



Hôpital et École : des personnels en quête de sens et de reconnaissance

Une recherche menée
par le
Centre Henri Aigueperse
- UNSA Éducation



pour la CASDEN
Banque populaire



Décembre 2021

[Sommaire]

Introduction : Hôpital et École : les raisons de leurs crises

Première partie : des personnels au service de publics

- A/ Travailler pour des patients et des élèves
- B/ Travailler avec des patients et des élèves
- C/ Faire lien avec les familles

Deuxième partie : des personnels au sein d'institutions

- A/ L'ambiguïté des missions confiées
- B/ La lourdeur des (dys)fonctionnements
- C/ Des réformes jamais abouties

Troisième partie : des personnels riches de savoirs professionnels

- A/ Des praticiens experts
- B/ Des professionnels "*militants*"
- C/ Une structuration hiérarchique

Conclusion : pour des personnels acteurs du changement

[Introduction]

Les raisons de la crise

Plus que la cause de nouveaux dysfonctionnements, la pandémie de Covid-19 est davantage un révélateur, un accélérateur des tendances déjà observables depuis plusieurs années. Ainsi, elle a mis encore plus en évidence le fait que certaines des institutions de la République étaient en grande fragilité, peut-être même au bord de l'explosion, ne tenant que par l'engagement de leurs personnels à mener à bien leurs missions, au détriment parfois de leur propre santé et bien-être professionnel.

Tel est le cas de l'Hôpital et de l'École (les majuscules renvoyant ici au terme générique et non à un établissement spécifique).

Un précédent travail nous a conduit à montrer que, faute d'une réinterrogation des missions et des modes de fonctionnement, sans une prise de conscience des difficultés et sans une ambition de transformation institutionnelle en profondeur, les crises traversées par l'Hôpital comme par l'École s'incrustent dans la durée et ont des impacts de plus en plus négatifs sur les personnels. Cercle vicieux, ceux-ci rejaillissent sur leurs publics (patients et élèves) au risque de mettre à mal la qualité des services rendus.

Pour autant, les personnels demeurent la plus grande force de ces deux institutions publiques : si l'Hôpital et l'École ont tenu durant la pandémie, cela est essentiellement dû à la mobilisation de leurs professionnels.

Cette étude vise donc à se pencher sur eux. À interroger leur ressenti par rapport à leurs conditions de travail, leur reconnaissance, la perception de leur avenir... en mobilisant les études existantes ainsi qu'en leur donnant la parole.

La dimension comparative permettra de mettre en évidence les similitudes ainsi que les différences ou les écarts entre les deux domaines.

Il s'agira aussi de montrer combien l'introduction massive du numérique modifie en profondeur les fonctionnements et questionne la formation, le travail en équipe, l'innovation comme des leviers de modernisation et de transformation des institutions hospitalière et scolaire ainsi que les métiers des professionnels qui les constituent.

Les proximités entre Hôpital et École

Dans un précédent rapport, nous écrivions¹ :

« Une littérature abondante, tant scientifique que médiatique, rend compte des difficultés que traversent le système de soins hospitaliers et le système scolaire. Plusieurs réformes ont même déjà eu lieu dans les deux secteurs, destinées à résorber les fragilités. Pour autant, face à la Covid-19, l'hôpital comme l'école se sont révélés à la peine pour remplir leur mission.

Ce révélateur de la situation sanitaire a également montré des similitudes (manques de moyens, de personnels, bâtiments mal adaptés, équipements insuffisants) entre les deux institutions, même si le monde scolaire et celui de la santé présentent d'importantes différences.

Au-delà des aspects matériels, c'est peut-être dans l'histoire et la mission de ces institutions qu'il faut chercher à comprendre les déficits et leurs effets sur les personnels, tant dans leurs pratiques professionnelles que dans le sens de leurs métiers ».

Il nous faut reprendre en introduction de ce nouveau travail quelques éléments déjà développés précédemment.

En effet, et bien qu'il faille prendre en compte les différences entre ces deux institutions, Hôpital et École se sont construits dans des logiques qui les rapprochent. Sans viser à l'exhaustivité, nous pouvons en citer quelques-unes :

- leurs origines religieuses tout d'abord qui se prolongent dans l'existence d'une concurrence de cliniques et d'établissements d'enseignement privés face à l'Hôpital et à l'École publiques ;

1 Crise de l'Hôpital et de l'École : quelles incidences pour les personnels de santé et d'éducation ? Yasmina Kébir, Claire Bordas, Denis Adam, Centre Henri Aigueperse/IREs, avril 2021

- le fait d'agir pour un public donné : les patients pour l'Hôpital, les élèves pour l'École et la question de la prise en compte de leurs familles ;
- la centration sur une mission : le soin pour l'Hôpital, l'enseignement pour l'École, malgré une diversité de personnels plus ou moins directement impliqués dans cette mission (personnels soignants et éducatifs d'une part, mais aussi personnels administratifs et techniques...);
- la mise en place de protocoles qui impliquent un diagnostic et des démarches de remédiation pour lutter contre la maladie ou l'échec scolaire, mais aussi les nécessaires actions de prévention.

Il faut toutefois noter des différences dans la relation des établissements hospitaliers et scolaires avec leur administration de tutelle (ministère de la Santé et ministère de l'Éducation nationale), dans leur mode de direction, dans la réalité du travail interprofessionnel au sein des établissements (bien plus développé à l'Hôpital qu'à l'École).

L'histoire de l'Hôpital et de l'École a été marquée par des événements structurants au cours du dernier siècle et demi. Ainsi les hôpitaux ont vécu plusieurs mutations profondes.

« La première a vu le jour vers le milieu du XIXe siècle. Elle correspond à des progrès technologiques notables comme l'anesthésie ou la mise en œuvre des découvertes pasteuriennes par Lister. Cette époque a vu l'activité médicale des hôpitaux prendre peu à peu le pas sur un rôle qui était jusque-là essentiellement social : héberger les plus démunis ou les lépreux. Les noms de nos établissements en gardent le souvenir : ce sont les Hôtels-Dieu de Paris, de Lyon ou de Rouen.

La seconde évolution, depuis une cinquantaine d'années, a été marquée par l'emballlement des techniques médicales. Un médecin qui se serait endormi en 1950 et qui s'éveillerait aujourd'hui découvrirait ce qui était pour lui inimaginable. Il s'apercevrait que les moyens diagnostiques dont il disposait : stéthoscope, examens biologiques et radiologiques simples, étaient devenus dérisoires par rapport aux scanographies, à la résonance magnétique nucléaire, aux scintigraphies, aux endoscopies, à la génomique – bref, à des moyens d'explorer le corps humain dans ses moindres détails, avec de moins en moins de désagréments et de risques pour les patients. Il s'apercevrait encore que l'on change un foie ou un cœur défaillant, que des traitements médicaux guérissent des leucémies. Il découvrirait que la cœlio-chirurgie permet de réséquer une vésicule biliaire ou un cancer du côlon sans ouvrir la cavité abdominale »².

2 Huguier, Michel. « L'hôpital public en crise ? », Lucien Israël éd., Santé, médecine, société. Presses Universitaires de France, 2010, pp. 231-242.

Plus récemment, avec le numérique, les téléconsultations mais aussi la gestion à l'acte, l'Hôpital est au cœur d'une nouvelle évolution importante.

Le système scolaire a, lui aussi, connu des transformations notoires. La première se situe également au XIXe siècle, un peu plus tardivement que pour l'Hôpital avec les lois Jules Ferry rendant l'École laïque, gratuite et la scolarité obligatoire. L'après deuxième guerre mondiale avec la forte croissance démographique entamera une démocratisation scolaire qui réorganisera l'École avec en outre la création du collège unique. Si les évaluations internationales n'ont pas produit un choc susceptible d'une nouvelle transformation en profondeur, elles ont mis en évidence les faiblesses du système scolaire français et tout particulièrement le fort poids du déterminisme social sur les résultats scolaires confirmant la notion d'"*héritiers*" développée par le sociologue Pierre Bourdieu³.

Parmi les points communs entre le monde hospitalier et le monde scolaire, il faut évoquer aussi les différentes étapes dans les parcours de formation et de qualification des personnels.

Il y aurait certainement également beaucoup à dire sur les réformes successives qui concernent l'Hôpital et l'École. Dans les deux cas, il semble que chaque ministre tienne à laisser une trace dans l'histoire de ces institutions dont il a - un temps - la charge. Le risque est d'ailleurs fort, avec le temps court du politique, que les changements interviennent avant que les précédents aient pu avoir un effet ou aient pu faire l'objet d'une évaluation. Si des périodes clés marquent l'histoire de ces institutions, une multitude de réformes inabouties ou inefficaces en jalonne le parcours.

Nous aurons l'occasion de préciser l'ensemble de ces points au fil de ce travail. Mais il est essentiel de mettre en évidence que l'élément qui rapproche certainement actuellement les deux institutions et qui est au cœur de ce qu'il est convenu d'appeler leurs crises, repose sur l'évolution des notions structurant leurs missions : la santé et le savoir.

L'Hôpital et l'École : deux institutions en crise

Au-delà de leurs similitudes et de leurs différences, l'Hôpital comme l'École représentent des structures essentielles de la construction républicaine. Les missions de soin et d'enseignement portées par des Institutions publiques, largement prises en charge par un financement collectif illustrent la volonté d'un accès à toutes et tous, sans distinction.

³ Bourdieu, Pierre et Jean-Claude Passeron, *Les Héritiers Les étudiants et la culture*, les éditions de Minuit, 1964

Or malgré l'importance qu'elles représentent au sein de la société française, l'une et l'autre sont en difficulté pour répondre correctement à leurs missions.

Les résultats des évaluations internationales (telles PISA ou TEEMS) mettent en évidence la faiblesse d'une partie des élèves français et montrent que les inégalités dues aux milieux socio-culturels dont sont issus les enfants perdurent, voire sont amplifiées par les parcours scolaires.

L'accès aux urgences comme plus globalement aux soins apparaît comme de plus en plus difficile dans un Hôpital public en manque de moyens et de personnels et dans lequel près de 20 % de lits (1 sur 5) sont fermés.

De nombreuses réformes ont eu lieu ces dernières années tant pour l'Hôpital que pour l'École. Elles demeurent pour l'ensemble partielles et ne s'inscrivent pas suffisamment dans la durée et la pérennité pour avoir un effet suffisant à la hauteur des attentes de politiques ambitieuses de santé et d'éducation.

La crise sanitaire née de la pandémie de Covid-19 a conduit le gouvernement à proposer de nouvelles réformes. Ainsi ont eu lieu le "*Ségur de la santé*" et le "*Grenelle de l'éducation*". S'il est trop tôt pour en mesurer les effets, il est possible d'en analyser les contenus et les perceptions chez les professionnels concernés.

Notre précédent travail nous a conduit à émettre l'hypothèse qu'au-delà des fragilités structurelles (manque de moyens, de personnels, question de formation, de hiérarchie et de travail en équipe...) qui peuvent parfois diverger entre les deux institutions, la crise traversée à la fois par l'Hôpital et l'École s'inscrit dans des bouleversements plus profonds qui remettent en question la manière dont elles répondent à leurs missions.

Ainsi à l'Hôpital, censé agir contre la maladie, la demande est forte d'intervenir dans une acception plus large d'une santé-bien-être, dans laquelle les patients (et parfois leurs familles) souhaitent être partie prenante.

De même à l'École, chargée initialement de transmettre des connaissances, il est de plus en plus demandé de prendre en charge une éducation plus large, sur des sujets multiples et de faire des élèves (en y associant les parents) des acteurs de leurs apprentissages.

Or ni l'Hôpital, ni l'École n'ont été préparés et accompagnés à ce profond changement. Les deux institutions sont donc tiraillées entre le conservatisme d'un maintien dans leur fonctionnement

traditionnel et le progressisme des évolutions des attentes sociétales. Et ce sont les personnels qui sont les premières victimes de cette prise en tenaille. La crise sanitaire a confirmé que ce sont eux qui ont fait tenir les structures, fonctionner les services, réalisé les missions, parfois même malgré ou contre leur institution incapable de réagir à temps.

Une approche par le ressenti des personnels

L'objet de cette étude est donc d'analyser cette situation et ses impacts sur les personnels. De mesurer comment ils vivent et ressentent leurs conditions de travail, donnent du sens à leurs missions, qualifient leur place dans les évolutions possibles de leurs institutions respectives, revendiquent leur reconnaissance et la valorisation de leur action.

Cette approche est réalisée à partir de la littérature existante sur le sujet. Pour l'École, elle s'appuie également sur les résultats du baromètre des métiers de l'Éducation conduit chaque année depuis 9 ans par l'UNSA Éducation et dont le Centre Henri Aigueperse a réalisé l'analyse longitudinale pour les 8 premières années⁴. Pour l'Hôpital, des entretiens ont été réalisés avec des personnels volontaires, dont les contacts nous ont été fournis par la fédération UNSA Santé, bien qu'il ne s'agisse pas de militant.e.s syndicaux, ni forcément de syndiqué.e.s.

Aimant leurs métiers et trouvant des raisons d'être à leurs missions, nous cherchons au travers de cette recherche à interroger la perception par les personnels de cet écart entre un fonctionnement traditionnel et un besoin d'évolution de l'Hôpital comme de l'École et questionnons ainsi en quoi ils sont des personnels en quête de sens et de reconnaissance.

4 <http://www.ires.fr/index.php/etudes-recherches-ouvrages/etudes-des-organisations-syndicales/item/6417-barometre-uns-a-des-metiers-de-l-education-etude-longitudinale-2013-2020>

[1ère partie]

Des personnels au service de publics

Le service public n'est pas le service aux publics.

« Sous la Troisième République naissante, la notion de service public était claire et distincte. Le service public se définissait comme une mission d'intérêt général exercée par une personne publique dotée, le cas échéant, de prérogatives de puissance publique et soumise à un régime juridique exorbitant adapté aux besoins du service. Une équation simple liait le service public, la personne publique et le régime de droit public. La simplicité de cette conception du service public avait pour corollaire son étroitesse. Le service restait cantonné à une sphère étroite dont les deux principales composantes étaient les fonctions régaliennes fondamentales (justice, défense, police, diplomatie) et les fonctions traditionnellement assumées par la puissance publique en France (éducation, santé publique et action sociale) »⁵.

Pierre Chambat (1990) rappelle ainsi que *« l'expansion du service public entretient un lien étroit avec le projet politique émancipateur qui s'identifie à la République »*. Il précise notamment que *« l'ambivalence de la notion de service public assure l'identification entre l'intérêt général de la collectivité et les besoins de la population. Celle-ci peut se reconnaître dans le projet collectif porté par le service public dans la mesure où, accessible à tous, il comporte une visée émancipatrice »*. Il y a de ce fait quelques liens indissociables entre État et intérêt général d'une part, et entre puissance publique et service public d'autre part. Dit autrement, l'État est garant de l'intérêt général (ce qui diffère du compromis entre des intérêts particuliers) et la puissance publique est mise au service des intérêts majeurs de la collectivité, au travers des services publics.

