (Champy, 2012a). De plus, une différence de fond importante existe entre nos approches : alors que les fonctionnalistes définissaient les professions avant tout par leur statut, ce sont les contenus de travail qui sont essentiels pour distinguer les activités prudentielles. Comprendre ces contenus est donc un aspect important de leur étude, et c'est là une première raison pour laquelle la recherche qualitative est cruciale pour la connaissance de ce type de profession.

Nous commencerons par présenter le concept de sagesse pratique, ainsi que deux raisons pour lesquelles il est aujourd'hui important de s'y intéresser à l'hôpital : la médecine est emblématique des activités requérant un degré particulièrement élevé de sagesse pratique, mais cette dernière est invisibilisée et entravée par des évolutions récentes de l'hôpital. Nous présenterons ensuite l'activité particulière sur laquelle les recherches actuellement conduites à l'hôpital portent et les directions que prennent ces recherches. Pour finir, nous tenterons de montrer, notamment à partir d'un cas précis de prise en charge, pourquoi la recherche qualitative est un enjeu important sur un plan tant heuristique que pratique.

Sagesse pratique, médecine et hôpital

« Sagesse pratique » est, à côté de « prudence »¹, une des traductions en français du concept aristotélicien de *phronesis*, qui désigne le mode de pensée requis pour conduire des actions dans des situations que leur singularité et leur complexité chargent d'une forte incertitude (Aristote, 1994; Aubenque, 1963). La sagesse pratique est aussi une vertu, car elle vise à éviter à autrui les dommages qui seraient encourus si l'on méconnaissait cette incertitude. La sagesse pratique s'oppose notamment à toute application mécanique de règles trop abstraites (c'est-à-dire qui n'ont pas été pensées assez précisément par référence aux cas ou situations auxquels elles doivent s'appliquer), de procédures formalisées, de savoirs scientifiques ou de routines. Elle requiert donc notamment une attention particulière aux caractéristiques concrètes de ces cas ou situations, en sorte de saisir la complexité et la singularité. Mais l'observation et l'analyse approfondies ne permettent pas de lever toute l'incertitude. C'est pourquoi la sagesse pratique est aussi conjecturale. Pour pouvoir agir, l'homme prudent doit parfois accepter de faire des paris². Lestés par l'expérience de cas plus ou moins proches rencontrés précédemment (par expérience directe, au cours de sa formation, dans la littérature professionnelle...), ces paris n'en sont pas moins susceptibles de se révéler malheureux. On peut y voir une faiblesse de la sagesse pratique, mais il s'agit alors d'une faiblesse inévitable, dès lors que l'on regarde en face les situations auxquelles elle sert à répondre, et que l'on comprend même qu'elle seule permet d'y répondre, puisque l'incertitude met en échec toutes les démarches mécaniques prétendant à davantage de sûreté. La sagesse pratique est une rationalité modeste, mais réaliste et exigeante (Champy, 2017).

De plus, la prudence a une forte dimension délibérative, et une particularité importante est que les délibérations sont susceptibles d'englober les finalités mêmes de l'activité. En effet, dans des situations recelant une part d'indétermination, l'action est incertaine non seulement quant aux moyens qu'elle suppose d'employer, mais aussi quant à ses fins. La complexité des cas traités empêche souvent de satisfaire autant de souhaitable chacune des fins de l'activité, comme par exemple, en médecine, maximiser les chances de guérison tout en limitant les inconvénients et les risques des traitements ou, dans l'éducation, développer à la fois l'autonomie et la confiance en soi, et le respect des règles et la capacité à obéir des élèves. La bonne pratique est donc affaire de discernement dans la façon de hiérarchiser et d'équilibrer les fins concurrentes de l'activité, autant que quant à l'opportunité d'utiliser différentes techniques pour la poursuite de ces fins. C'est pourquoi les activités prudentielles sont beaucoup plus susceptibles que d'autres de mobilisation de leurs membres pour la défense de façons normatives particulières (c'est-à-dire politiques) de conduire le travail, et les exemples de tels jeux avec la hiérarchie des finalités de l'activité sont multiples dans l'histoire des professions (Champy, 2012b³).

La médecine est souvent considérée comme l'activité prudentielle par excellence (Aubenne, 1963; Ricœur, 2001), parce qu'elle compose avec l'individualité des malades et la complexité du corps et du psychisme humains. L'incertitude du diagnostic, celle de l'efficacité des traitements, ou encore la nécessité de hiérarchiser avec discernement les finalités parfois contradictoires du travail illustrent parfaitement les traits généraux des activités prudentielles. Ainsi, un traitement doit parfois être tenté sans que la nature précise du mal soit connue avec certitude. Les travaux de Michel Castra (2003) sur les soins palliatifs ont aussi montré que, face à des routines curatives dont les excès se prêtent à la critique, les débats sur les pratiques professionnelles font émerger une nouvelle éthique du soin : ce sont alors bien les finalités du travail (prolonger à tout prix la vie ou permettre une fin plus sereine) qui sont en jeu. Dimension conjecturale et dimension politique de la médecine empêchent ainsi de trouver dans la seule technique les réponses à toutes les difficultés rencontrées en situation d'incertitude.

Le concept de sagesse pratique n'est pas pour autant familier dans le monde hospitalier. Au contraire, le revers de succès techniques impressionnants est d'avoir contribué à rendre la dimension prudentielle de l'activité invisible (Champy, 2015a). Ainsi, pour le diagnostic, les apports de la recherche biomédicale et de l'imagerie⁴ ont fourni aux médecins des instruments d'investigation spectaculaires, faisant passer au second plan la contribution de la clinique. Dans le cas de la décision médicale, le développement des techniques de l'épidémiologie a fait entrer les statistiques et les probabilités (donc les mathématiques) au cœur de la pratique, notamment avec l'Evidence-Based Medicine, ou médecine des preuves. En cancérologie, l'usage de ces méthodes permet de déterminer les protocoles les mieux adaptés à des cas caractérisés par un tableau de symptômes. La protocolarisation des soins qui en découle est une aide pour le médecin, qui est ainsi en mesure de dire quel traitement offre le plus de chances de succès compte tenu des caractéristiques du malade et de sa pathologie. La dimension conjecturale du travail recule alors. Cognitivement, la médecine, qui avait longtemps été vue comme un « art », se rapproche d'une pratique très balisée scientifiquement, faisant parfois naître l'espoir que la science vienne à bout des résidus d'incertitude et de pari dans la décision. Certains commentateurs de ces évolutions y voient même des raisons d'annoncer la possible disparition du médecin tel que nous le connaissons aujourd'hui (Vallancien, 2015), c'est-à-dire comme professionnel prudentiel.