La distinction entre service public et services aux publics trouve dans cette différence d'approche sa justification. *« Dans la première formule, le service public participe à ce qui nous fait corps, communauté, République (définition organique). Dans la seconde, qui ne s'oppose pas à la première, il est réduit aux utilités qu'il produit pour répondre aux besoins exprimés par des publics, rebaptisés usagers (définition clientéliste) ; ce qui nous met aux limites du marchand et en concurrence avec lui quand on l'a laissé venir sur les mêmes terrains. C'est donc aussi un choix politique (par exemple, l'école de la République face à l'entreprise Acadomia) »⁶.*

5 Pilczer, Jean-Sébastien. « La notion de service public », *Informations sociales*, vol. 158, no. 2, 2010, pp. 6-9.

6 Chauvière Michel, (Directeur de recherche au CNRS, CERSA, université Paris 2) *Le service public face au service aux publics*, Rhizome, 2009 <https://www.orspere-samdarra.com/2009/le-service-public-face-au-service-aux-publics/>

Pour autant, les missions d'intérêt général, donc de service public de l'Hôpital et de l'École, se traduisent par leur déclinaison en actions auprès des publics qui leur sont confiés : les patients pour l'Hôpital, les élèves pour l'École.

A/ Travailler pour des patients et des élèves

L'évolution du statut des malades

Longtemps, l'hôpital a été un lieu d'isolement. Il s'agissait de retirer du monde, du quotidien de la société celles et ceux atteints de maladies (et des infirmités) à la fois pour protéger le reste de la société (risques de contagion, de mendicité...) et pour les mettre à l'abri (de la faim, du froid...). L'hôpital était l'hospice. Depuis, il a considérablement évolué. En 2013 dans la Tribune de la santé, Marc Brémond, Stephen S. Mick, Dominique Robert, Christophe Pascal et Jean-Pierre Claveranne précisent :

« L'hôpital public d'aujourd'hui n'est pas, dans ce qui le fonde, une entreprise, il est une institution et à ce titre s'inscrit comme une des composantes majeures de la vie en société. Son rôle institué jusqu'à présent était de rendre accessible au plus grand nombre les progrès de la médecine sans avoir à rendre compte de façon comptable à la société de cette dynamique de progrès. Cette mutation d'un hôpital lieu d'asile et d'assistance vers un hôpital centré sur la dynamique de production de savoirs et de secours accessibles au plus grand nombre ne s'est pas faite en un jour. Il suffit de mesurer ce qui sépare les propos de Du Laurens en 1787 des initiatives réformatrices du professeur Robert Debré pour se convaincre que le chemin qui mène d'une construction identitaire à une autre peut prendre du temps : "Oui riches bienfaisants, hommes généreux, ce malade que l'on couche dans le lit que vous lui avez fondé éprouve à présent la maladie dont vous ne tarderez pas à être attaqué vous-mêmes ; il guérira ou périra ; mais dans l'un et l'autre cas, son sort peut éclairer votre médecin et vous sauver la vie ."

Il s'agissait à l'époque de la Révolution de bâtir une forme de troc social entre les pauvres malades accueillis à l'hôpital, dépôt de mendicité et lieu d'assistance, qui donneraient à voir leur maladie, et les riches bienfaisants investissant dans un espace d'observation clinique adapté à la production de savoir ».⁷

⁷ Brémond, Marc, et al. « Crises et tensions au sein de l'hôpital public : changer la donne ou donner le change ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 38, no. 1, 2013, pp. 77-94.

De marginal à isoler à patient à soigner, le statut du malade a ainsi changé au fur et à mesure des progrès scientifiques de la médecine. Interrogés sur les relations avec les patients, les personnels de santé affirment qu'elles sont au cœur de leur métier, un élément essentiel de leur mission. Elles apparaissent comme nécessaires, voire même indispensables. Pour autant, comme le note Jean de Kervasdoué⁸, la centration sur des actes médicaux de plus en plus perfectionnés et spécialisés présente le risque de les faire passer au second plan. Ainsi, il précise que, « *quant aux patients, le danger de les oublier pour se concentrer sur une technique ou un organe est aussi réel que fréquemment dénoncé* ».

L'élève, travailleur et citoyen en devenir

Du côté scolaire, la loi d'orientation sur l'Éducation du 10 juillet 1989 (Loi Jospin) est une étape importante dans la conception de la place donnée à l'élève. « *Ce texte est généralement considéré comme essentiellement pédagogique : selon la formule de son rapport annexé, il a pour objectif de "mettre l'élève au centre du système"* », comme le rappelle Sylvie Aebischer.⁹ Comme pour l'Hôpital, il s'est historiquement agi de retirer de la vie quotidienne les enfants pour les instruire. Une démarche n'allant pas forcément de soi dans un monde pauvre et paysan où le travail des enfants était un apport souvent jugé comme indispensable. La transmission d'un savoir de base est devenue progressivement considérée comme un investissement : instruits, les enfants pouvaient mieux s'adapter aux progrès des sciences et des techniques et mieux contribuer à la prospérité de la société. « *Diriger l'enseignement de manière que la perfection des arts augmente les jouissances de la généralité des citoyens, et l'aisance de ceux qui les cultivent ; qu'un plus grand nombre d'hommes devienne capable de bien remplir les fonctions nécessaires à la société ; et que le progrès, toujours croissant des Lumières, ouvre une source inépuisable de secours dans nos besoins, de remèdes dans nos maux, de moyens de bonheur individuel et de prospérité commune [...] tel doit être encore l'objet de l'instruction* » affirme Condorcet dans son rapport sur l'organisation générale de l'instruction publique en avril 1792.

Pour l'école moderne, Jules Ferry est présenté comme celui qui démocratise l'école. « *Mais, précise un interview des Échos.fr, il ne s'agit pas d'une démocratisation au sens actuel. Sa conception de l'égalité n'est pas celle de l'égalité des conditions, ni celle de l'égalité des chances. C'est une égalité en dignité. Tous les enfants doivent pouvoir aller à l'école gratuitement, c'est un droit et non pas la*

⁸ De Kervasdoué, Jean. « Crise de l'hôpital. L'État : source ultime de légitimité ? », *Commentaire*, vol. 136, no. 4, 2011, pp. 991-998.

⁹ Aebischer, Sylvie. « Réinventer l'école, réinventer l'administration. Une loi pédagogique et managériale au prisme de ses producteurs », *Politix*, vol. 98, no. 2, 2012, pp. 57-83.

charité. Mais il faut surtout qu'ils deviennent des citoyens dont a besoin la République une et indivisible. Cette école du peuple est créée pour des finalités politiques précises »¹⁰.

Ainsi faire devenir élèves tous les enfants accompagne le choix d'un mode de société et participe tant à leur propre développement qu'à celui de la République. Cela explique la place particulière de l'École dans la société française. Le choix du jeune âge répond donc à l'idée d'un apprentissage utile pour le reste de la vie de chaque individu et du collectif.

Dans un article intitulé "*Petit retour sur une vieille polémique : « l'élève au centre » : exigence pédagogique ou cause de « l'effondrement » de l'école ?*", Philippe Meirieu explique que la formule est bien plus ancienne que la loi de 1989, qu'elle fait polémique depuis déjà longtemps, mais surtout il redit à ses détracteurs qu'« *en réalité, "l'élève au centre", on n'a jamais vraiment essayé !* » malgré l'investissement des militants pédagogiques, pour qui « *la "machine école" continue à exiger de ceux qui innovent bien plus que de ceux qui campent dans la routine* ». Le pédagogue insiste : « *on aurait pourtant tort de se décourager et de renoncer à mettre "l'élève au centre" ! Il n'y a pas d'autre choix en pédagogie : à ceux qui expliquent que ce sont les savoirs qu'il faut mettre au centre, on pourra toujours opposer que des savoirs qui ne sont ni désirés, ni appropriés sont des savoirs morts, de simples utilités scolaires tout juste bonnes à sélectionner ceux et celles qui savent en tirer profit pour leur réussite personnelle. À ceux qui revendiquent de placer le maître au centre, il faudra toujours expliquer que, si sa présence est absolument indispensable, il doit aussi savoir s'effacer, au risque, sinon, d'entretenir une dépendance et d'interdire l'accès à toute véritable autonomie »¹¹.*

B/ Travailler avec des patients et des élèves

Faire de l'élève un acteur de ses apprentissages

Si "*mettre l'élève au centre*" est un choix politique, c'est également une exigence pédagogique. Il s'agit de passer de faire **pour** l'élève (à sa place) à faire **avec** l'élève (en l'accompagnant). Et donc de rendre celui-ci acteur de son apprentissage. Ceci implique une pédagogie active et participative telle qu'elle a été développée par les mouvements d'éducation populaire et d'éducation nouvelle.

Le développement des « *Droits de l'enfant* » a conduit à réfléchir à lui donner une place sociale dépassant le seul fait d'être un adulte en devenir. Pour autant, cette capacité à agir par lui-même ne

10 L'école depuis Jules Ferry, publié le 7 sept. 2004 dans Les Échos.fr <https://www.lesechos.fr/2004/09/lecole-depuis-jules-ferry-646880>

11 <http://www.meirieu.com/ARTICLES/eleve-au-centre.pdf>

se traduit que plus difficilement face à l'enseignement pensé encore principalement comme un acte descendant de celui qui sait (l'enseignant) vers ceux qui doivent apprendre (les élèves).

Le témoignage de Paul Orset ci-dessous est révélateur de cet écart :

« Mon parcours professionnel et extra-professionnel (détachement dans le milieu associatif de l'éducation populaire) m'a amené très rapidement à penser la place accordée à l'enfant au niveau de la cité, de l'école, de la classe. La question de la reconnaissance de l'élève comme individu acteur de ses apprentissages est devenue centrale lorsque j'ai commencé à accueillir des enfants atteints de troubles des fonctions cognitives ou mentales, d'abord dans des classes de maternelle dites « ordinaires » puis dans des CLIS »¹².

En effet la notion d'"élèves-acteurs" relève d'une double prise de conscience : celle de l'autonomisation progressive de l'enfant, capable peu à peu de faire par lui-même (voir les travaux de Philippe Meirieu) et celle de la participation active à la construction de ses savoirs. Or, si la première dimension est bien renseignée et intégrée dans les textes officiels et tout particulièrement dans les instructions concernant l'école maternelle ¹³, la seconde fait encore débat opposant souvent de manière stérile et artificielle les tenants d'une école traditionnelle qui enseigne et transmet du savoir de manière descendante à une approche plus pédagogue visant à davantage horizontaliser les démarches d'apprentissage. Comme le montrent Catherine Charlot et Yves Reuter¹⁴, alors que « *la participation des élèves en classe fait partie du contrat [...] cela ne signifie nullement que les représentations soient partagées et que les choses soient claires* ». S'il semble aller de soi que tout enseignant attend que ses élèves participent en classe, c'est-à-dire lèvent le doigt, répondent aux questions posées, en posent éventuellement à leur tour..., il n'y a aucune évidence à penser que l'élève doive participer à la construction de ses savoirs, qu'il doive en être l'acteur. Pour autant, cette approche se développe et présente de nombreux bénéfices, comme en témoigne une professeure de mathématiques :

« Vous l'aurez compris, ce pari du « rendre acteur » / « rendre autonome » est bénéfique pour l'élève, qui aura besoin de ces compétences pour évoluer positivement dans son cursus scolaire, mais surtout pour qu'il trouve du sens à ce qu'il fait, se mobilise et puisse cultiver une forme d'appétence. Évidemment, par

12 Orset, Paul. « Dans la classe », Jacques Sarfaty éd., *Autisme et secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Évolution des pratiques*. Presses Universitaires de France, 2012, pp. 131-145.

13 Joyeux, Agnès. « L'enfant auteur de ses apprentissages », *Spirale*, vol. 53, no. 1, 2010, pp. 33-36.

14 Charlot, Catherine, et Yves Reuter. « Participer et faire participer : regards croisés d'élèves et d'enseignants sur la participation en classe de seconde », *Recherches en didactiques*, vol. 14, no. 2, 2012, pp. 85-108.

*ricochet, il l'est aussi pour l'enseignant qui, au fil des mois, verra les élèves devenir plus confiants, plus impliqués, sortir de la zone de dépendance au professeur pour entrer dans celle de l'interaction avec celui-ci ».*¹⁵

Elle correspond à la fameuse citation de Benjamin Franklin « *Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends.* » et alimente aujourd'hui toute une littérature pédagogique.

Les nouvelles attentes des patients-experts

« Le fondement historique de l'hôpital public est d'accueillir, soulager, combattre la maladie et la mort.

*L'hôpital doit désormais s'adapter à plusieurs évolutions : les patients sont porteurs de nouvelles attentes, nouveaux enjeux et nouveaux besoins ; le bond en avant de la médecine au cours des dernières décennies s'est appuyé sur la recherche et l'innovation qui ont conduit aux progrès réalisés dans la compréhension des maladies et de leurs approches diagnostiques et thérapeutiques »*¹⁶.

Il ne s'agit pas uniquement de prendre en compte les demandes des patients mais bien de les impliquer dans un processus qui vise à développer voire reconquérir sa (bonne) santé. À ce titre, dans un entretien à "La tribune de la santé", Henri Pujol revenant sur les avancées des premiers États généraux des malades du cancer - qui conduiront au Plan Cancer et à la création de l'Institut national du cancer - rappelait que « *déjà en 1983, Jack Ralite, alors ministre de la Santé, m'avait parlé des patients-experts, qui apportent aux autres malades en transmettant leur expérience : le savoir des malades est un vrai savoir scientifique* »¹⁷.

Nous aurons l'occasion de revenir sur les apports et les modifications dus au numérique. Concernant les connaissances réelles ou supposées des patients, la disponibilité d'un ensemble de savoirs sur les réseaux et la toile renforce et multiplie la capacité d'information des traditionnelles encyclopédies médicales. Mais le véritable savoir-expert des malades ou des patients ne se situe pas là. Il ne s'agit

15 Peggy, professeure de Lettres depuis 17 ans sur le site etreprof.fr <https://etreprof.fr/ressources/3999/rendre-les-eleves-acteurs-des-apprentissages-lautonomie-en-question>

16 Rapport de l'Académie Nationale de Médecine L'hôpital public en crise : origines et propositions, février 2019 https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2019/02/Rapport-19-02-L-h-pital-public-en-crise-2019_Bulletin-de-l-Acad-mie-Nati.pdf

17 Pujol, Henri, et Alain Trébucq. « Le savoir des malades est un vrai savoir scientifique », *Les Tribunes de la santé*, vol. 69, no. 3, 2021, pp. 111-115.

pas uniquement de pouvoir mettre des noms de maladie sur des symptômes et tenter ainsi de se substituer au diagnostic. Il s'agit de pouvoir exprimer les ressentis. « *Ne confondons pas. Est-ce que ça vous chatouille, ou est-ce que ça vous grattouille ?* » demandait le Docteur Knock de Jules Romain¹⁸. Le patient est en capacité pour peu que l'on veuille bien l'écouter, de dire ce qui se passe dans son corps (et dans sa tête), les effets de la maladie, des traitements... La prise en compte de la souffrance, assez récente dans la médecine occidentale, doit ainsi beaucoup à l'écoute des patients dans l'adaptation des prescriptions à leur ressenti.