Pour des raisons cognitives, la sagesse pratique tend ainsi à devenir invisible, et ses exigences difficiles à exprimer. Ce changement dans les représentations de la médecine serait cependant sans grande conséquence s'il ne s'accompagnait pas de plusieurs autres évolutions qui tendent plus directement à fragiliser la sagesse pratique. L'une d'elles est la profonde modification des conceptions du professionnalisme que les usagers ou clients sont en droit d'attendre des professionnels œuvrant dans des

organisations (Champy, 2016; Evetts, 2003; Fournier, 1999). Le « professionnalisme occupationnel », qui valorisait fortement les savoir-faire de métier et l'autonomie de leur mise en œuvre, est peu à peu supplanté par un « professionnalisme organisationnel » valorisant d'autres qualités : la performance, la responsabilité, la capacité à faire preuve d'objectivité dans les décisions. Mais là où des incertitudes fortes et irréductibles donnent une large place à la sagesse pratique, ces nouvelles attentes sont impossibles à satisfaire. Comment un professionnel pourrait-il être objectif quand il est confronté à une incertitude telle qu'il ne peut répondre que d'une façon qui comporte une dimension de pari? Comment peut-il à la fois être toujours plus performant et rester attentif à la complexité des cas dont il a à traiter? Ces questions ne sont pas seulement théoriques. Elles se posent aux médecins de façon parfois aiguë au cœur même de leur pratique, malgré les techniques dont ils disposent. Et quand ces médecins adhèrent aux valeurs du professionnalisme organisationnel, ce qui est de plus en plus fréquent, cela risque de renforcer leur inconfort, voire leur souffrance, par rapport à des injonctions qu'ils sont alors portés à considérer comme légitimes, mais qu'ils ne peuvent pas toujours satisfaire.

Outre le triomphe de la technique, l'invisibilité de la sagesse pratique et le cadre culturel du nouveau « professionnalisme organisationnel », on peut encore mentionner deux évolutions de l'hôpital posant des difficultés du point de vue de la sagesse pratique. Elles sont de nature organisationnelle. La première est une division du travail croissante, par exemple entre médecins spécialisés, qui nuit parfois à la vue d'ensemble des malades. Dans la médecine de ville, des tentatives ont existé de réagir à la division du travail en instaurant des maisons et des pôles de santé interprofessionnels. Plus généralement, l'interprofessionnalité est devenue un thème majeur de réflexions sur la médecine contemporaine. Mais l'hôpital, lieu d'exacerbation des distinctions fonctionnelles et hiérarchiques entre spécialités et entre métiers, est largement resté à l'écart de cette évolution. Par ailleurs, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009 a modifié le mode de rémunération des actes médicaux afin de favoriser des actes techniques que le budget global de l'hôpital tendait auparavant à dissuader. Une « tarification à l'activité » (T2A) a été instaurée pour la plupart des soins. Mais la contrepartie de l'encouragement aux actes les plus techniques est l'insuffisante reconnaissance, de l'avis de nombreux médecins, d'actes moins techniques. Aussi des missions de l'hôpital comme la prévention, le dialogue avec le malade et l'éducation médicale tendent-elles à être découragées. Or elles entretiennent un rapport étroit avec la sagesse pratique, puisqu'elles visent, grâce à un rapport direct avec le malade, à tenir compte dans sa prise en charge de dimensions concrètes diverses de sa situation (son mode de vie, ses ressources pour faire face aux aléas de la maladie, ses préférences, etc.) souvent négligées par la médecine d'organe et la biomédecine, pour lesquelles la décision médicale peut se limiter à la mise en place d'actes techniques, sur la base du contenu du dossier médical.

Ainsi, travailler avec prudence se heurte à des obstacles culturels et organisationnels croissants. Ce qui est en jeu est difficile à penser précisément pour les soignants, qui ne connaissent en général pas le concept de sagesse pratique. L'invisibilité de cette dernière a été un facteur favorable à ces évolutions, même si elle n'en est pas la cause. Mais les soignants ont en revanche une excellente connaissance tacite des exigences de la sagesse pratique, ce qui rend certains d'entre eux critiques à l'égard des évolutions managériales de l'hôpital. La recherche que nous présentons ici vise à étudier les entraves à la sagesse pratique dans le travail hospitalier et les initiatives prises par des soignants particulièrement fragilisés par ces évolutions afin de tenter d'y remédier.

L'enquête sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Le terrain de cette enquête est constitué par des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), où sont soignées des personnes qui, souvent faute de bénéficier d'une protection sociale couvrant le risque de maladie, sont exclues d'autres lieux de soins. Beaucoup sont des étrangers soit en situation irrégulière, soit récemment arrivés en France. Les PASS accueillent ainsi des personnes qui, très souvent, se différencient d'autres malades à l'hôpital par leurs conditions de vie : extrême précarité et exclusion pouvant aller jusqu'à l'absence d'hébergement stable, à des difficultés pour se nourrir et à la désocialisation. Par les difficultés qu'elles posent, ces conditions de vie sont susceptibles d'interférer avec les traitements, et les clés de l'amélioration de la santé de la personne sont parfois ailleurs que dans le (seul) traitement donné par le médecin : dans l'hygiène et les conditions de logement, dans l'alimentation ou encore dans la lutte contre la violence des rapports sociaux subis, notamment pour les migrants. Une prise en charge médicale est cependant souvent indispensable.

Créées par une loi de lutte contre l'exclusion en 1998 et au nombre de 470 en France, les PASS sont assez diverses. Cependant, elles partagent des traits qui les distinguent d'autres services hospitaliers. Le premier est la place importante de l'interprofessionnalité. Dans toutes les PASS travaillent des infirmières et des assistantes sociales. C'est vrai aussi d'autres services hospitaliers, mais ici le travail est plus « horizontal », pour employer un terme des acteurs eux-mêmes, bien conscients de l'enjeu. Il est par exemple plus fréquent de voir des personnels de statuts inégaux déjeuner ensemble. Les échanges verbaux informels sont aussi plus fréquents. Les infirmières et les assistantes sociales sont plus souvent associées à des réunions ou à des discussions informelles sur les malades qu'ailleurs dans l'hôpital. Ce premier trait distinctif s'explique par le fait que les PASS sont un lieu de rapprochement du social et du médical, dans le cadre d'une approche des malades où la perspective holistique est plus présente que dans le reste de l'hôpital, organisé sur la base de la spécialisation. Or cette dimension holistique est habituellement au cœur de la représentation que les infirmières ont de leur travail (Feyfant, 2016). Dans les PASS, les infirmières ont un

rôle d'écoute et d'orientation des malades, dont elles se font raconter l'histoire. La réponse sera essentiellement médicale dans de nombreux cas, mais elle s'accompagne d'une écoute qui n'est pas exclusivement médicale – nous en verrons un exemple où les médecins eux-mêmes sont directement impliqués. De même, dans certaines PASS, les assistantes sociales ont un rôle plus large que celui qui leur est formellement prescrit, et qui est le même qu'ailleurs dans l'hôpital. Dans l'organisation des PASS, les assistantes sociales ont comme principale fonction officielle de traiter des problèmes de financement. Concrètement, il s'agit d'aider les malades qui se présentent à la PASS sans bénéficier de couverture de leurs risques santé, à en obtenir une (couverture maladie universelle, aide médicale d'État), en sorte de limiter les factures impayées, dans l'intérêt de l'hôpital. Mais des médecins des PASS tentent d'associer les aides-soignantes à une évaluation plus large de la situation des personnes accueillies. Il ne s'agit alors plus seulement de travailler sur les droits à une couverture du risque maladie, mais aussi de réfléchir aux conditions de vie de la personne et aux ressources extérieures qui pourraient être mobilisées pour les améliorer, par exemple en cherchant un hébergement. Ainsi, face aux difficultés, l'étendue des questions effectivement abordées par le personnel des PASS est une deuxième caractéristique de ces dernières, même si les obstacles à cette démarche sont grands, comme nous le verrons.

La nécessité d'une démarche holistique est d'autant plus forte quand les situations rencontrées sont dramatiques. On peut le saisir en s'attardant sur un dispositif original mis en place à la PASS Verlaine de l'hôpital Saint-Louis pour traiter les cas les plus difficiles, soit les réunions de concertation pluridisciplinaire médicosociales et éthiques (RCP-MSE). Ce dispositif est propre à Saint-Louis, mais dans les autres hôpitaux, des moments de décisions collectives sont aussi découplés du flux quotidien de l'activité, pour des cas délicats. Pensées sur le modèle des réunions de concertation pluridisciplinaire en oncologie, les RCP-MSE ont cependant une finalité très différente, au point que le cas d'un malade puisse être examiné successivement par chacune de ces deux instances. La RCP d'oncologie traite exclusivement du problème médical : dans quel protocole faire entrer chaque personne, et si l'application d'un protocole n'est pas pertinente, comment définir un traitement adapté? En revanche, une RCP-MSE est convoquée quand il s'agit de traiter de l'adaptation d'une décision médicale aux conditions de vie de la personne ou aux contraintes économiques de l'hôpital, c'est-à-dire quand une décision « purement médicale » ne poserait aucun problème, mais que la situation de la personne rend cette décision sujette à interrogation : les conditions de vie font que le traitement prévu au protocole ne serait pas supporté; l'amélioration de ces conditions de vie est un enjeu médical aussi important, voire plus, que les traitements; l'expatriation est un facteur de fragilité à prendre en compte; ou encore la contrainte économique de l'absence de couverture maladie oblige à des choix difficiles. Comment tenir compte de l'ensemble

de ces contraintes, qui ne rendent pas toujours possibles ni souhaitables les soins qui seraient mis en place pour d'autres personnes, sans diminuer les chances des malades? C'est de cette question que les RCP-MSE traitent.

Les RCP-MSE se distinguent en conséquence de plusieurs autres façons. Elles concernent un très petit nombre de personnes accueillies à la PASS, quelques dizaines par an, alors que les RCP d'oncologie peuvent traiter des dizaines de cas par mois. Cette rareté rend un fonctionnement atypique possible. Alors que les RCP sont composées exclusivement de médecins, chaque RCP-MSE réunit normalement au moins un médecin de la PASS, un ou des médecins du service ayant pris en charge le malade (par exemple un oncologue), parfois d'autres médecins (par exemple le médecin responsable de l'équipe de soins palliatifs), une ou des infirmières de la PASS, une ou des assistantes sociales, la cadre de travail social de l'hôpital, et un représentant de l'administration de l'hôpital, membre de la direction des finances ou du service des admissions. Les RCP-MSE se distinguent ensuite par la temporalité du travail. Alors que les RCP examinent chaque dossier en quelques minutes, une RCP-MSE peut consacrer plus d'une heure à une personne. Tout concourt à cet allongement de la réunion : le nombre de participants, le fait qu'au rappel de la situation médicale du malade s'ajoute la présentation de sa situation sociale, de ses ressources et de son parcours de soins, et le caractère non systématique de la réponse, qui est une autre caractéristique importante.

Une autre différence particulièrement importante est en effet que, alors que la prise en charge des malades atteints de pathologies graves, et notamment de cancers, passe de plus en plus par l'application de protocoles de soins, les PASS s'en écartent plus souvent. C'est même la raison d'être des RCP-MSE de permettre des choix adaptés à l'ensemble des caractéristiques médicales et sociales des malades, au lieu d'appliquer mécaniquement des protocoles qui pourraient s'avérer inadaptés. Ainsi, se situer en marge de l'activité habituelle de l'hôpital, avec des contraintes économiques et sociales supplémentaires, a pour effet de neutraliser certains automatismes devenus inadéquats, lesquels sont remplacés par une démarche plus interprofessionnelle, plus holistique et plus réflexive. C'est une des raisons de s'intéresser aux PASS quand on veut se pencher sur la sagesse pratique. Nous avons vu que la médecine est emblématique des activités prudentielles. Mais les choses se complexifient encore si l'on prend en compte les conditions de vie sociales et matérielles des malades. Pour les personnes accueillies dans les PASS, les traitements qui sont habituellement donnés à des malades ne connaissant pas les mêmes difficultés peuvent s'avérer inadaptés. Les personnes accueillies dans les PASS, parce qu'elles mettent les approches techniques à l'épreuve de leur inadaptation, provoquent des écarts et conduisent ainsi à reconquérir des marges de liberté ignorées ailleurs.