La patient-expert l'est également dans les réseaux de malades (sous forme d'association mais aussi sur l'Internet) dans lesquels il peut échanger avec d'autres malades, comparer les protocoles, évoquer les difficultés rencontrées, analyser les processus de mieux-être et de guérison. Ces échanges – cercle vertueux- renforcent d'une certaine manière l'expertise du patient pouvant s'approprier les expériences des autres membres de son réseau et affinant ses propres savoirs sur ses soins.

Ainsi, le patient peut devenir un acteur de son propre protocole de soin. Davantage informé par le corps médical et/ou par ses pairs, il est davantage en capacité de faire des choix (refuser une chimiothérapie préventive par exemple après l'opération d'un cancer, faire appel à des médecines alternatives, s'opposer à un "*acharnement thérapeutique*"...). Considéré comme porteur d'une expertise, il est possible pour lui de devenir un patient-acteur. Cela peut être un atout pour les soignants puisqu'ils vont pouvoir travailler en coopération avec le malade. Cela peut être aussi un frein dans la mesure où les attentes, les demandes, parfois même les exigences du patient peuvent venir se télescoper avec leur propre manière d'agir.

C/ Faire lien avec les familles

Si les personnels soignants et les personnels éducatifs sont appelés à travailler pour et avec un public désigné : les patients et les élèves, ils sont aussi confrontés à la prise en compte des familles. Or ce lien est souvent un angle mort des démarches professionnelles. Nous avons tous en tête le cliché des parents attendant dans un couloir d'un hôpital le diagnostic du médecin sur leur enfant malade ou accidenté. À l'identique, nous avons aussi l'image de parents attendant dans le couloir d'un établissement scolaire la rencontre avec les professeurs ou le chef d'établissement de leur enfant pour commenter ses résultats scolaires.

18 Romain, Jules, Knock ou le Triomphe de la médecine, Paris, 1923

Résultats scolaires, résultats médicaux, les familles semblent être ainsi dépendantes du diagnostic des professionnels de santé et d'éducation ainsi que des remédiations qu'ils proposeront dont elles seront informées et qu'éventuellement elles seront amenées à accepter ou refuser (l'opération, le traitement, le redoublement, le soutien...).

Un partenariat en dehors des actes techniques

Dans ce domaine, les évolutions de l'Hôpital ont été majeures tout particulièrement dans les services pédiatriques. Un colloque organisé en 2004 par l'association Sparadra¹⁹ mettait en évidence que la lente reconnaissance de la place des parents avait également correspondu à une véritable mutation professionnelle. Il s'est agi pour les personnels soignants de construire dans leurs démarches professionnelles le partenariat avec les familles tout en s'assurant que ce lien était bénéfique aux patient.e.s et à leurs soins, plus globalement à leur guérison. La notion de bien-traitance s'est ainsi imposée progressivement dans la relation directe avec le patient comme dans celle avec son entourage.

Interrogés, des professionnels de santé pointent que la relation avec les familles peut être une aide dans leur travail auprès des patient.e.s mais qu'elle est surtout nécessaire pour les patient.e.s elles/eux-mêmes.

Une étude menée au CHU de Clermont-Ferrand en 2007 et ayant interrogé patients, familles et soignants proposait les conclusions suivantes : ²⁰

« Nous constatons une volonté favorable et globale quant à l'intégration des proches aux soins à l'hôpital. Le patient souhaite recevoir de son conjoint (aidant de son choix), des soins qui n'altèrent pas sa dignité. De leur côté, bien que les familles soient très volontaires pour se projeter en tant qu'aidantes dans un rôle interventionniste, elles estiment que l'intégration des proches par l'éducation au soin est un moyen insuffisant pour permettre « l'expression des angoisses » de leur proche malade, mais s'accordent à dire que ce peut être un bon moyen de vivre des « moments de tendresse » avec lui. Les soignants quant à eux acceptent d'éduquer dans les domaines peu techniques et sans risque comme les soins de nursing. Mais l'intégration informelle entraîne une réticence chez les soignants l'ayant expérimentée ».

19 <https://www.sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/actes2004Web.pdf>

20 Fedor, Marie Christine, et Claire Leyssene-Ouvrard. « L'intégration des familles à l'hôpital : quelles attentes et quelles réticences de la part des patients, proches, et soignants ? Une étude en cours au CHU de Clermont-Ferrand », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 89, no. 2, 2007, pp. 58-75.

Ainsi, on note la place privilégiée du/de la conjoint.e, mais aussi les réticences des personnels soignants à conduire un partenariat jusque dans des domaines techniques, privilégiant une coopération sur les tâches d'hygiène et les approches relationnelles. Les familles sont donc associées, mais elles sont maintenues à une certaine distance des actes de soins proprement dits.

Difficile coéducation

Malgré les différences, il est assez facile de voir des similitudes avec ce que l'on constate dans le domaine éducatif. Évidemment les familles ont une part importante de la mission d'Éducation. Pour autant, dès qu'il s'agit d'entrer dans la technicité des démarches d'apprentissage, une certaine mise à distance s'opère. Ainsi, l'institution scolaire semble attendre des parents qu'ils soutiennent l'action de l'École davantage qu'ils s'y substituent.

« *Parents "gêneurs" ou "acteurs" ?* » interrogent Claude Bisson-Vaivre et Martine Kherroubi²¹, en analysant la difficile place des parents dans l'école. En conclusion, leur article affirme que :

« force est de constater que l'école de la République a encore mal à ses parents et ne parvient pas encore à en guérir. [...] La relation asymétrique, qui est reprise dans plusieurs articles comme un incontournable, ne saurait être occultée. La préoccupation légitime des parents, pris dans leur diversité, pour la réussite de leurs enfants, oblige l'école à réunir les conditions pour leur permettre d'y participer, en l'accompagnant d'une réflexion collective sur les processus de dé- et re-qualification sociale des individus. C'est une condition première à la coéducation scolaire.

Une condition souhaitable, mais encore bien loin d'être réalisée.

Après avoir rappelé la loi « *l'article 2 de la loi de refondation de 2013 précise : " Pour garantir la réussite de tous, l'école se construit avec la participation des parents, quelle que soit leur origine sociale. Elle s'enrichit et se conforte par le dialogue et la coopération entre tous les acteurs de la communauté éducative" »*, Marie-Claude Cortial, enseignante et membre de l'association Éducation & Devenir, écrit dans un article pour les Cahiers pédagogiques que : « *la coéducation est en fait une nécessité plus qu'un défi, mais ce dernier est encore à relever* ». Elle nuance tout de même en affirmant que « *les liens école-parents se sont progressivement renforcés, grâce à la volonté des enseignants, mais aussi des parents fortement investis auprès de leurs enfants. L'école maternelle et*

21 Bisson-Vaivre, Claude, et Martine Kherroubi. « Parents « gêneurs » ou « acteurs ». La place difficile des parents dans l'école », *Administration & Éducation*, vol. 153, no. 1, 2017, pp. 5-8.

l'école primaire sont les lieux où ces liens s'installent. Ils dépendent d'ailleurs très souvent de la volonté des enseignants d'aller vers les parents, sans attendre que ces derniers viennent vers eux. Par la suite, la coéducation tend à disparaître, en particulier pour les familles éloignées de l'école : complexité de l'organisation de l'enseignement secondaire, pluralité des interlocuteurs pour les parents, incompréhension par rapport aux demandes formulées de manière souvent trop abstraites ».

Quant à Catherine Hurtig-Delattre, auteur du livre *La coéducation à l'école, c'est possible* - également enseignante - elle répond :

« Oui, c'est possible ! En même temps, c'est aussi complexe. Il s'agit avant tout d'un système relationnel, et tout système relationnel est complexe et difficile. Mais tout cela est faisable, à condition que les professionnels mettent en place des moyens et dispositifs concrets. En effet, ce sont eux qui doivent donner les règles du jeu, et mettre les bons dispositifs en place pour que cela puisse fonctionner.

La coéducation part d'un constat, celui que les enfants, depuis la petite enfance jusqu'à l'entrée à l'âge adulte, ont affaire à plusieurs adultes qui les éduquent et qui les instruisent. L'idée principale pour définir la coéducation, c'est cette forme de mutualisation entre les différentes personnes qui sont en lien avec l'enfant. Cette mutualisation n'a pas toujours été voulue et considérée comme « positive ». Ce n'est plus le cas aujourd'hui car notre société considère qu'elle va aider l'enfant à être mieux accompagné. Elle est même, depuis la loi sur la refondation de l'école de 2013, inscrite dans les textes où il est clairement dit qu'elle est le modèle souhaité.

Pourtant, cette mutualisation n'est ni une confusion des rôles, tous les acteurs impliqués ne faisant pas la même chose vis-à-vis des enfants, ni un cloisonnement. Il s'agit d'une responsabilité éducative partagée où chacun garde sa « liberté » : les parents, leur liberté éducative, et les enseignants, leur liberté pédagogique. Cependant, il y a désormais une « intersection » dans l'accompagnement de l'enfant, qu'il faut réfléchir et organiser pour qu'elle soit bénéfique »²².

Malgré leur place dans les conseils d'école, de classe et d'administration (pour les collèges et lycées), et un renforcement de leur implication possible, le constat est fait que les parents restent relativement en dehors de l'École. Celle-ci les convoque, les sollicite, les interroge aussi parfois, mais ne les implique pas encore réellement comme des partenaires à part entière.

22 <https://www.autonome-solidarite.fr/articles/comment-mettre-en-place-la-coeducation-entre-enseignants-et-parents-deleve/>

De cette première partie que retenir ?

La place essentielle du public cible.

Les personnels soignants comme les personnels éducatifs travaillent pour un public ciblé. Leur professionnalisme s'exerce dans leur capacité à remplir leur mission auprès de ce public.

Mais leur professionnalité est également sollicitée – et de plus en plus – dans une démarche qui implique leur public. Celui-ci devient un public-acteur, acteur de sa santé pour le patient, acteur de son apprentissage pour l'élève.

Cette nouvelle place participative du public a une incidence sur l'exercice même des métiers. Aux démarches techniques de soin et d'enseignement, les professionnels doivent ajouter des compétences communicationnelles et relationnelles leur permettant, non seulement d'informer, mais d'impliquer leur public²³.

Cette démarche concerne aussi, même si cela est de manière plus réduite, les familles (des patients et des élèves) pour en faire devenir des partenaires de la démarche de soin ou d'éducation, malgré les difficultés que cela peut représenter.

23 <https://centrehenriaiguerse.com/2020/10/02/limportance-de-la-communication-dans-lenseignement-et-la-medecine/>

[2e partie]

Des personnels au sein d'institutions

L'Hôpital comme l'École correspondent à des institutions instituées (Lourau, 1970)²⁴, c'est-à-dire qu'elles sont à considérer « *comme une forme sociale établie, fonctionnant de façon régulière et dont on présume qu'elle répond à une demande collective particulière* »²⁵. Alors qu'elles sont régulièrement soumises à des réformes, elles conservent une sorte de caractère d'immuabilité renvoyant à leur origine et à leurs missions premières. En tant que structures stables, elles possèdent un manque de souplesse, voire une rigidité, et sont donc fragilisées par les pressions internes comme externes qu'elles subissent, tout comme sur les interrogations qui pèsent sur leur capacité à évoluer. Il leur est demandé de faire à la fois "*comme d'habitude*" et "*différemment*", d'être les gardiens de la permanence et de l'évolution, de relier passé immuable et présent incertain. Ces injonctions paradoxales produisent des pressions qui s'exercent plus ou moins directement sur les personnels en poste dans ces institutions, car c'est sur eux que reposent leurs mises en œuvre, souvent difficiles, voire impossibles.

A/ L'ambiguïté des missions confiées

Élever chacun.e et faire émerger une élite

C'est certainement sur l'École que pèse l'injonction paradoxale, en terme de mission, la plus forte. Depuis la période moderne en effet, la société demande à son système scolaire à la fois la démocratisation de l'enseignement pour tous et la participation à l'émergence d'une élite. Ainsi l'idéal révolutionnaire trouve officiellement sa consécration dans l'école de la République. Quel que soit son milieu, la fortune de ses parents, l'école publique gratuite et laïque concerne tous les enfants. Mieux, l'obligation éducative est pensée comme l'assurance d'un droit pour tous : même une famille modeste ne peut y déroger au prétexte que le travail de son/ses enfant(s) lui est nécessaire pour vivre. Ainsi peut se comprendre par exemple le compromis sur le calendrier scolaire et la période des grandes vacances correspondant (en partie) aux travaux des champs.

« (...) Le siècle dernier et le commencement de celui-ci ont anéanti les privilèges de la propriété, les privilèges et la distinction des classes ; l'œuvre de notre temps n'est pas assurément plus difficile. À coup sûr, elle nécessitera de moindres orages, elle exigera de moins douloureux sacrifices ; c'est une œuvre pacifique, c'est une œuvre

24 R. Lourau, *L'Analyse institutionnelle*, Paris, Éditions de Minuit, 1970.

25 Tournay, Virginie. « *Introduction* », Virginie Tournay éd., *Sociologie des institutions*. Presses Universitaires de France, 2011, pp. 3-8.

généreuse, et je la définis ainsi : faire disparaître la dernière, la plus redoutable des inégalités qui viennent de la naissance, l'inégalité d'éducation. C'est le problème du siècle et nous devons nous y attacher. Et, quant à moi, lorsqu'il m'échut ce suprême honneur de représenter une portion de la population parisienne dans la Chambre des députés, je me suis fait un serment : entre toutes les questions, entre toutes les nécessités du temps présent, entre tous les problèmes, j'en choisirai un auquel je consacrerai tout ce que j'ai d'intelligence, tout ce que j'ai d'âme, de cœur, de puissance physique et morale, c'est le problème de l'éducation du peuple. (Vifs applaudissements.)

L'inégalité d'éducation est, en effet, un des résultats les plus criants et les plus fâcheux, au point de vue social, du hasard de la naissance. Avec l'inégalité d'éducation, je vous défie d'avoir jamais l'égalité des droits, non l'égalité théorique, mais l'égalité réelle, et l'égalité des droits est pourtant le fond même et l'essence de la démocratie.

[...]

Voilà la grande distinction entre les sociétés démocratiques et celles qui ne le sont pas. Ce que j'appelle le commandement démocratique ne consiste donc plus dans la distinction de l'inférieur et du supérieur ; il n'y a plus ni inférieur ni supérieur ; il y a deux hommes égaux qui contractent ensemble, et alors dans le maître et dans le serviteur vous n'apercevrez plus que deux contractants ayant chacun leurs droits précis, limités et prévus ; chacun leurs devoirs, et, par conséquent, chacun leur dignité. (Applaudissements répétés.)