Mais les PASS n'en sont pas moins fortement encastrées dans l'hôpital. Elles en utilisent les ressources, en adressant leurs malades aux autres services de l'hôpital et en sollicitant des dépenses au-delà de la mission d'intérêt général (MIG) qui leur est attribuée. Elles en subissent aussi les contraintes : la contrainte économique, bien sûr, mais aussi les contraintes liées à la conception que leurs partenaires ont du travail. De plus, leur activité ne jouit pas d'une forte considération ailleurs dans l'hôpital, où la technique et la spécialisation sont davantage valorisées. Les enjeux qui lui sont associés ne sont pas compris de professionnels du soin dont l'activité est centrée sur des actes techniques ni des membres de l'administration dont les cadres de pensée sont fortement bureaucratiques. Notamment, leurs interlocuteurs dans le reste de l'hôpital (médecins, personnels de direction) ne saisissent pas spontanément la logique médicale et sociale originale des PASS. Ainsi, les obstacles à la sagesse pratique sont ressentis plus durement dans les PASS qu'ailleurs dans l'hôpital.

À l'hôpital Saint-Louis, les RCP-MSE, où nous avons vu que ces personnels sont parties prenantes, ont aussi comme fonction de socialiser les partenaires des soignants des PASS à cette démarche. Mais pour les raisons culturelles et organisationnelles que nous avons énoncées plus haut, cette socialisation est difficile. Quand un cas a fait clairement ressortir les limites de l'organisation du travail dans l'hôpital et l'utilité de réflexions pluriprofessionnelles visant à adapter le travail à ses singularités, et que la démarche des personnels des PASS a donc été comprise, cela ne modifie pas pour autant durablement les attentes à l'égard des PASS, qui doivent réaffirmer leur utilité sociale et leur spécificité. De retour face au flux de leur activité courante, les médecins retrouvent leurs routines associées à la valorisation de la technique, et les membres de l'administration, les objectifs généraux de leur politique et les indicateurs, notamment financiers, qui permettent de la conduire.

Face aux difficultés liées à l'encastrement de l'activité dans une organisation technique et bureaucratique, les personnels des PASS se sont organisés au sein d'une association relevant de la loi de 1901, et qui sert de cadre à une réflexion collective sur les conditions de travail et les pratiques. À travers ces réflexions, les membres les plus engagés dans le collectif voient aussi dans les PASS des laboratoires pour des innovations qui pourraient être étendues ailleurs dans l'hôpital. Des chercheurs en sciences humaines et sociales sont sollicités pour intervenir dans les colloques et éventuellement participer de façon plus suivie aux réflexions du collectif. Parmi les réflexions de portée générale, la T2A a été un objet de critique particulièrement ciblée (Georges, Astre, & Pierru, 2015). Les statuts de ce collectif ont été déposés en février 2011. En juin 2016, il est devenu le Collectif national des PASS et s'est doté d'un conseil d'administration et de groupes de travail consacrés à la recherche, aux bonnes pratiques et à la communication. La recherche tient en effet une place centrale dans le travail de visibilisation et de légitimation de l'activité des PASS.

Sagesse pratique, recherche qualitative et études de cas

Les réflexions engagées dans le collectif se comprennent aisément à la lumière de la « forte densité prudentielle de la pratique »⁵ médicale en général, et de la situation particulière des malades des PASS qui augmente encore cette densité. Elles constituent une réponse aux difficultés rencontrées pour échapper, dans l'hôpital, à une parcellisation et à une mécanisation du travail préjudiciables à la sagesse pratique. C'est pourquoi je propose de qualifier les acteurs engagés dans les réflexions générales sur l'hôpital « d'entrepreneurs de prudence », en adaptant la formule de Becker « entrepreneurs de morale » (Becker, 1985). La démarche générale de recherche que nous allons maintenant présenter trouve son sens et ses modalités dans cet « entrepreneuriat de prudence » qu'il s'agit à la fois d'étudier et d'accompagner. Il s'agit moins d'une recherche unitaire *stricto sensu* que d'une démarche de recherche visant à produire un ensemble de travaux qui, outre leur intérêt pour les sciences sociales, concourent à l'objectif commun d'augmenter l'intelligibilité et la visibilité du travail prudentiel. Avant d'expliquer pour quelles raisons cet objectif suppose de donner une large place aux recherches qualitatives, nous allons présenter les principaux questionnements et terrains de ces recherches.

La décision de m'intéresser aux PASS fait suite à la rencontre, dans un colloque⁶, de Claire Georges, la médecin responsable de la PASS Verlaine de Saint-Louis. Je connaissais son travail par un article ayant déjà établi le lien entre RCP-MSE et approche prudentielle (Pierru, 2013). À cette époque, le travail d'infirmières coordinatrices de parcours de soins en cancérologie m'intéressait dans le cadre d'un projet finalement abandonné avec l'Oncopôle de Toulouse. Claire Georges m'a invité à venir observer le travail des infirmières de la PASS Verlaine, où la coordination des parcours de soins tient aussi une large place. J'ai entrepris un travail d'observation de l'accueil des malades et réalisé des entretiens informels, puis les échanges répétés avec les personnels de la PASS m'ont fait découvrir l'intérêt plus large de ces services, me conduisant à diversifier mes terrains d'investigation. Mon second centre d'intérêt a ainsi été les RCP-MSE de l'hôpital Saint-Louis et, plus généralement, la façon dont les décisions difficiles sont découplées du reste de l'activité. Puis mon intérêt pour les PASS m'a conduit jusqu'aux réunions du collectif, et l'enquête s'est étendue à un troisième volet : « l'entrepreneuriat de prudence ». Ces trois terrains s'intègrent dans une réflexion plus large sur la sagesse pratique en permettant de saisir les modes de présence de cette dernière dans le travail des soignants, les obstacles rencontrés et les actions de certains soignants qui s'engagent pour combattre ces obstacles. Les interrogations générales sur la sagesse pratique expliquent ainsi la démarche de recherche consistant à lancer plusieurs enquêtes parallèles.

Une autorisation d'observer le travail des personnels des PASS, RCP-MSE comprises, a été obtenue auprès de l'administration pour la PASS de l'hôpital Saint-

Louis, à Paris, et pour celle de La Grave, à Toulouse. L'intérêt des médecins pour la réflexion sur leur activité a beaucoup facilité cette demande, les deux responsables des PASS ayant servi d'intermédiaires. La coopération qui se met en place est ainsi un facilitateur essentiel du travail. Au-delà de l'autorisation initiale, l'enquête est tributaire, de façon récurrente, de l'intérêt des soignants pour la visibilité de leur travail, et de discussions dans le cadre du collectif, des colloques et journées d'étude, ou encore en marge du travail d'observation.

Je suis enfin devenu membre du collectif, puis membre de son conseil d'administration et de sa commission de recherche. Recherche sociologique personnelle et recherche-action, pour laquelle le travail s'intègre dans un projet collectif préexistant, sont désormais étroitement enchevêtrées, chacune nourrissant l'autre. La recherche-action met le chercheur au cœur de son objet. Elle ne serait pas compatible avec la distance que créerait une recherche purement quantitative. Elle apparaît ici comme le point limite de la recherche qualitative, qu'elle ne remplace pas, mais dont elle complète les composantes plus classiques que sont l'observation, les entretiens et le travail documentaire.

Recherches quantitatives et recherches qualitatives cohabitent cependant dans les activités des membres du collectif. Certains ont entrepris de décrire l'activité avec les méthodes de l'épidémiologie. Une recherche en cours pour le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* fera ainsi ressortir les spécificités des pathologies traitées dans les PASS et des parcours de santé des personnes précaires, à partir d'un questionnaire rempli en octobre 2016 par 35 PASS pour 1107 malades. Ce type de démarche répond à la fois à des enjeux de connaissance, de visibilité et de légitimation de l'activité. Mais cela ne suffit pas à rendre compte de la richesse et des difficultés de cette dernière. Un enjeu pour le collectif est de produire aussi des travaux moins conformes aux normes actuelles de la recherche dans l'hôpital. La commission de recherche réfléchit ainsi à la création d'un observatoire sur plusieurs thématiques : les obstacles à la prise en charge; la prise en charge des problèmes psychiques; la coordination du travail lors du retour des malades dans le système courant de santé, pour ceux qui obtiennent une couverture maladie. Il s'agit d'abord de collecter les travaux existants, puis de produire une grille de signalement des cas intéressants sur ces questions. L'objectif sera ensuite d'exploiter ce matériau en l'accompagnant de recherches qualitatives sur les cas intéressants, et notamment d'entretiens rétrospectifs.

Comment expliquer les liens étroits entre sagesse pratique et recherche qualitative? La première explication, qui vaut aussi pour d'autres objets de recherche, tient à l'objectif de redonner de la visibilité à la sagesse pratique. Conformément à la tradition interactionniste déjà évoquée, nous partons du constat que seule la recherche qualitative permet de rendre visible ce qui ne l'est pas. En effet, elle seule consiste à décrire suffisamment finement les contenus de travail pour se laisser surprendre, au

cours de la recherche, par leur richesse. Ainsi, des recherches ont contribué à combattre l'invisibilité de métiers invisibles (Arborio, 2001; Saillant, 2000). De même, en décrivant le travail hospitalier à travers le prisme du concept de prudence, des dimensions nouvelles apparaissent : la nécessité et les difficultés de l'ancrage du travail dans chaque cas concret; l'importance de pouvoir avoir une vue d'ensemble des cas abordés; la possibilité, malgré les pressions pour un rythme soutenu de travail, de découpler la réflexion sur les cas les plus difficiles du flux de l'activité courante; les tensions auxquelles les personnels du service sont confrontés, qui les obligent à bricoler des solutions différentes de celles qui ont habituellement cours à l'hôpital; l'impossibilité de satisfaire à toutes les exigences du travail de façon tout à fait probante... Or nous avons vu que cette invisibilité des difficultés du travail le fragilise. Elle crée de l'incompréhension de la part de collègues ou de membres de la direction de l'hôpital, et peut provoquer des attentes d'une pratique aussi performante qu'ailleurs, avec des résultats aussi prévisibles, attentes que la densité prudentielle de l'activité empêche de satisfaire. Ces difficultés ne peuvent être mises au jour qu'en étudiant des cas, selon une démarche de sociologie qualitative. Il s'agit alors de porter l'attention sur les parcours de soins, les logiques des décisions médicales et sociales, les obstacles posés par le cadre réglementaire de l'activité, les ressources disponibles, les façons de penser des partenaires des médecins et les solutions inventées. L'enjeu de ce type d'enquête est non seulement scientifique, mais aussi pratique.

Si fines que soient les catégories utilisées, des études purement statistiques ne permettraient pas de rendre compte de ce qui fait justement la difficulté du travail et suppose les réponses les plus prudentielles : le cas imprévu, le grain de sable qui conduit à écarter les réponses qui, à cette petite différence près, seraient adaptées pour la plupart des malades, l'obstacle posé sur la voie à suivre par une règle qui s'impose aux acteurs ou que certains imposent à d'autres. Voir ces difficultés suppose d'étudier des cas en profondeur, comme seule la recherche qualitative le permet. Un exemple tiré d'une RCP-MSE de l'hôpital Saint-Louis sera plus clair que tous les discours généraux possibles.

Un exemple de RCP-MSE

Toutes les informations ci-dessous viennent de cette RCP-MSE, qui n'a pas encore donné lieu à un travail complémentaire d'enquête. La décision à prendre concerne une malade du cancer de trente ans, mère de plusieurs enfants, vivant sous une tente à Paris avec son compagnon. Ses enfants vivent dans son pays d'origine. Elle a été accueillie aux urgences dans un hôpital de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) puis hospitalisée, et un diagnostic précis de cancer a été posé deux semaines plus tard. Le cas a déjà été présenté au cours d'une RCP d'oncologie. Dans les protocoles actuels, il relève d'un traitement de radiothérapie suivi d'une surveillance régulière. Le service de radiothérapie de l'hôpital Saint-Louis a été contacté par l'hôpital où la

malade est hospitalisée pour la mise en place du traitement. Étant arrivée depuis moins de trois mois sur le territoire, cette malade ne peut pas bénéficier de l'aide médicale d'État. D'un point de vue strictement médical, ce cas ne présente aucune difficulté. Le traitement, qui coûte moins de 5000 euros, sera finalement pris en charge sans grande discussion dans le cadre de fonds destinés aux soins urgents et vitaux. Une RCP-MSE aurait été inutile si un problème d'une autre nature ne s'était pas présenté.