Voilà ce que doit être un jour la société moderne ; mais – et c'est ainsi que je reviens à mon sujet –, pour que ces mœurs égales dont nous apercevons l'aurore s'établissent, pour que la réforme démocratique se propage dans le monde, quelle est la première condition ? C'est qu'une certaine éducation soit donnée à celui qu'on appelait autrefois un inférieur, à celui qu'on appelle encore un ouvrier, de façon à lui inspirer ou à lui rendre le sentiment de sa dignité ; et, puisque c'est un contrat qui règle les positions respectives, il faut au moins qu'il puisse être compris des deux parties. (Nombreux applaudissements.)

Enfin, dans une société qui s'est donné pour tâche de fonder la liberté, il y a une grande nécessité de supprimer les distinctions de classes. Je vous le demande, de bonne foi, à vous tous qui êtes ici et qui avez reçu des degrés d'éducation divers, je vous demande si, en réalité, dans la société actuelle il n'y a plus de distinction de classes ? Je dis qu'il en existe encore ; il y en a une qui est fondamentale, et d'autant plus difficile à déraciner que c'est la distinction entre ceux qui ont reçu l'éducation et

ceux qui ne l'ont point reçue. Or, Messieurs, je vous défie de faire jamais de ces deux classes une nation égalitaire, une nation animée de cet esprit d'ensemble et de cette confraternité d'idées qui font la force des vraies démocraties, si, entre ces deux classes, il n'y a pas eu le premier rapprochement, la première fusion qui résulte du mélange des riches et des pauvres sur les bancs de quelque école. (Applaudissements.)²⁶ »

Le discours de Jules Ferry porte en lui l'ensemble de cet idéal d'égalité scolaire. Or, après avoir été accusée de favoriser « *les héritiers* », l'école française apparaît, résultats des évaluations internationales à l'appui, comme l'une des plus inégalitaires, dans laquelle le poids des déterminismes sociaux est le plus important.

Pourquoi ?

Plusieurs raisons sont certes à mettre en perspective pour expliquer ce phénomène, mais l'explication essentielle revient à s'interroger sur l'autre mission confiée à l'École : faire émerger une élite. Elle se traduit par la mise en avant des « *bons élèves* », des « *élèves brillants* », des « *élèves qui réussissent* », appuyée sur une évaluation qui classe²⁷ et sélectionne. Or qui sont-ils ? Majoritairement celles et ceux issus des milieux sociaux privilégiés, dont la culture familiale est proche ou similaire à la culture scolaire. Ainsi l'ensemble de la scolarité est construite autour d'une voie royale qui mène de l'école maternelle aux grandes écoles et qui propose au fur et à mesure des voies de sorties plus ou moins précoces, plus ou moins valorisées. L'orientation sert davantage à écarter de cette voie royale les élèves en échec qu'à trouver la voie de réussite de chaque élève.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes comme les présente le numéro 6 de la revue Oblik²⁸. Ainsi la proportion d'élèves en retard à l'entrée en sixième (en 2018) : 14,5 % des élèves en retard ont des parents inactifs, 8,6 % des parents ouvriers, 4,6 % des parents agriculteurs et 1,8 % des parents cadres. Ces écarts ont ensuite des incidences sur le parcours scolaire. Ainsi, 57,2 % des effectifs des filières professionnelles au lycée sont composés de jeunes issus d'une catégorie sociale défavorisée contre 16,3 % de jeunes issus d'une catégorie sociale favorisée ou très favorisée. Or, le diplôme a une incidence très forte sur l'emploi ou le risque de chômage. Là encore, les chiffres donnés par Oblik sont révélateurs : « *sur les 6,9 millions de personnes de 15 ans ou plus vivant sous le seuil de pauvreté (fixé*

26 Jules Ferry (1832-1893), « *De l'égalité d'éducation* », conférence prononcée à Paris, à la salle Molière, le 10 avril 1870, in *Discours et Opinions de Jules Ferry*, I, Armand Colin et Cie, 1893, p. 287 sqq.

27 Joanie Cayouette-Remblière, *L'école qui classe*. PUF, 2018

28 Revue Oblik n°6 « *Un pognon de dingue* », octobre 2021

à 60 % du niveau de vie médian) en 2018, plus de quatre sur cinq ne sont pas allées au-delà du baccalauréat ».

Cette double mission d'élever (chacun.e) et de sélectionner (les meilleur.e.s), d'enseigner à toutes et tous mais de faire émerger une élite intellectuelle, a des incidences sur la manière de travailler des personnels et en particulier des enseignants. Dans les questions ouvertes du baromètre UNSA des métiers de l'Éducation, les élèves apparaissent à la fois comme première cause d'enthousiasme (le sens des métiers de l'éducation est essentiellement tourné vers le fait d'apporter quelque chose aux enfants et aux jeunes confiés à l'école), mais aussi comme l'un des points les plus négatifs (à la fois pour les lourdeurs qui peuvent être liées aux questions de discipline ainsi qu'à cause de l'échec scolaire).

De nombreuses études ont mis en évidence le lien (même peu conscient) que les enseignants peuvent faire entre les résultats des évaluations de leurs élèves et la qualité (supposée) de leur enseignement. Dans cette perspective, on comprend que l'échec scolaire puisse être ressenti comme un échec professionnel alors qu'il est plus valorisant d'enseigner à de "bons élèves", même si ceux-ci réussissent souvent sans l'aide des professeurs.

Il y a là un paradoxe professionnel donc, qui consiste à interroger pour qui travaille l'École et ses personnels. Répondre pour les plus éloigné.e.s de la culture scolaire revient à prioriser une nouvelle manière de "faire classe" et d'éduquer, alors que les méthodes traditionnelles d'enseignement ont fait leur preuve auprès des enfants et des jeunes des classes privilégiées.

Soigner et prendre soin

L'accès aux soins pour tous est à la fois un devoir et une valeur de l'hôpital. La Fédération Hospitalière de France précise sur le site hopital.fr les principes de l'accès aux soins pour toutes et tous²⁹ :

« L'accès aux soins est l'un des droits fondamentaux de l'utilisateur. Il peut se définir comme la faculté offerte à chacun de recevoir des soins préventifs ou curatifs sans référence à une situation sociale ou à un état de santé. Le problème de l'accès aux soins se pose notamment de manière vitale pour les personnes démunies ou en situation de précarité.

29 <https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-missions-de-l-hopital/L-acces-aux-soins-pour-tous>

Les grands principes de l'accès aux soins en milieu hospitalier sont :

- *l'accueil à l'hôpital public de toute personne, quelle que soient sa nationalité, sa situation (régulière ou irrégulière), son sexe, sa situation de famille, son âge, son état de santé, son handicap éventuel, ses opinions politiques, philosophiques ou religieuses ;*
- *l'accueil de toutes les personnes dont l'état de santé requiert des soins ;*
- *l'accueil de jour et de nuit, 24 heures sur 24, 365 jours sur 365 ;*
- *le refus de toute forme de discrimination entre les malades.*

Dans les situations d'urgence, le directeur de l'établissement doit prononcer l'admission d'une personne démunie dont le besoin de soins est constaté par un personnel médical, même en l'absence de toute pièce d'état civil ou de tout renseignement relatif aux modalités de prise en charge des frais de séjour. Les établissements doivent également s'assurer, à la sortie des malades, de leurs conditions d'existence et de la compatibilité de ces dernières avec la poursuite du traitement ».

Cet accès de toutes et tous justifie la prise de mesures de lutte contre l'exclusion sociale comme la couverture maladie universelle (CMU), instaurée le 1er janvier 2000 et « *destinée aux personnes démunies, afin de généraliser l'accès à l'assurance maladie - d'où le caractère universel du droit ainsi créé - et d'assurer à chacun l'effectivité de l'accès aux soins par la mise en place d'une couverture sociale* ».

Par ailleurs, « *dans le cadre de programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins, les établissements de santé sont tenus de mettre en œuvre des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Celles-ci sont adaptées aux personnes en situation de précarité et visent à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits* ».

Ainsi donc l'Hôpital, et plus spécifiquement l'Hôpital public, se doit d'accueillir chacun.e sans distinction, comme c'est également le cas de l'École. Mais là aussi la question est davantage de savoir pourquoi faire et revient à interroger les missions.

L'Hôpital est un lieu de soin. Or le mot même renvoie à une double réalité.

« *Nous sommes là pour soigner et pour prendre soin* » rappelle une infirmière interrogée.

Les deux acceptions ne se recoupent pas entièrement, surtout dans l'approche française de la notion de santé. Soigner, s'entend en effet essentiellement dans une dimension de lutte contre la maladie et revient à en limiter les effets négatifs, et mieux, à en guérir. « *Donner des soins à un malade, rétablir la santé d'une personne [...] S'employer à guérir une maladie, une affection, une blessure. [...] S'employer à guérir une partie du corps, un organe.* » précise le dictionnaire du CNRTL qui ne place pourtant ce sens qu'en troisième position dans sa définition du verbe soigner, alors que le premier sens mis en avant est de « *s'occuper du bien-être matériel et moral d'une personne* »³⁰.

Les patient.e.s qui viennent à l'Hôpital le font-elles/ils pour se faire soigner, c'est-à-dire « *avoir recours à des soins médicaux* » ou pour bénéficier des attentions de quelqu'un.e qui va « *s'occuper d'elle ou de lui avec le souci de son bien-être* » ?

Alors que les médecins semblent dédié.e.s à la première mission, les aides-soignant.e.s relèvent davantage de la seconde et les infirmier.e.s assurent le lien entre les deux, nous aurons l'occasion d'en reparler plus loin, mais ce bel équilibre formel ne va pas de soi.

La priorité donnée au soin de lutte contre la maladie se fait assez généralement au désavantage du soin de bien-être ; les sous-effectifs des services hospitaliers ne faisant que renforcer ce phénomène. L'aspect thérapeutique l'emporte sur l'accompagnement au quotidien des patient.e.s auquel très peu de temps peut être consacré, alors que de nombreux travaux ont montré à la fois le lien entre les deux et l'incidence du bien-être sur la lutte contre la maladie voire sur la guérison.

Dans leur travail sur le bien-être, Régis Bigot et Sandra Hoibian³¹ expliquent qu'« *en matière de santé, les perceptions des ménages se sont aussi dégradées* ». Malgré les progrès réalisés en trente ans par la médecine (allongement de l'espérance de vie, baisse de la mortalité dite "*prématurée*", décès survenus avant 65 ans) « *dans le même temps, la proportion d'individus qui considèrent leur état de santé satisfaisant, en se comparant aux personnes de leur âge, après avoir progressé entre 1981 et 1990, s'effrite lentement depuis 20 ans : elle est passée de 90 % en 1990 à 84 % au début 2012* ». Si les raisons de cette baisse sont multiples, le fait que « *les souffrances psychiques ou physiques ont significativement augmenté : en 2012, 33 % des Français sont tourmentés par l'insomnie (contre 20 % en 1981), 47 % se plaignent de maux de dos (33 % en 1981) et 40 % signalent de la nervosité (29 % en 1981)* » montrent que le bien-être est loin d'être atteint dans ce domaine. Davantage encore si l'on prend en compte les différences entre catégories sociales :

30 <https://www.cnrtl.fr/definition/soigner>

31 Bigot, Régis, et Sandra Hoibian. « L'évolution du bien-être en France depuis 25 ans : un bilan mitigé, une augmentation des inégalités », *L'Année sociologique*, vol. 64, no. 2, 2014, pp. 331-358.

« alors que les hauts revenus témoignent d'un état de santé ressenti très proche, en 2012, de ce qu'il était en 1980, les indices des classes moyennes et des bas revenus ont subi un net décrochage. La baisse est surtout marquée chez les bas revenus. Ces résultats font écho aux inégalités en matière de santé pointées par le Haut conseil de la santé publique (2012) : les différences de mortalité entre les ouvriers et les cadres se sont accrues ces dernières années dans pratiquement tous les domaines, qu'il s'agisse des maladies cardio-vasculaires, des cancers, des accidents, des problèmes dentaires ou de la santé mentale. De quoi alimenter une idée de plus en plus répandue en France, selon laquelle "on est mieux soigné quand on a de l'argent et des relations" : 37 % des Français partagent ce point de vue en 2012, contre 26 % en 1981 ».

Guy Vallancien, dans *« L'hôpital malade de lui-même »*, interroge ainsi cette capacité de l'Hôpital à répondre à toutes les demandes qui lui sont adressées et en particulier à cumuler à la fois une médecine de (très) haut niveau et un accueil social :

« Il est de bon ton pour un directeur hospitalier de vanter la capacité de son établissement d'accueillir à toute heure du jour et de la nuit, trois cent soixante-cinq jours par an, toute la misère du monde, la détresse sociale autant que médicale qui frappe à la porte des urgences. Or cette vision de l'hôpital hospice ne correspond plus aux besoins actuels : au XXI^e siècle, vouloir assurer toutes les fonctions médicales, médico-sociales, l'enseignement et la recherche par les mêmes professionnels dans les mêmes lieux s'avère un vœu pieux. Cette vision idéaliste se heurte au réel d'une complexité accrue au fur et à mesure des avancées de la science et de la médecine. Elle fait le lit de tous les refus d'une révision de l'organisation des établissements de soins publics au nom d'une vocation dépassée, coûteuse et peu efficiente. Concrètement, parier, en 2015, d'effectuer avec la même qualité la mise en place d'un cœur artificiel au bloc opératoire du troisième étage et l'accueil au rez-de-chaussée d'un brave éméché qui vient montrer ses poux, tient de la gageure »³².

Ainsi, tout comme l'École, L'Hôpital est confronté à une double injonction : soigner tout le monde et prendre soin de toutes et tous. Face à ces *« commandes multiples »* et paradoxales, les deux

32 Vallancien, Guy. « 12. L'hôpital malade de lui-même », *La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade*, sous la direction de Vallancien Guy. Gallimard, 2015, pp. 207-228.

institutions sont en peine de répondre du fait même des lourdeurs de leurs (dys)fonctionnements, bien que de nature différente.

B/ La lourdeur des (dys)fonctionnements

L'Hôpital confronté à la gestion managériale et financière

Restons sur l'Hôpital. La pandémie de COVID-19 a mis en lumière les grandes difficultés rencontrées par les structures hospitalières. Elles étaient présentes bien avant la crise sanitaire. De nombreux mouvements sociaux avaient déjà tenté d'alerter sur la situation sans être bien entendus.

Pour l'ensemble des personnels interrogés, la principale difficulté rencontrée est celle des effectifs. Le manque de personnel est en effet une cause majeure de dysfonctionnement de l'Hôpital. Pour autant, elle n'est pas la seule. De plus, si elle est cause de difficultés, elle en est aussi une conséquence. La faible rémunération, l'administrationalisation des tâches, l'exigence de la rentabilité... sont autant d'éléments qui rendent l'exercice des métiers de soignant.e.s de plus en plus pesant. Ces lourdeurs influent sur l'attractivité des métiers d'une part et sur l'inscription dans la durée. Cercle vicieux : plus les métiers sont perçus comme difficiles, moins de candidats souhaitent l'exercer et moins ceux qui le réalisent restent longtemps, ce qui implique des manques de personnels qui rendent encore davantage difficiles les situations professionnelles de celles et ceux qui restent.

Les témoignages recueillis vont tous dans ce même sens. À la limitation des places en formation ces dernières années se sont ajoutées des démissions massives. Les postes restent vacants faute de candidat.e.s. La répartition du travail supplémentaire (malgré la fermeture de lits) repose donc sur un effectif de personnels réduit, ce qui implique des surcharges de travail, moins de journées de repos ou de vacances, des heures supplémentaires importantes qui ne peuvent ni être prises en jours de récupération (par manque de personnels) ni être payées (par manque de moyens). Ainsi dans tel hôpital, la règle est une infirmière pour 15 patient.e.s, mais lorsque leur nombre atteint 18 ou 20, il n'y a toujours qu'une seule infirmière de service. Ces mêmes surcharges se retrouvent dans le service des aides-soignant.e.s. Pour l'ensemble des personnels, cela se traduit par moins de temps à consacrer à chaque patient.e : *« ce qui nécessiterait 20 à 30 minutes doit être limité à 15 minutes et*

lorsque la sonnette retentit, il n'y a personne d'immédiatement disponible pour se rendre au chevet du patient qui appelle »³³.

Au-delà des nombreux clausus qui ont limité la formation d'un plus grand nombre de professionnels de santé, d'autres réformes dans le fonctionnement de l'Hôpital sont à l'origine des difficultés. Ne pouvant revenir sur tous les points, nous faisons le choix de ne faire référence ici qu'à la plus importante : celle concernant le financement de l'Hôpital ou T2A.

La T2A ou tarification à l'activité, mise en place en 2004, consiste comme son nom l'indique à fixer le prix des actes hospitaliers et d'en assurer le remboursement sur cette base. Elle est fortement critiquée par « *de nombreux professionnels de santé qui y voient le parangon de "l'hôpital-entreprise" »³⁴, mais aussi par une économiste comme Brigitte Dormont qui critique « la façon dont cet instrument, inventé aux États-Unis, a été mis en œuvre en France. Selon elle, les modalités de mise en œuvre de la T2A auraient dévoyé son objectif initial qui était d'inciter les établissements à maîtriser leurs coûts ».*

La professeure d'économie à l'Université de Paris Dauphine dresse l'historique du financement récent de l'Hôpital :

« À la base de la tarification à l'activité, il y a la recherche d'efficience pour les soins hospitaliers. Avant les années 1980, cette préoccupation était absente du financement des hôpitaux et ils étaient remboursés a posteriori en fonction des coûts déclarés. On a introduit le budget global en 1983 pour maîtriser la dépense, mais les budgets étaient attribués sans réelle connexion avec l'activité des hôpitaux. La T2A est en principe un progrès par rapport au budget global, car elle permet d'encourager l'efficience tout en attribuant un financement en rapport avec l'activité de l'hôpital. Le mécanisme de base repose sur ce que les économistes appellent un contrat à prix fixe, qui est un incitatif puissant à l'efficience. L'idée est de financer chaque séjour par un forfait indépendant du coût des traitements effectivement appliqués. On parle de paiement « prospectif », par opposition au paiement « rétrospectif » qu'est le remboursement du coût pratiqué après-guerre. On dit à l'hôpital : « Pour un patient qui a telle pathologie, quoi qu'il arrive, je vous paie une somme fixe, disons par exemple 1000 euros. » L'hôpital se met en déficit si ses coûts dépassent les 1000 euros. En revanche il peut s'approprier la différence si ses coûts sont inférieurs au forfait ».

33 Témoignage d'une aide-soignante interrogée le 14 décembre 2021

34 Dormont, Brigitte, et Frédéric Pierru. « La tarification à l'activité (T2A) à la française », *Revue française d'administration publique*, vol. 174, no. 2, 2020, pp. 487-497.

L'économiste précise ainsi que la T2A demeure un progrès économique par rapport aux systèmes de financement de l'Hôpital précédent. En effet, elle évite la dérive des coûts ou l'étranglement dans un budget global fixe et trop contraint. Là où elle note une dérive, c'est dans le fait que, « *en France et en Suisse, par exemple, c'était l'efficacité et donc la maîtrise des coûts qui était recherchée. Mais pour les pays nordiques, et surtout la Norvège, le but était de relâcher intelligemment la contrainte budgétaire pour encourager l'activité des hôpitaux* ». L'autre écueil mis en avant par Brigitte Dormont réside dans la volonté d'avoir « *assigné trois objectifs à la définition des tarifs. Or, la base d'un cours d'économie publique est qu'un instrument ne peut servir qu'un objectif* ». Alors que « *la T2A ne peut servir qu'à gagner en efficacité productive. Uniquement. C'est l'objectif du contrat à prix fixe : inciter les hôpitaux à serrer leurs coûts. Elle ne peut pas servir aussi à équilibrer le budget de la Sécurité sociale ni à atteindre des objectifs de santé publique ! Or, les tarifs sont calculés comme s'ils pouvaient permettre d'atteindre tous ces objectifs. Cette pratique dénature complètement les incitations à l'efficacité qui devraient être visées par la T2A* ». Ainsi, à trop vouloir obtenir d'un même mécanisme économique, celui-ci, utilisé ainsi, s'avère inefficace pour l'ensemble des objectifs qui lui sont assignés : l'efficacité de l'Hôpital a largement révélé ses limites, alors que le budget de la Sécurité sociale continue à se creuser et qu'il est réclamé une réelle politique de santé publique digne de ce nom en France.

Nous pourrions également ajouter, mais nous y reviendrons, que la très forte spécialisation appuyée par le système de tarification à l'activité a eu tendance à renforcer le cloisonnement - voire parfois même la mise en concurrence - entre des services hospitaliers au sein d'un même établissement.

Enfin, il nous faudra préciser les évolutions des modes de gouvernance et leurs impacts sur les dysfonctionnements de l'Hôpital.

L'École centralisée en manque d'autonomie

Le fonctionnement et les dysfonctionnements de l'École sont assez différents de ceux de l'Hôpital. Pour autant, la question des effectifs se pose également dans le champ scolaire. Il est lié au nombre d'élèves à la fois globalement mais aussi par classe. Il concerne également le nombre des personnels administratifs, d'encadrement, sociaux et de santé. Il faut préciser la distinction forte qui existe entre le premier et le second degrés, tant au niveau du coût moyen des élèves que de la gouvernance des établissements.

Ainsi les données chiffrées, présentées par la Cour des Comptes dans son rapport sur l'enseignement scolaire en décembre 2021³⁵, indiquent 110 Md€ pour la dépense d'éducation (premier et second

degrés, État, collectivités et ménages) soit 5,2 % du PIB, répartis entre le premier degré : 43,8 % et le second degré : 56,2 % et se traduisant par une dépense budgétaire annuelle par élève du premier degré : 7 600 € et une dépense budgétaire annuelle par élève du second degré : 11 300 €.

Comme pour les personnels soignants, le salaire des personnels d'éducation et principalement des enseignants est largement inférieur à celui dans d'autres pays comparables. Cela a un impact direct sur l'attractivité : selon les disciplines, le nombre de candidats aux concours de recrutement est insuffisant ou le niveau d'admission est très faible, les démissions peuvent se multiplier dans certaines académies, le recours aux contractuels fragilise les équipes et les projets ne permettent aucune pérennité.

Concernant la gouvernance, la Cour des Comptes prend position en constatant que « *l'école, le collège et le lycée ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour allouer les moyens en fonction d'un projet élaboré collectivement et correspondant aux besoins des élèves* ».

Ainsi selon la Cour :

« En France, l'autonomie des établissements scolaires est très encadrée. À la différence d'autres pays d'Europe, où le système éducatif est organisé autour des établissements, la France se caractérise par un système éducatif très centralisé : la chaîne managériale contrôle fortement les marges d'action des écoles et même des établissements du second degré. Lorsqu'il s'agit d'impulser une réforme, d'adapter les dispositifs éducatifs aux réalités locales, de gérer une situation de crise, les responsables locaux sont dans une position relativement fragile. Seulement 10 % des décisions prises en matière éducative le sont au niveau des établissements, dont à peine 2 % en « autonomie totale ».

L'OCDE place ainsi la France dans la catégorie des pays « à décentralisation et déconcentration minimales », alors que les recherches sur la performance éducative mettent en avant, non la seule autonomie des établissements, mais la combinaison de leur autonomie et de leur responsabilisation (qui renvoie ainsi à leur degré d'évaluation) comme un levier important d'efficacité. Une telle organisation favorise également la réduction des inégalités sociales et scolaires.

Cette autonomie se concrétise en premier lieu par l'identité et le projet de l'établissement, ensuite par le travail collectif de la communauté enseignante et éducative, et enfin par un chef d'établissement disposant de prérogatives importantes. Sur les deux premiers facteurs, des évolutions positives peuvent être

relevées, bien que parfois plus formelles que réelles ; mais la reconnaissance d'une autonomie forte et d'un chef d'établissement doté des prérogatives nécessaires n'a guère progressé. L'école en particulier, sans personnalité juridique, pilotée pour l'essentiel de l'extérieur (par l'inspecteur de la circonscription plus que par un directeur dont la disponibilité pour l'encadrement n'est que partielle) dispose de peu de marge de décision, même quand elle atteint la taille d'un collège ».

Comme pour l'Hôpital, nous reviendrons dans la troisième partie de ce travail sur les relations entre les différents métiers qui composent le personnel de l'École et de leur relation entre eux, et nous interrogerons la question du management et de gouvernance. Mais il est notable dès à présent que la différence d'organisation entre le premier et le second degrés est une source de tension dans le fonctionnement du système scolaire français. Il conduit en effet à devoir en permanence distinguer entre les deux niveaux et piège le collège dans un entre-deux jamais totalement défini : sa "*primarisation*", afin d'en faire le prolongement de l'école primaire dans la continuité des cycles et l'acquisition du socle commun ou sa "*secondarisation*" pour l'instituer comme un "*petit lycée*" préparatoire au baccalauréat et à la poursuite d'études supérieures.

La caractéristique la plus marquante du système scolaire français est certainement son organisation extrêmement centralisée. Pour des raisons historiques et idéologiques déjà évoquées, l'École de la République est nationale ce qui signifie - sans grande exagération - qu'elle est identique, ou presque, sur l'ensemble du territoire : mêmes objectifs, mêmes programmes, même organisation, mêmes évaluations nationales. La place de l'autonomie évoquée par la Cour des Comptes reste minime puisqu'elle ne peut s'inscrire que dans ce cadre national, piloté étroitement par le ministère de l'Éducation nationale et ses services déconcentrés (rectorats, dasen, circonscriptions). La question sociale et territoriale a introduit une légère dérogation à cet unanimisme centralisé par la création de l'éducation prioritaire. Il s'est agi de définir des zones géographiques dans lesquelles les résultats scolaires étaient plus faibles qu'ailleurs, en grande partie du fait des caractéristiques sociales, économiques, culturelles de leur population. Les ZEP (zones d'éducation prioritaire) devenues REP (réseaux d'éducation prioritaire) ont ainsi été organisées pour « *donner plus à ceux qui avaient plus besoin* ». Il s'agit pour autant toujours d'un programme national piloté par le ministère³⁶.

Pour Bruno Garnier :

« Parmi les sources de l'incertitude, il convient de prendre en compte les nouvelles fonctions dont les professeurs sont investis et qu'ils partagent avec d'autres catégories de personnels, comme le projet personnel d'orientation,

36 <http://www.ires.fr/index.php/etudes-recherches-ouvrages/etudes-des-organisations-syndicales/item/6278-education-et-territoire-s>

l'accompagnement personnalisé, les "éducations à" ou l'animation socioculturelle (Barthes & Alpe, 2012). Ces nouvelles fonctions font d'eux moins des agents pourvus d'autorité que des personnes individualisées à fonctions multiples (Bernstein, 1967). On serait ainsi passé, en une quarantaine d'années, d'un type d'établissement scolaire où chaque enseignant disposait d'un espace d'autorité et d'autonomie qui lui était attribué et où les différents enseignements s'ignoraient mutuellement, à un type d'établissement où le travail de l'enseignant s'exerce sur la base d'un partage et d'une coopération entre collègues et avec d'autres personnels. La multiplicité des acteurs de l'éducation de l'enfant et de l'adolescent, dans et hors de l'école, est un signe de cette évolution (par exemple à l'occasion des réformes sur l'aménagement du temps de l'enfant)³⁷.

Autant dire que ces transformations ne vont pas de soi. Il est demandé à l'École de prendre en charge de très nombreux sujets qui dépassent de loin le seul enseignement de matières scolaires et de le faire dans un contexte d'évolution de la société et donc des enfants et des jeunes dans leur rapport au(x) savoir(s). Bruno Garnier avance ainsi qu'« *un autre paradigme explicatif de la difficulté scolaire est avancé en termes de « rapport au savoir » des élèves. Bernard Charlot a défini le rapport au savoir comme « l'ensemble des relations qu'un sujet entretient avec tout ce qui relève de "l'apprendre" et du savoir ». Il insiste sur le fait qu'il ne s'agit aucunement de caractéristiques naturelles d'un élève mais de rapports au savoir différents (1999) »*. En effet, l'École n'est plus le seul lieu du savoir, ces personnels n'en sont plus les seuls détenteurs et diffuseurs. Aussi, leurs missions en sont modifiées, sans que cela soit explicite et accompagné, par la formation par exemple.