L'hôpital où la malade a été hospitalisée est éloigné de Saint-Louis. La malade présente de plus un problème fonctionnel pour la marche, tout à fait bénin, mais qui rend ses déplacements difficiles. Aussi les médecins pensent-ils qu'elle devrait être hospitalisée à Saint-Louis, ce qui conduirait cet hôpital à facturer des frais d'hospitalisation qui, de façon quasi certaine, resteraient impayés. Les médecins arguent que cette hospitalisation ne coûtera rien, car la malade n'a pas besoin de médicaments. Il s'agit seulement de « temps-machine, temps-médecins », c'est-à-dire de recettes en moins, sans dépense supplémentaire. Le directeur des finances rétorque cependant que le manque à gagner est équivalent à une dépense pour l'hôpital. Plusieurs solutions sont alors successivement abordées, et toutes conduisent à une impasse. Héberger la personne à Saint-Louis coûterait bien plus cher que le traitement, et ce n'est pas conforme à la règle qui veut que les frais soient pris en charge par l'hôpital auquel la malade s'est adressée en premier. La direction des finances n'a donc aucune raison d'accepter. Les médecins jugent le retour sous sa tente incompatible avec la lourdeur de la pathologie et du traitement. Une autre piste est donc envisagée, qui consisterait à trouver un hébergement extérieur à l'hôpital, notamment dans des lits halte santé, 15 fois moins cher qu'une hospitalisation, voire dans une maison des parents où l'hébergement est 50 fois moins cher. Mais rien n'est prévu pour financer cet hébergement, et l'hôpital ne peut donc pas mettre cette solution en œuvre lui-même.

Faute de trouver un autre financement, et compte tenu de l'enjeu médical associé à l'hébergement, le fonctionnement habituel de l'hôpital devrait conduire à laisser la malade où elle est. Mais c'est une mauvaise issue : l'hôpital public supporterait alors une hospitalisation dans des lits médicalisés très coûteux, alors même que seul un problème social la justifie, et, pour se rendre à Saint-Louis pour sa radiothérapie, la malade devrait effectuer des déplacements répétés et fatigants dont le financement poserait aussi problème. Pourtant, chaque acteur est parfaitement dans son rôle, notamment le directeur des finances de Saint-Louis, qui refuse une dépense à laquelle son hôpital peut échapper, mais qui augmente ainsi le coût global de la prise en charge pour l'AP-HP. Que peut apporter la RCP-MSE face à cette impasse? Son premier apport est de rendre visible l'irrationalité des solutions que le cadre réglementaire peut contraindre à adopter. Mais deux médecins de la PASS ne s'en tiennent pas là. Après la présentation du cas, leurs prises de parole visent, selon l'expression de l'un d'eux lors d'une conversation privée, à « faire bouger les lignes ». Ils proposent successivement

deux pistes pour la réflexion. La première consisterait à tenter de faire jouer la solidarité entre migrants, en demandant si les sommes relativement modestes nécessaires à un hébergement à la maison des parents ne pourraient pas être réunies par des membres de la communauté à laquelle la malade appartient. La seconde consisterait à tirer argument du différentiel de coût entre un hébergement médicalisé et un hébergement social, pour demander au directeur des finances d'innover en créant un financement spécifique pour l'hébergement social. Le directeur des finances répond que rien n'est prévu, les MIG n'étant pas faites pour cela. Après ces propositions, la discussion porte surtout sur le réalisme de la solution consistant à faire appel, à hauteur de 30 à 40 euros par jour, à la solidarité du groupe. À ce stade, il s'agirait d'un pari. Deux positions s'opposent sur le sérieux de cette éventualité :

- Interne de la PASS : « Elle n'aura jamais les 40 euros par jour. »
- Praticien hospitalier de la PASS : « ça, c'est un présupposé. »
- Interne : « personne ne veut mendier à sa place. »

Le médecin praticien hospitalier propose alors à nouveau une piste, en sorte de sortir du jeu où les deux hôpitaux tentent de se débarrasser du problème : « faire remonter au siège » de l'AP-HP, mais le directeur des finances considère cette solution comme impossible.

Finalement, la RCP-MSE ne prendra aucune décision quant à l'hébergement. Dans l'immédiat, rien ne change. La malade reste où elle est. Mais c'est en fin de RCP-MSE que le directeur des finances donne le feu vert pour les soins. De plus, il accepte de discuter avec son collègue de l'hôpital où la malade est hébergée pour tenter de lui faire prendre en charge un hébergement en maison des parents. Enfin, une rencontre sera organisée entre les médecins de la PASS, habitués à ce type de malades, et la malade, en présence d'un interprète professionnel afin de garantir la précision et la fidélité des traductions. L'enjeu de cette rencontre est double : tenter d'impliquer la malade et son entourage dans la recherche de solutions, et anticiper sur la fin des traitements, où le problème de l'hébergement continuera de se poser. Plus précisément, les médecins souhaitent aborder la question du retour de la malade dans son pays, où ils pensent qu'elle serait bien suivie médicalement, dans des conditions matérielles plus propices à son rétablissement. Il s'agit donc de lui faire comprendre toutes les difficultés de sa situation en France, et d'obtenir son « consentement »⁷ à une solution réaliste.

Les apports de l'étude de cas

L'enquête n'a pas encore permis de connaître les suites du parcours de soins et de vie de la malade. Mais cette RCP-MSE permet déjà de saisir les logiques à l'œuvre, et les obstacles sur lesquels tout le monde bute. Deux préoccupations apparaissent de façon récurrente dans le discours des médecins de la PASS. La première consiste à mettre

tout le monde face à une compréhension la plus large possible de la situation. Sur ce point, ils sont suivis par l'ensemble des participants qui, dès lors qu'ils participent à la réunion, cherchent à comprendre la situation. Une conséquence en est que l'irrationalité des solutions auxquelles les procédures habituelles sont susceptibles de conduire en l'absence d'intervention de la PASS ressort crument. La seconde consiste à tenter de « faire bouger des lignes », alors que certains de leurs interlocuteurs ont en revanche tendance à revenir aux contraintes et solutions habituelles, avec pour risque une prise en charge dans de mauvaises conditions, pour un coût global très élevé pour l'hôpital public.

Les questionnaires des enquêtes quantitatives, les approches quantifiées des parcours de soins ou les enquêtes épidémiologiques ne permettraient de mettre au jour ni ces difficultés rencontrées dans le travail, ni donc l'apport tout à fait original des PASS. Notamment, les RCP-MSE traitent de problèmes que les enquêtes épidémiologiques et les codifications servant à la tarification de l'activité ne prennent pas en compte, et apportent des réponses qui s'écartent parfois des apports habituels de l'hôpital, comme l'illustre l'attention aux conditions de traduction, qui a été aussi constatée sur d'autres cas. Ces réponses débordent les dimensions techniques du soin par l'instauration d'interrogations éthiques et par la mobilisation d'une intelligence pratique qui n'est pas ce à quoi les soignants ont l'habitude de réfléchir. En assistant à la RCP-MSE, on comprend la complexité des cas, les risques qui seraient associés à certains automatismes, et l'intérêt de réfléchir à de nouvelles règles pour l'hôpital et le système de santé. Mais les acteurs qui participent aux RCP-MSE sont tous pris dans les contraintes (notamment bureaucratiques) liées à leur position dans l'hôpital. Leur compréhension ne peut pas suffire à produire des effets profonds et durables. L'énergie dépensée dans les RCP-MSE n'empêche ainsi pas un retour aux routines où la conception bureaucratico-scientiste de l'activité hospitalière domine.