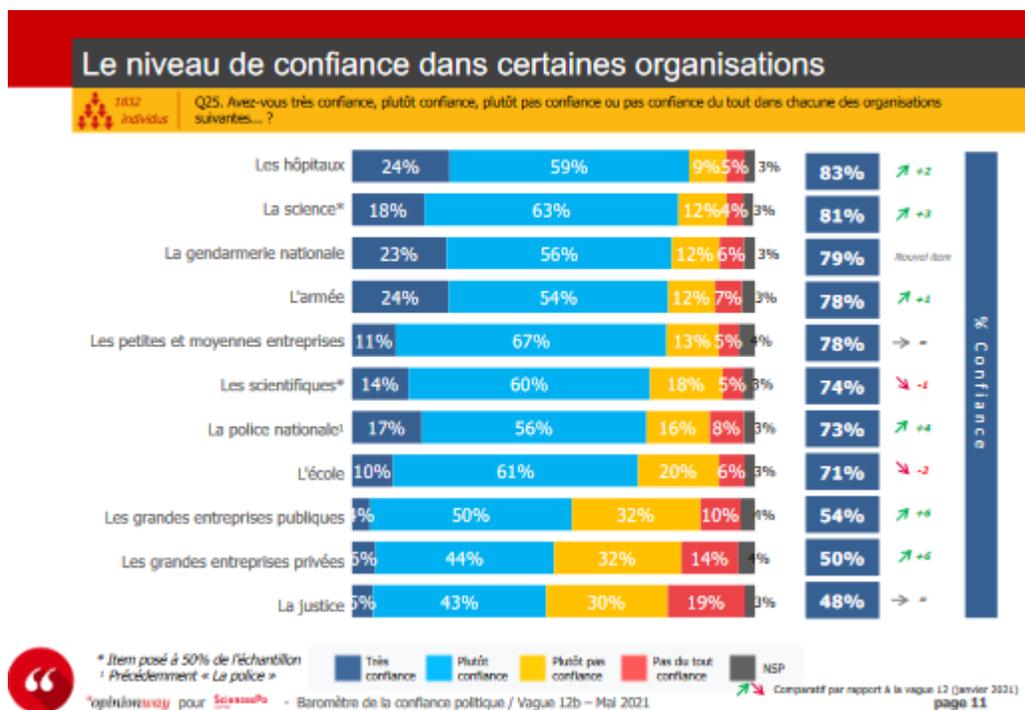
Hôpital et École subissent la crise institutionnelle

« On parle, encore, de « déclin de l'institution » que François Dubet analyse en termes de crise du modèle institutionnel. A succédé au modèle de l'Église – qui est la première institution à s'être chargée du « travail sur autrui » – un monde fondé sur la professionnalisation des acteurs et sur la prise en compte croissante des compétences de ceux-ci. Or pour François Dubet, dans la société actuelle qui permet aux individus d'accéder à plus d'autonomie et de responsabilité, le « travail sur autrui », dans sa forme institutionnelle, est voué à un inévitable déclin (2002) ».

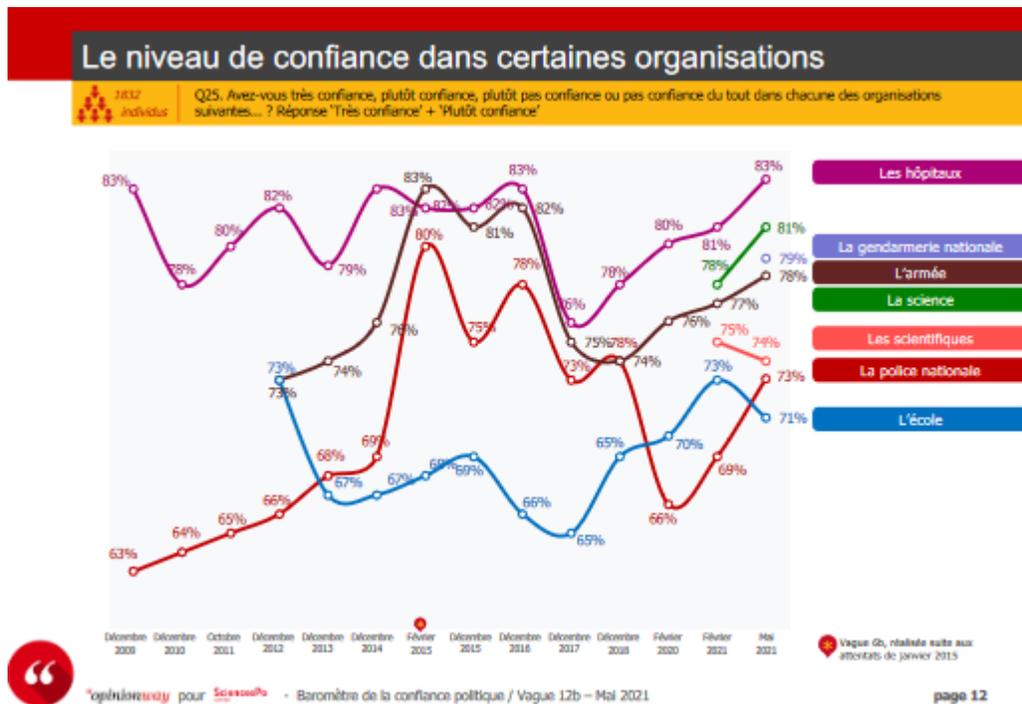
37 Garnier, Bruno. « Présentation. Les métiers de l'enseignement au péril des incertitudes », *Spirale - Revue de recherches en éducation*, vol. 60, no. 2, 2017, pp. 3-11.

Comme le montre la référence à François Dubet que propose Bruno Garnier³⁸, le phénomène de crise institutionnelle n'est pas nouveau et est analysé depuis au moins une vingtaine d'années. Il est en partie lié à ce que nous avons déjà pu dire des évolutions des rapports du public avec ce qui a constitué durant des siècles le pouvoir des institutions. Ainsi, pour ce qui concerne cette étude, les rapports à la santé et au savoir ont évolué. Ils ne sont plus le seul apanage de l'Hôpital et de l'École. Patient.e.s et élèves ont d'autres références et d'autres connaissances, en particulier acquises par le biais de l'Internet et des réseaux numériques (mais aussi par les autres médias). Le niveau global d'instruction s'élève et conduit chacun.e à plus de curiosité, plus de connaissances, plus de demandes à être associé. Dans le même temps, ces mêmes institutions ont montré leur limites, dévoilant qu'elles étaient faillibles. Alors que longtemps la France s'est considérée comme possédant le meilleur système de santé et d'enseignement, les difficultés de fonctionnement et de résultats ont mis en évidence que cela n'était pas une évidence et, qu'au mieux, ces systèmes étaient perfectibles et nécessitaient d'être améliorés.

La crise institutionnelle est donc une crise de confiance.



Le baromètre de la confiance politique du CEVIPOF³⁹ montre dans le tableau ci-dessus que l’Hôpital, très largement en tête, et l’École conservent un haut niveau de confiance parmi les Français.e.s interrogé.e.s. Mais les courbes de comparaison mettent également en évidence les fluctuations survenues depuis 2009 et systématiquement à la baisse par rapport à ces deux institutions qui, en plus de 15 ans, n’ont pas dépassé un niveau de confiance proche ou égal à celui actuel : 83 % pour l’Hôpital (comme dans la dernière livraison), 73 % pour l’École (en 2012 et février 2021 soit 2 points de moins que dans la dernière vague).



Ainsi si la confiance demeure dans l’Hôpital et l’École, elle stagne et peut même s’éroder légèrement, signe à la fois d’une satisfaction partielle et d’une demande d’amélioration du "service" rendu.

Dans ce contexte, les pouvoirs publics et les gouvernements successifs ne sont pas restés inactifs. Bien au contraire, les réformes se sont succédées, en grand nombre et souvent rapidement, sans pour autant produire les effets escomptés.

39 CEVIPOF, Baromètre de la confiance politique, vague 12B, mai 2021
[https://www.sciencespo.fr/cevipof/sites/sciencespo.fr.cevipof/files/Barome%cc%80tre%20Vague%2012%20bis%20-%20VERSION%20FINALE%20\(pour%20mise%20sur%20le%20site%20CEVIPOF\).pdf](https://www.sciencespo.fr/cevipof/sites/sciencespo.fr.cevipof/files/Barome%cc%80tre%20Vague%2012%20bis%20-%20VERSION%20FINALE%20(pour%20mise%20sur%20le%20site%20CEVIPOF).pdf)

C/ Des réformes jamais (totalement) abouties

« Le surinvestissement de la société française dans l'éducation – eu égard au déterminisme lourd des diplômes sur les trajectoires professionnelles – et dans la santé – eu égard à l'éthique de la vie comme bien suprême – a pour conséquence l'empilement de réformes peu ou pas évaluées, aux conséquences bureaucratiques dont la sociologie a bien documenté les cercles vicieux, quand il ne s'agit pas purement et simplement d'effets d'annonce et de politiques symboliques (Edelman, 1985).»

écrit Frédéric Pierru en introduction d'un dossier consacré à l'Hôpital⁴⁰. Il illustre bien le fait qu'au vu de l'importance qu'occupent la santé et l'éducation en France mais aussi de leur caractère centré – hospitalo-centré pour la santé, scolaro-centré pour l'éducation - chaque ministre qui en a la charge se sent en devoir de les réformer. En découle une succession de réformes plus ou moins importantes, produisant des modifications dans le fonctionnement de ces deux institutions mais ayant également des impacts sur leurs publics et leurs personnels.

Il ne s'agit pas ici de lister, encore moins d'étudier, les différentes réformes qui se sont succédées concernant l'Hôpital et l'École, mais de montrer combien cette accumulation de modifications ne permet ni une lisibilité des buts recherchés, ni -surtout – une efficacité des transformations souhaitées.

Au mieux, l'inertie des systèmes permet d'amortir les chocs et de lisser les évolutions. Dans le cas contraire, la crise se poursuit, voire s'amplifie jusqu'à nécessiter une nouvelle réforme.

Épidémie de réformes à l'Hôpital

Le tableau ci-dessous proposé par Renaud Gay⁴¹ illustre quelques-unes des réformes récentes de l'Hôpital et leurs conséquences.

40 Pierru, Frédéric. « Introduction. L'administration hospitalière, entre pandémie virale et épidémie de réformes », *Revue française d'administration publique*, vol. 174, no. 2, 2020, pp. 301-315.

41 Gay, Renaud. « La réforme hospitalière, creuset d'une administration spécialisée. Analyse de la formation et des transformations de la direction des hôpitaux (1970-2010) », *Revue française d'administration publique*, vol. 174, no. 2, 2020, pp. 329-349.

Sans entrer dans les détails, le tableau illustre à la fois la perte d'influence de la direction des hôpitaux au ministère de la Santé et la montée en puissance des établissements dans une relative autonomie limitée par les questions de rentabilité financière. L'Hôpital est progressivement structuré pour « *faire de l'argent* » ou tout au moins « *ne pas en perdre* ».

Tableau n° 1. Les effets des réformes hospitalières sur l'évolution du domaine et des capacités d'intervention de la DH ¹⁸

	Une fragile invention administrative (années 1960-1970)	L'acquisition d'une puissance sociale (années 1980-1990)	Une administration stratégique contestée (années 2000-2010)
<p>Réformes emblématiques</p> <p><i>Principaux instruments (règles institutionnelles dominantes)</i></p>	<p>Loi portant réforme hospitalière de 1970 Expérimentations des règles de tarification Loi de 1979 relative aux équipements sanitaires</p> <p><i>Carte sanitaire et tarification éclatée des hôpitaux</i></p>	<p>Programme hospitalier de la gauche (1981-1986) Loi portant réforme hospitalière de 1991 Plan de réforme de la sécurité sociale de 1996</p> <p><i>Contrats, projets et indicateurs quantifiés de financement (PMSI, etc.)</i></p>	<p>Plan Hôpital 2007 Loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009</p> <p><i>Tarifification à l'activité, organisation en pôles</i></p>
<p>Territoire d'intervention sur le système hospitalier</p> <p><i>Luttes administratives de territoire</i></p>	<p>Fragmentation</p> <p><i>Concurrences territoriales (DH vs DGS et DSS)</i></p>	<p>Concentration</p> <p><i>Consolidation territoriale de la DH</i></p>	<p>Tendance à la partition</p> <p><i>Contestations territoriales (DHOS vs DSS)</i></p>
<p>Position de la DH dans la production des règles</p> <p><i>Effet des réformes sur les capacités de la DH</i></p>	<p>Fortes interdépendances</p> <p><i>Création de capacités parcellaires et de faible portée</i></p>	<p>Contrôle relatif</p> <p><i>Accumulation de capacités expertes et organisationnelles</i></p>	<p>Marginalisation</p> <p><i>Démonétisation partielle des capacités administratives</i></p>
<p>Dynamiques politiques indépendantes des réformes hospitalières</p> <p><i>Effets sur l'organisation de la DH</i></p>	<p>Fusions administratives dans le secteur sanitaire ; orthodoxie budgétaire des Finances</p> <p><i>Création de la DH par regroupement de services : fusion DGS/ DH</i></p>	<p>Alternance électorale et gouvernement de coalition</p> <p><i>Éclatement de la direction générale de la santé et des hôpitaux</i></p>	<p>Réorganisations « stratégiques » et « coordonnées » de l'administration</p> <p><i>Transformation en DHOS puis en DGOS</i></p>

L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) présente dans un document de juin 2021 les réformes hospitalières en France⁴². On doit retenir ici les plus récentes :

- 1851 : l'autonomie des hôpitaux et la reconnaissance d'établissements privés
- 1941 : le début de l'étatisation des hôpitaux
- 1958 : la réforme hospitalo-universitaire
- 1960 : la sectorisation psychiatrique et le début de l'anti-asile
- 1970 : les premiers jalons d'un système hospitalier
- 1991 : le planisme hospitalier
- 1996 : la régionalisation étatique et la reconfiguration des établissements de santé
- 2002 : les droits des malades, contrepoint du pouvoir médical
- 2005 : la nouvelle gouvernance
- 2009 : la Loi Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST)
- 2016 : la Loi de modernisation de notre système de santé

Ce rapide inventaire montre à la fois la démultiplication des réformes et leur accélération. Il met également en évidence la main mise de l'État sur le fonctionnement hospitalier.

Dans un article de Léa Guedj publié le 2 avril 2020 sur Franceinter.fr,⁴³ on peut lire l'analyse suivante :

« Malgré la régionalisation des hôpitaux, avec la création en 1996 des agences régionales de l'hospitalisation, devenues agences régionales de santé (ARS), il y a eu "une reprise en main de l'État sur l'administration des établissements hospitaliers". "Dans les faits, l'administration régionale ne fait que mener la politique décidée au niveau de l'État", estime Jean-Paul Domin, qui y voit une gouvernance "étatisée". Le directeur de l'ARS est en effet nommé et révoqué par le ministère de la Santé ».

L'article précise que *« ce mouvement d'étatisation, initié dès 1983 par une suite de lois et d'ordonnances, trouve son aboutissement dans la loi "Hôpital, santé, patients, territoire (HPST)" de 2009, dite "Loi Bachelot" »*. Bien que celle-ci élargisse les pouvoirs du directeur d'établissement (puisqu'il a *« autorité sur l'ensemble du personnel, élabore le projet médical de l'hôpital avec le président de la Commission médicale d'établissement (CME), définit l'organisation en pôles d'activité et nomme les chefs de pôle, avec lesquels il établit un contrat précisant les objectifs et les moyens »*), celui-ci est soumis à l'autorité de l'Agence régionale de santé (ARS) par des contrats pluriannuels

42 <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>

43 <https://www.franceinter.fr/economie/financement-gouvernance-ce-que-20-ans-de-reformes-de-l-hopital-public-ont-change>

d'objectifs et de moyens (CPOM) qui lui octroient « *une part variable de salaire en fonction de ses résultats de gestion* ».

La Loi HPST a également créé un mode de coopération entre plusieurs établissements de Santé sous la forme de Communautés hospitalières de territoire (CHT). La loi de modernisation du système de santé promulguée en janvier 2016 renforce ce mouvement de concentration en rendant obligatoire pour tous les établissements publics de santé (EPS) l'adhésion à un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Le site des ARS précise que "*le principe est d'inciter les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région*"⁴⁴.

L'ensemble de ces mesures tend à reprendre d'une main le pouvoir que l'État avait semblé vouloir déléguer de l'autre aux hôpitaux. "*Au lieu de rapprocher le pouvoir du terrain pour pouvoir innover et répondre véritablement aux besoins de la population, les ARS ont permis à l'État de reprendre le pouvoir*", confirme dans l'article de France Inter Frédéric Bizard, économiste spécialiste des questions de protection sociale et de santé.

À l'École, trop de réformes tuent la réforme

L'École n'est pas en reste quant à la multiplication des réformes.

En introduction d'un dossier sur le sujet, Bruno Poucet et Antoine Prost⁴⁵ interrogent ce qu'est une réforme en Éducation :

« Faire une nouvelle loi ? Entre 1976 et 2013, quatre lois⁴⁶ ont voulu revoir l'orientation générale du système éducatif : qu'en reste-il ? Promulguer décrets, arrêtés et circulaires ? Ils sont si nombreux que les acteurs peinent à la tâche et que beaucoup se demandent parfois s'il faut appliquer un programme ou une mesure qui risquent d'être modifiés dès leur mise en œuvre. Entériner des évolutions en cours ? C'est parfois le cas. À titre d'exemple de ces réformes anonymes, on peut citer l'invention de la dissertation au XIXe siècle ou la généralisation de la notation

44 <https://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>

45 Poucet, Bruno, et Antoine Prost. « La réforme en éducation au XX^e siècle en France », *Carrefours de l'éducation*, vol. 41, no. 1, 2016, pp. 11-15.

46 Loi Haby (1976), loi Jospin (1989), loi Fillon (2005), loi Peillon (2013). Depuis il faut ajouter la loi Blanquer (2019)

sur 20 dans les classes secondaires, la coéducation dans les années 1960 ont procédé d'ajustements locaux à bas bruit que les autorités ont ensuite avalisés.

La réforme s'inscrit dans un temps plus ou moins long. Certaines ont pris quelques années : la mise en place du baccalauréat professionnel (1985) et la suppression des préparations aux CAP en trois ans étaient presque achevées en 1990. D'autres relèvent d'un temps qui déborde très largement celui non seulement des oscillations immédiates de l'histoire politique, mais même des changements institutionnels. Ainsi, dès avant la Première Guerre mondiale, certains enseignants, responsables éducatifs, administrateurs, intellectuels estimaient qu'il fallait engager un processus qui créerait une école unique. D'abord au niveau du primaire (le futur premier degré) : le processus n'aboutira qu'en 1964, avec la disparition des dernières classes élémentaires de lycée. Au niveau du second degré, ensuite : les réformes de 1959, 1963 et 1975 ont bien créé, en quinze ans, un collège « unique », mais la réalisation est incomplète puisque subsiste une organisation en filières concurrentes au niveau du collège. Que l'on juge le projet initial bon ou mauvais, le fait est qu'il n'a pas pleinement abouti et il est l'objet, périodiquement, de remise en cause. Enfin, il pose au niveau du lycée et de l'enseignement supérieur une question récurrente : faut-il ouvrir l'Université à tous (tous les baccalauréats ne permettent pas, dans les faits, d'y réussir avec autant de succès) ou faut-il organiser une orientation qui n'ose pas dire qu'elle sélectionne ?

[...]

Réformer, c'est faire passer le système éducatif (nous adoptons cette appellation qui est utilisée officiellement pour la première fois lors de la réforme Haby) d'un état à un autre, soit dans sa structure d'ensemble (par exemple le passage d'un système cloisonné à un système homogène), soit dans un segment particulier (par exemple, tel programme d'enseignement). Bref, la réforme implique la présence d'un changement important, voire la mise en place d'un nouveau paradigme. Elle peut aussi bien s'installer dans le temps qu'être remise en cause rapidement ».

Ainsi, comme l'illustre cet article, la réforme de l'École est multiple, pratiquement permanente et d'une durée trop variable pour être efficiente. Alors même que le changement précédent n'est pas encore généralisé, la transformation suivante est annoncée : comme ce fut le cas en 2018 pour la réforme du collège voulue par Najat Vallaud-Belkacem, mais supprimée par Jean-Michel Blanquer dès son arrivée au ministère de l'Éducation nationale ou pour la semaine scolaire de 4,5 demi-journées qui demeure la règle mais dont les exceptions (semaine de 4 jours) sont l'immense majorité.

Un tel contexte conduit à deux écueils. Le premier est l'illisibilité de ces réformes et donc leurs impacts négatifs finalement sur la performance même du système scolaire. Le second relève de la saturation des personnels à être confrontés à des évolutions permanentes auxquelles ils ne sont pas associés et n'en comprennent pas le sens. Cela conduit à un sentiment de rejet de toute nouvelle réforme faisant passer le domaine scolaire pour "*irréformable*".

Un des points essentiels que l'article met en évidence est celui du temps. Il est à relier à celui du consensus. En effet, beaucoup de pays se sont, pour réformer en profondeur leur système scolaire, octroyé un temps long, dépassant souvent les clivages et les alternances politiques. Ce fut le cas dans les pays du Nord (Allemagne, Pays-Bas...) après les premiers résultats des évaluations PISA par exemple. Mais comme l'a montré Xavier Pons ainsi que les travaux du CNESEO, il n'y a pas eu de "*choc PISA*" en France. Même si après de nombreuses critiques sur la méthodologie de l'évaluation, les résultats ont fini par être admis, chaque camp politique a maintenu et son explication des causes des difficultés rencontrées par l'École française, et ses remèdes à y apporter. Ceux-ci ne faisant pas accord, nous assistons à une succession de conceptions à la fois différentes, mais souvent opposées et contradictoires de l'École, de ses missions, de ses méthodes et donc de la manière de la réformer. Une bataille politique qui sclérose toute transformation durable et en profondeur.

Quelques points à retenir de cette deuxième partie

L'Hôpital comme l'École bénéficient d'un niveau élevé et relativement de confiance de la part des Français.e.s. Pour autant les deux institutions ne sont pas exemptes de critiques, de nombreux points de dysfonctionnement émaillant leur évolution.

Si leurs missions ont évolué au cours du temps, elles sont aujourd'hui paradoxales :

- d'une part parce qu'elles relèvent, chacune dans leurs spécificités, d'injonctions parfois difficilement compatibles (soigner et prendre soin ; instruire toutes et tous et former une élite) ;
- d'autre part parce que leur public a également évolué en particulier dans son rapport à la santé et au(x) savoir(s).

Pour tenter de mieux adapter l'Hôpital et l'École à ces évolutions, mais également au travers d'un prisme souvent idéologique (économique ou éducatif), de très nombreuses réformes se sont succédées, multipliées et accélérées, sans pour autant assurer une meilleure efficacité aux services rendus.

Ces changements perpétuels sont même de nature à déstabiliser les personnels qui les subissent sans généralement y être associés, les conduisant à un mal-être professionnel, source de refus des réformes et de crise des recrutements.

[3e partie]

Des personnels riches de savoirs professionnels

Si l'Hôpital et l'École ont su maintenir leurs missions de soin et d'éducation lors des premiers mois de la pandémie de COVID-19, cela a été essentiellement possible grâce à l'implication de leurs personnels, davantage qu'aux mesures prises par les institutions. Les professionnels de la santé hospitalière et de l'éducation scolaire sont apparus comme des acteurs essentiels de la société et les difficultés qu'ils rencontrent ont touché le "grand public" comme le gouvernement. Le "Ségur de la Santé" et le "Grenelle de l'Éducation" se veulent des réponses -essentiellement financières et salariales – à leurs revendications. Ces deux réponses ne sont pour autant que partielles, à la fois par le montant des revalorisations prévues et le fait qu'elles ne concernent pas tous les personnels mais surtout parce qu'elles ne s'attaquent pas pour l'instant (ce devrait être le cas d'un "Ségur 2" pour la santé) aux dysfonctionnements structurels.

Sur les 4 "piliers" : « *transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent, définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins, simplifier les organisations et le quotidien des équipes, et fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers* »⁴⁷, constituant les conclusions du rapport final du "Ségur de la Santé" remis au ministre des Solidarités et de la Santé le 21 juillet 2020 par Nicole Notat, aucun n'est réellement abouti à ce jour. Quant aux 12 engagements⁴⁸ issus du "Grenelle de l'Éducation", ils concernent tous la question des personnels, n'abordant qu'à la marge les questions éducatives comme la continuité pédagogique ou la plus grande autonomie pour les projets des établissements.

Les personnels deviennent ainsi le centre des préoccupations – tout au moins affichées – et apparaissent comme la ressource première de l'Hôpital et de l'École. Cette attention particulière et renforcée ne peut masquer l'ensemble des questions qui interrogent leur professionnalité.

A/ Des professionnel.le.s "militant.e.s" ?

Nous avons rappelé en introduction le caractère religieux de la création à la fois de l'Hôpital et de l'École. Si l'Hôpital public comme l'École publique s'en sont largement détaché tant dans leur fonctionnement institutionnel que dans leurs pratiques professionnelles, il n'en demeure pas moins que la notion d'engagement des personnels reste très présente et est volontiers assimilée à celle de vocation.

47 <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/article/segur-de-la-sante-les-conclusions>

48 <https://www.education.gouv.fr/grenelle-de-l-education-12-engagements-pour-renforcer-le-service-public-de-l-education-323387>

Vocations professionnelles

On parle ainsi volontiers de « *crise des vocations* » face aux manques de personnels soignants ou de candidats aux concours de l'enseignement. Travailler dans l'Éducation ou dans le soin hospitalier apparaît comme appartenir à des champs professionnels particuliers, vers lesquels on ne s'orienterait pas par hasard mais par un choix relevant d'une volonté délibérée de servir, d'être utile, de participer à une mission essentielle : soigner, éduquer.

Cette approche est doublement confirmée. D'une part lorsque les personnels sont interrogés, ils affirment majoritairement que leurs métiers et missions ont du sens, même s'ils peuvent regretter une dégradation due aux conditions de travail ou aux nouvelles orientations de leur institution. D'autre part, les plus anciens interrogent volontiers dans les entretiens "*la vocation*" des plus jeunes, des nouveaux personnels, comme si ceux-ci avaient davantage choisi les métiers de l'Hôpital ou de l'École par défaut que par choix. François Dubet souligne combien, malgré la suspicion qui entoure aujourd'hui le terme « *vocation* » parmi les professionnels des institutions sociales, cette référence à un engagement fort de l'acteur reste très présente, comme perception de l'implication des acteurs de l'institution, c'est-à-dire en tant qu'engagement des acteurs reposant sur une adhésion à des convictions⁴⁹. Le risque mis en avant par Pierre Périer, est « *que le « mode du dévouement et du destin », qui est induit par le terme de vocation, masque les changements de conditions et de formes d'exercice des métiers de l'enseignement qui seuls peuvent rendre compte de la désaffection dont ces métiers sont l'objet (2004) »*⁵⁰. La même mise en garde pourrait être formulée pour les personnels hospitaliers.

Métiers féminisés

Autre héritage du passé religieux pour l'Hôpital majoritairement et plus marginalement pour l'École (pour la maternelle ou pour l'enseignement des filles), les métiers du soin et dorénavant de l'éducation sont essentiellement occupés par des femmes. S'il apparaît que dès l'origine des hospices, ce sont les femmes qui ont eu la charge de s'occuper des marginaux et des malades, le métier même d'infirmière a été conçu initialement comme un métier féminin, pour les religieuses, puis des "*filles de bonnes familles*" avant d'être occupé par des "*filles*" sans qualification issues de la campagne et des quartiers populaires. Si Albert Camus dans son roman *La Peste* confie à des infirmiers et

49 Dubet, François, *Le déclin de l'institution*, Paris, Éd. du Seuil, 2002.

50 Cité par Bruno Granier, article déjà mentionné

infirmières des tâches ne nécessitant pas la moindre qualification, Christian Chevandier⁵¹ rappelle que :

« pourtant, le mot, qui un siècle plus tôt désignait (au masculin et au féminin) des travailleurs hospitaliers sans qualification, était en cette après-guerre employé, généralement au féminin, pour désigner du personnel titulaire d'un diplôme d'État obtenu après deux années d'études. Mieux, une loi votée au mois d'avril de cette année 1946 achevait la régulation de l'entrée dans le corps professionnel en rendant nécessaire d'avoir obtenu un diplôme d'État pour exercer en milieu hospitalier. Bref, sous la plume de l'écrivain, comme dans la plus grande partie de la société, l'incertitude régnait aussi bien pour savoir ce qu'était une infirmière (les hommes infirmiers se faisant plus rares, plus illégitimes) que pour désigner précisément une qualification à un moment où les services statistiques travaillaient pour des définitions plus précises ».

Ainsi, ce qui avait été un métier mixte, car non qualifiant, devint dans la première moitié du XXe siècle un métier diplômé et féminin.

Faut-il proposer le chemin inverse pour le métier d'enseignant ? Certes pas exactement, même si effectivement alors que les "*hussards noirs*" de la République sont des hommes, la féminisation se (re)développe⁵² après la seconde guerre mondiale et encore davantage dans les années 1970 avec la massification de la scolarité, le métier perdant de son prestige (supposé) et s'orientant progressivement davantage vers l'éducation que vers l'enseignement. Dans son compte-rendu pour la revue "*Recherche et Formation*" de l'exposition itinérante de l'INRP réalisée par François Jacauet-Francillon (IUFM de Versailles), Marlaine Cacouault (Université de Bourgogne), Martine Kherroubi (IUFM de Créteil), « *Une affaire de femmes ? La féminisation du corps enseignant racontée par la photo de classe, 1890-1990* », Sophie Ernst⁵³ interroge la signification de cette féminisation en se demandant si la femme-professeur est une femme savante ou une version moderne de la parfaite épouse. Elle tend à montrer qu'il s'agit le plus souvent d'un compromis entre les deux. De plus, citant l'exposition, elle précise que :

51 Chevandier, Christian. « Pistes pour une histoire de la qualification des infirmières françaises », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 139, no. 4, 2019, pp. 31-48.

52 Avant la laïcisation, du fait du grand nombre de congrégations religieuses impliquées dans l'enseignement, ce sont les femmes qui sont les plus nombreuses. L'équilibre sera le fruit dès la Laïcisation de l'ouverture d'écoles de filles dont la majorité des enseignantes sont des femmes.