La prudence ne s'oppose certes pas à la quantification. Elle s'appuie même souvent dessus, les moyens quantitatifs d'objectivation ayant tout à fait leur place dans le travail prudentiel, à l'hôpital comme ailleurs. Ils sont d'ailleurs bien présents dans la RCP-MSE présentée ci-dessus : le diagnostic a été posé par des actes techniques; la situation sociale est examinée en se demandant le coût de divers hébergements et leur distance à l'hôpital. Mais la sagesse pratique s'accommode mal de la place qui lui est actuellement faite, comme médiation abstraite entre le réel complexe et singulier dont les soignants ont à traiter, et leurs décisions. La confiance excessive dans le chiffre et dans le fait que son usage suffit à atteindre l'objectivité (Porter, 1995), est une entrave à la prudence, qui supposerait que l'usage du chiffre soit lui-même prudentiel, c'est-à-dire qu'il soit élaboré en tenant compte du concret dans sa richesse et sa complexité, comme c'est le cas par exemple pour des règles (Champy, 2015b), puis utilisé en sachant qu'il n'est qu'une indication parmi d'autres possibles, valable à condition de ne pas servir de base à des décisions automatiques. Ce sont ces conditions qui font

défaut pour la T2A, qui ne prend en compte qu'une partie de l'activité. Le travail des PASS permet de voir ce qui est invisibilisé par ce type de mesure de l'activité. De plus, les hôpitaux peuvent très difficilement ignorer les barèmes servant à la T2A, car les conséquences économiques seraient alors lourdes. On connaît déjà bien les dégâts des chiffres utilisés sans discernement (Beauvallet, 2009). Dès lors que l'on a compris en outre la valeur de la prudence et les menaces pesant sur elle, un premier enjeu du travail qualitatif à l'hôpital apparaît : faire comprendre plus largement encore l'erreur de perspective cognitive qui sous-tend la confiance aveugle dans le chiffre déjà bien mise en évidence par Porter (1995), en montrant les dimensions précises du travail que ces usages du chiffre fragilisent.

Le concept de sagesse pratique et les recherches qualitatives sur les PASS sont précieux aussi pour tenter de penser des améliorations concrètes de l'organisation et des pratiques professionnelles. Le concept seul ne suffirait pas, car il faut éviter d'en tirer directement des conséquences, comme si l'exigence de sagesse pratique permettait d'exprimer des prérequis dont la validité serait générale, par exemple l'autonomie professionnelle ou la limitation des règles : l'autonomie professionnelle peut être mal utilisée; des règles peuvent pousser les acteurs à la vigilance prudentielle. De telles conclusions tirées directement du concept de sagesse pratique seraient hâtives et fragiles, car elles seraient trop générales et donc de peu d'intérêt pour caractériser des situations concrètes précises. Elles ne peuvent être que très générales et de peu de secours. Par exemple, les réflexions sur les façons d'éviter les absurdités de règles, comme celle qui permet de financer un hébergement à 1600 euros la nuit, mais pas à 30 euros, doivent être ancrées dans une étude précise des contextes de travail. Tout l'enjeu de la recherche qualitative est ainsi de d'abord convertir un concept philosophique abstrait en outil sociologique d'analyse de la réalité, puis de fournir les matériaux concrets pour la réflexion sur les moyens de faire progresser la sagesse pratique. C'est la difficulté à laquelle le collectif national des PASS est aussi confronté, malgré l'expérience de ses membres : ne pas céder aux facilités d'un discours trop général. C'est pourquoi la recherche et l'évaluation qualitatives font partie de ses orientations.

Conclusion

Avec la prise en charge de malades en situation de grande précarité sociale dans des lieux spécialement dédiés, nous abordons une partie marginale de l'activité hospitalière. Mais ce cas fonctionne comme un révélateur à plusieurs titres. En premier lieu, il aide à voir quelles incertitudes provoquées par les situations sociales sont susceptibles de traverser l'activité médicale. Le thème n'est pas nouveau. Il était même présent dans la tradition interactionniste, à travers les travaux d'Anselm Strauss notamment :

Le travail de soins a deux caractéristiques remarquables, qu'il ne partage qu'avec certaines autres activités. La première tient aux contingences imprévisibles et souvent difficiles à contrôler, qui découlent non seulement de la maladie elle-même, mais aussi du travail et de l'organisation, ainsi que de la biographie et du mode de vie des malades, de leur entourage, et des membres de l'équipe médicale eux-mêmes. Un second trait du travail médical, crucial aussi, est qu'il est un travail sur des personnes⁸ [traduction libre] (Strauss, Fagerhaug, Suczek, & Wiener, 1985, p. 9).

Mais ensuite, notamment en France avec la sociologie des groupes professionnels, ce thème s'est entièrement perdu. La recommandation de Hughes (étudier toutes les activités de la même façon) a dans un premier temps été féconde, en permettant un nouveau regard tant sur les petits métiers que sur les professions au sens fonctionnaliste (Champy, 2012a). Puis la rigidité de la mise en œuvre a entravé l'étude des activités les plus complexes. Si la sociologie peut se donner comme objectif la lutte contre les rapports de domination que l'invisibilité de la sagesse pratique favorise, alors ce constat ouvre sur un tout autre pan de recherches. Seules des recherches qualitatives (sur la décision, sur les parcours de soins, sur les normes, etc.) peuvent permettre de comprendre à nouveau pleinement cette spécificité de la médecine pourtant bien vue par Strauss. C'est un premier enjeu original de recherches qualitatives sur l'hôpital.

Le travail dont nous avons présenté ici les débuts jette un éclairage nouveau sur l'hôpital actuel, que l'on obtient en rapprochant l'intelligibilité fournie par le concept de sagesse pratique, les observations des enquêtes et les réflexions des soignants sur les difficultés de leur activité. Ces difficultés sont amplifiées dans les PASS, ce qui en fait un lieu très fécond pour l'observation, mais elles sont présentes aussi ailleurs. Enfin, grâce aux innovations observées et à la recherche-action menée dans le cadre du Collectif national des PASS, ce travail montre les efforts faits par des professionnels pour desserrer les contraintes auxquelles ils sont soumis et retrouver des marges pour mieux adapter leur travail aux difficultés présentées par les cas qu'ils rencontrent.

De façon générale, dès lors qu'il s'agit de sagesse pratique, la recherche qualitative est indispensable, car la survalorisation du quantitatif est précisément une des expressions d'un biais cognitif qui lui est préjudiciable : dénégarion des incertitudes, prétention à une objectivité qui ne peut être que factice, incompréhension du réel dans sa complexité. Faire comprendre ce qu'est la sagesse pratique, faire reconnaître les apports de services où l'activité a une très forte densité prudentielle, comme les PASS, et faire ressortir les limites d'une organisation basée sur des crédos bureaucratiques et scientistes, sont intrinsèquement liés. Dit ainsi, l'enjeu est déjà large. Mais il va plus loin encore, car il dépasse le seul hôpital et la seule médecine.

Dans d'autres domaines aussi (les risques, la finance ou encore le droit), la recherche qualitative doit mettre en plein jour ce qui tend à être ignoré par un monde bureaucratique où des médiations formalisantes (indicateurs, règles) entravent le rapport au concret.

Notes

¹ *Prudence* est une traduction fréquente mais mauvaise de *phronesis*. En introduisant une idée de pusillanimité, elle provoque un malentendu, car la prudence requiert au contraire de la maîtrise de soi, la capacité à faire face avec force et sérénité à l'incertitude, voire de l'audace (voir la note 2).

² C'est pourquoi l'audace est une qualité de l'homme prudent.

³ Pour un exemple détaillé portant sur l'architecture, voir Champy, 2009.

⁴ La lecture des images peut cependant laisser une certaine place à l'interprétation.

⁵ Cette expression a été utilisée par Frédéric Pierru lors d'une intervention en janvier 2014 dans mon séminaire Sociologie de la prudence à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS).

⁶ Colloque de l'Alliance hospitalière (intersyndicale de médecins) intitulé Quels métiers demain à l'hôpital public? Quelle place pour les médecins? s'étant tenu à l'hôpital Cochin, à Paris, le 9 octobre 2014.

⁷ Le terme est utilisé par un médecin de la PASS, qui explicite ainsi que la conduite à tenir est aussi une question d'éthique.

⁸ *There are two striking features of health work shared only with certain other kinds of work. One consists of the unexpected and often difficult to control contingencies stemming not only from the illness itself, but also from a host of work and organizational sources as well as from biographical and life-style sources pertaining to patients, kin, and staff members themselves. A second and crucial feature of health work is that it is « people work »* (Strauss, Fagerhaug, Suзец, & Wiener, 1985, p. 9).

Références

- Arborio, A.-M. (2001). *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos.
- Aristote (1994). *Éthique à Nicomaque*. Paris : Vrin.
- Aubenque, P. (1963). *La prudence chez Aristote*. Paris : Presses universitaires de France.
- Beauvallet, M. (2009). *Les stratégies absurdes. Comment faire pire en croyant faire mieux*. Paris : Seuil.
- Becker, H. S. (1985). *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié.

- Castra, M. (2003). *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*. Paris : Presses universitaires de France.
- Champy, F. (2009). L'engagement des professionnels comme conséquence de tensions consubstantielles à leur pratique : l'architecture moderne entre les deux guerres. *Sociétés contemporaines*, 73, 97-119.
- Champy, F. (2012a). *La sociologie des professions*. Paris : Presses universitaires de France.
- Champy, F. (2012b). Activités professionnelles prudentielles et production de la société. Dans I. Sainsaulieu, & M. Surdez (Éds), *Sens politiques du travail* (pp. 57-70). Paris : Armand Colin.
- Champy, F. (2015a). Pourquoi le soin n'est pas qu'une question de technique. Dans C. Georges, H. Astre, & F. Pierru (Éds), *Soigner l'humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût* (pp. 165-179). Rennes : Presses de l'EHESP.
- Champy, F. (2015b). Interactionnisme et sociologie du droit. Pour un constructivisme tempéré. Dans E. Jeuland, & E. Picavet (Éds), *Interactionnisme et norme. Approche transdisciplinaire* (pp. 103-126). Paris : Éditions de l'Institut de Recherche Juridique de la Sorbonne.
- Champy, F. (2016). Administrations publiques et professions. Dans D. Giauque, & Y. Emery (Éds), *L'acteur et la bureaucratie au XXI^e siècle* (pp. 253-274). Laval : Presses de l'Université Laval.
- Champy, F. (2017). « Une rationalité modeste, réaliste et exigeante », entretien avec Serge Cannasse. *La revue du praticien*, 973, 6-7.
- Evetts, J. (2003). The sociological analysis of professionalism : Occupational change in the modern world. *International Sociology*, 18(2), 395-415.
- Feyfant, V. (2016). Ce que la dépendance fait au métier d'infirmière libérale. Ethnographie d'une épreuve de professionnalité (Thèse de doctorat inédite). Université de Toulouse, Toulouse, France.
- Fournier, V. (1999). The appeal to « professionalism » as a disciplinary mechanism. *The Sociological Review*, 47(2), 280-307.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- Georges, C., Astre, H., & Pierru, F. (2015). *Soigner l'humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*. Rennes : Presses de l'EHESP.
- Hughes, E. C. (1997). *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris : Éditions de l'EHESS.

- Pierru, F. (2013). Impératifs gestionnaires et *phronesis* médicale : esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien. *Quaderni*, 82, 67-82.
- Porter, T. (1995). *Trust in numbers. The pursuit of objectivity in science and public life*. Princeton : Princeton University Press.
- Ricœur, P. (2001). *Le Juste* (Tome 2). Paris : Esprit.
- Saillant, F. (2000). Identité, invisibilité sociale, altérité. Expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes. *Anthropologie et sociétés*, 24(1), 155-172.
- Strauss, A. L., Fagerhaug, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1985). *Social organization of medical work*. Chicago, IL : Chicago University Press.
- Vallancien, G. (2015). *La médecine sans médecin? Le numérique au service du malade*. Paris : Gallimard.

Florent Champy, sociologue, docteur - HDR, directeur de recherche au CNRS (LISST-CERS, Université Toulouse II Jean-Jaurès). Il a notamment travaillé sur l'architecture puis sur les professions. Ses recherches portent maintenant sur la place de la sagesse pratique dans le travail et dans les politiques publiques, à partir d'enquêtes sur les professions, la santé et les risques.