53 Ernst Sophie. *Une affaire de femmes ? La féminisation du corps enseignant racontée par la photo de classe, 1890-1990*. Exposition itinérante de l'INRP réalisée par François Jacauet-Francillon (IUFM de Versailles), Marlaine Cacouault (Université de Bourgogne), Martine Kherroubi (IUFM de Créteil). In : *Recherche & Formation*, N°20, 1995. Images publiques des enseignants. pp. 139-147

« "si le métier d'instituteur connaît cet afflux de femmes, c'est aussi que, dans le nouveau contexte socioculturel des années 60, il paraît relativement peu accaparant : un « faux » temps complet." *Les femmes mariées exercent de plus en plus un travail salarié, et choisissent celui qui leur permet de rester disponibles pour leurs enfants. Martine Kherroubi va analyser "la coexistence de deux images presque inversées du métier d'instituteur : à côté de l'image traditionnelle du métier « pas comme les autres », choisi par vocation, plutôt exercé dans l'esprit d'un véritable sacerdoce laïc que considéré comme un simple emploi rémunéré, s'impose en effet l'image du métier « bien pour les femmes », en raison des rythmes de travail strictement compatibles - si l'on s'en tient aux horaires prescrits - avec les responsabilités familiales d'une épouse et surtout d'une mère".*»

Si, d'une part, les femmes « disent choisir et aimer le métier à cause des enfants, pour l'amour des enfants » et que de l'autre ce métier est désigné comme idéal pour la conciliation harmonieuse entre vie personnelle (de mère de famille) et professionnelle, il peut se révéler porteur de contradictions :

« Ces femmes que sont les institutrices ont souvent une conception particulièrement exigeante du rôle de la mère dans l'éducation, "si bien qu'elles ont tendance à vivre douloureusement un engagement professionnel qui les rend moins disponibles pour leur foyer. Tirillées entre vie familiale et vie de travail, elles ont l'impression de ne donner assez de temps ni à l'une, ni à l'autre". Le métier qui peut apparaître en complémentarité et en continuité du rôle maternel, peut dans les faits entrer en concurrence avec le rôle privé de la mère éducatrice. Exige-t-il trop de sacrifices, au point de contrarier la vie familiale, que devient insupportable la présence continue des "enfants des autres" ».

Comment ne pas faire le lien ici avec les spécificités du travail hospitalier, ses horaires, son travail de nuit qui là aussi peut apparaître comme compatible avec le fait de devoir s'occuper des enfants dans la journée, mais qui devient vite – dans ce double rôle (de mère et de soignante) épuisant. Travailler de nuit n'est pas sans risque pour les soignants et pour leurs vies personnelles. En effet, cela permet, comme c'est souvent mis en avant, aux infirmières de s'occuper de leurs enfants le jour, si tant est qu'elles soient assez reposées, mais cela expose également à des décalages avec le conjoint et peut rendre la vie familiale « particulièrement compliquée » indique la synthèse sur le travail de nuit des infirmiers et ses effets sur les conditions de vie, les pratiques professionnelles et la qualité des soins, réalisée par Cécile Betout et son équipe⁵⁴. Elle précise également au-delà des aspects personnels que

54 Betout C, Cardi C, Morvant E, Panissier S. Le travail de nuit des infirmiers : effets sur les conditions de vie, les pratiques professionnelles et la qualité des soins [Diplôme de Chef de projet en ingénierie documentaire]. Paris : INTD ; 2007.

« travailler de nuit comporte des risques pour les soins en raison de la fatigue et des possibles manques de communication avec les équipes de jour » et que le travail de nuit n'étant pas « naturel », il « a des conséquences également sur la santé des soignants, notamment avec une dérégulation du rythme circadien, des heures de repas décalées qui favorisent le grignotage et le risque d'accident du travail qui augmente durant ces heures de travail ».

B/ Un travail collectif confronté à une structuration hiérarchique

L'École comme l'Hôpital constituent des espaces collectifs de travail. Sont-ils pour autant des espaces de travail collectif ? Si le travail en équipe est souhaité et souhaitable, il n'est pas toujours réalisé, même si ici il nous faut distinguer un peu plus précisément, étant donné leurs différences d'organisation et de fonctionnement, les établissements scolaires des établissements hospitaliers.

La place prépondérante de l'enseignant.e et de l'enseignement

L'observation d'un bâtiment scolaire (particulièrement du secondaire : collège ou lycée) est assez révélateur de sa fonction et de l'importance des missions exercées. L'essentiel de la place est occupée par les salles de classe. Il s'agit de l'espace partagé par tous : élèves, enseignant.e.s, personnels de vie scolaire, de service,... Pour autant, une fois la porte de la salle refermée, il s'agit d'un lieu clos où intervient le professeur (seul) face aux élèves. Les autres fonctions - souvent appelées "supports" - sont reléguées dans d'autres espaces : la cantine, les bureaux de l'administration, l'infirmerie... La "salle des professeurs" rend à la fois compte de leur place prépondérante et de leur possibilité de constituer un collectif, même si elle n'est souvent que le lieu de juxtaposition de démarches individuelles : photocopies pour un cours, correction de copies, lecture de documents, stockage de matériel pédagogique dans son casier... Interrogée sur l'incidence du numérique éducatif sur l'aménagement des locaux scolaires, Catherine Becchetti-Bizot⁵⁵ précise que « de nombreuses enquêtes ont mis en évidence l'isolement des enseignants français et leur difficulté à travailler en équipe. Cet isolement constitue un frein à la coopération, à l'expérimentation et à l'essaimage des pratiques. Les salles de professeurs et les Centres de documentation et d'information (CDI), où il est en

55 Becchetti-Bizot, Catherine et Lydie Klucik. « Évolution des modalités de transmission pédagogiques : incidences sur l'espace scolaire dans le 2nd degré », *Administration & Éducation*, vol. 156, no. 4, 2017, pp. 11-19.

général difficile d'échanger, ne sont pas conçus pour des travaux collaboratifs. Ils n'encouragent pas les rencontres ni les initiatives – même s'il faut saluer l'évolution récente d'un certain nombre de CDI en "Centres de connaissance et de culture" et de bibliothèques universitaires s'inspirant des learning centers anglais ou des "Carrefours d'apprentissage" canadiens ».

Ainsi, l'architecture scolaire rend compte d'un mode de fonctionnement plutôt individuel. L'équipe n'existe de fait souvent que lorsqu'elle est statutairement réunie sous la forme d'une équipe pédagogique réunissant les enseignants avec la direction de l'établissement ou d'une équipe éducative devant mettre en place un protocole d'accompagnement pour un.e élève.

Difficile dans ces conditions pour les personnels non enseignants de faire partie intégrante d'un collectif. C'est en partie cet état de fait qui a plaidé en faveur de la décentralisation des agents (de service, d'accueil, d'entretien, de restauration) en 2004. La loi 4D actuellement en débat envisage d'aller au-delà en confiant aux collectivités territoriales « *une autorité fonctionnelle* » sur les gestionnaires des collèges et des lycées qui gèrent les agents. La loi prévoit également de mener une réflexion sur la possible décentralisation de la santé scolaire. Même si une opposition formelle est formulée par le ministère de l'Éducation nationale, celui-ci reste essentiellement le ministère des professeurs ; c'est à eux pour l'essentiel que s'adresse le pouvoir politique (comme en témoignent par exemple la lettre de Nicolas Sarkozy ou les discours des ministres Peillon ou Blanquer...). Les personnels administratifs des établissements scolaires, moins nombreux que les enseignants, se sentent souvent assez peu reconnus dans leur travail. C'est également le cas de l'ensemble des contractuels qui constituent majoritairement les rangs des AED et des AESH. Ces assistants d'éducation « *peuvent être recrutés par les établissements d'enseignement mentionnés au chapitre II du titre Ier et au titre II du livre IV pour exercer des fonctions d'assistance à l'équipe éducative, fonctions en lien avec le projet d'établissement, notamment pour l'encadrement et la surveillance des élèves et l'aide à l'accueil et à l'intégration scolaires des élèves handicapés, y compris en dehors du temps scolaire* » comme le précise la loi de création de leur statut en 2003⁵⁶. Leur fonction d'assistance les définit bien comme venant en aide à l'équipe éducative sans en faire partie intégrante. Or, si longtemps ces fonctions ont été occupées ponctuellement par des étudiants pour financer leurs études, il semble aujourd'hui que les postes d'AED soient occupés par moins de 30 % d'étudiants. Il s'agit donc d'un véritable travail pour la plupart d'entre eux, mais encore précaire et mal intégré à une démarche d'équipe.

Si les enseignants sont au cœur de la mission éducative de l'École, ils sont placés sous l'autorité de personnels de corps d'encadrement : les inspecteurs de circonscription (IEN) pour le premier degré, les chefs d'établissement (perdir) pour le second degré (avec le complément de l'inspection

56 <https://archive.wikiwix.com/cache/index2.php?url=https%3A%2F%2Fwww.education.gouv.fr%2Fbo%2F2003%2F25%2FMENX0300020L.htm#federation=archive.wikiwix.com>

pédagogique par discipline exercée par les IA-IPR). Les résultats comparatifs du baromètre des métiers de l'UNSA Éducation mettent en évidence le malaise des personnels d'encadrement. Celui-ci est confirmé pour les perdus par les travaux récents de Georges Fotinos. Ceux-ci montrent que les personnels de direction « *souffrent à 80 % d'abattement, de dépression ou de perte d'espoir et à 9,5 % de dépression sévère* ». Confrontés à leur rôle d'intermédiaires entre les enseignants de leurs établissements et l'administration du ministère de l'Éducation nationale, ils ont assez mal vécu les réformes et les annonces liées à la crise sanitaire et « *déplorent être souvent informés des changements organisationnels liés à la pandémie par les médias la veille de l'application de ces derniers, voire le jour même par leur ministre. Conséquence : ils sont 92% à faire part de la dégradation massive de leurs conditions de travail* »⁵⁷.

Globalement les corps d'encadrement ont la lourde tâche de faire vivre des collectifs (essentiellement d'enseignants) dans les établissements, les circonscriptions ou entre collègues d'une même discipline alors que le système scolaire est prioritairement organisé comme un mode individuel de travail : l'enseignant seul avec sa classe. Les projets d'école ou d'établissement, bien qu'inscrits dans les textes, sont assez peu valorisés et ne constituent pas un levier suffisant pour induire un travail collectif ; ainsi, par exemple, l'évaluation des établissements (fort discutable au demeurant, voir l'article publié par l'INSEE sur l'évaluation des lycées⁵⁸) reste basée sur les résultats scolaires et les réussites aux examens (DNB et baccalauréat) et ne prennent pas ou peu en compte les projets des établissements, l'implication des équipes pour les mener, la participation des personnels et des élèves. « *Pourtant présenté comme "une grande figure de la modernité" le projet, appliqué aux écoles (ou aux établissements), ne paraît pas faire preuve d'une acceptation ni d'une appropriation forte de la part des personnels, des parents et des différentes instances locales, et même des personnels d'encadrement* », ce constat posé par Joël Rich en 2006⁵⁹ demeure d'actualité, confirmé par plusieurs auteurs qui mentionnent ce fait. Si la proposition portée par Jean-Pierre Obin⁶⁰ qui suggérait « *plus de dix ans après l'obligation faite au corps enseignant français d'élaborer des projets, de "former les personnels d'encadrement au management par les objectifs et au pilotage du système éducatif par les finalités et les valeurs"* » garde sa pertinence, elle n'est en rien suffisante pour dynamiser les projets d'établissement et le travail collectif. L'opposition massive des enseignants à la mise en place de projets interdisciplinaires dans le cadre de la réforme du collège voulue par la ministre Najat Vallaud-Belkacem est la confirmation qu'une impulsion nouvelle reste nécessaire.

57 <https://www.vousnousils.fr/2021/12/03/crise-du-covid-19-le-moral-des-chefs-detablissement-au-plus-bas-656358>

58 Pauline Givord et Milena Suarez Castillo « *Qu'est-ce qu'un bon lycée ? Mesurer les effets établissements, au-delà de la moyenne* » Economie et Statistique N° 528-529, 22/12/2021

59 Rich, Joël. « Autonomies et projets pour les établissements scolaires. Comparaisons avec l'Amérique latine : le cas du Chili », *Carrefours de l'éducation*, vol. 21, no. 1, 2006, pp. 173-184.

60 Obin J.-P. (2001). « Le projet d'établissement en France : mythe et réalité », revue *Politiques d'éducation et de formation*, AFEC/IEEPS, De Boeck Université, p. 9 à 27.

Les clivages de l'Hôpital

Si nous avons montré que l'enseignement et sa figure tutélaire, l'enseignant, se situent au cœur de l'École y compris dans la construction et l'organisation des bâtiments scolaires, il est plus difficile de proposer une analogie similaire avec l'Hôpital. Quel serait l'équivalent de la salle de classe dans un établissement hospitalier : la salle d'opération ou la chambre du patient ? Poser ainsi la question renvoie évidemment à la distinction qui nous a été évoquée dans la première partie entre « soigner » et « prendre soin ». Cela questionne aussi l'évolution de l'Hôpital. "Aller à l'Hôpital" a longtemps été synonyme "d'être hospitalisé", c'est-à-dire selon la définition du CNRTL⁶¹ « admettre quelqu'un dans un établissement hospitalier ; l'accueillir à demeure pour lui donner des soins ». L'« accueillir à demeure » implique une partie « hôtellerie » et des « hôtes ou hôtesse » capables d'apporter les soins nécessaires. Si « hôtel » et « hôpital » ont la même racine étymologique, c'est que tous deux sont des lieux d'« hospitalité », donc d'hébergement. Les évolutions de la médecine ambulatoire, le raccourcissement des durées de séjours et la fermeture de lits conduisent aujourd'hui à faire de l'Hôpital, également, un lieu de soin de passage. Ce n'est pas uniquement le cas des urgences, mais de plus en plus de services dans lesquels les patients viennent pour un examen, une radiographie, une consultation... et repartent chez eux. En parallèle demeure une partie d'hospitalisation pour les malades qui le nécessitent.

	France 2016 Volume et taux de chirurgie ambulatoire	France 2017 Volume et taux de chirurgie ambulatoire	France 2018 Volume et taux de chirurgie ambulatoire	France 2019 Volume et taux de chirurgie ambulatoire	France 2020 Volume et taux de chirurgie ambulatoire	Evolution
Volume de séjours nouveau périmètre ambulatoire avec DS = 0 et ME = MS =8	-3 315 878	3 465 762	3 619 384	3 730 920	3 144 016	-586 904
Taux de chirurgie ambulatoire nouveau périmètre	53,4 %	55,2 %	57,1 %	58,54 %	58,61 %	+0,07 %

61 <https://www.cnrtl.fr/definition/hospitalis%C3%A9>

Le tableau ci-dessus réalisé par l'association française de chirurgie ambulatoire⁶² met en évidence la part de ce type d'opération dépassant 50 % des actes réalisés chaque année. Il montre également la stagnation de son évolution en période de pandémie puisque que « *la Fédération Hospitalière de France (FHF) a publié qu'en 2020, 900 000 patients chirurgicaux avaient été déprogrammés, dont 300000 prévus en ambulatoire* ».

Ces premières données permettent de distinguer l'activité menée dans les services où les patients sont « *hospitalisés* » (hébergés) et celle où ils ne sont que de passage (moins de 12 heures pour les soins ambulatoires).

La seconde distinction est à introduire entre médecine et soin. Après avoir rappelé qu'« *en médecine, faire (ou donner, ou prodiguer) un soin à un patient est un acte effectué par un soignant. Il s'agit de soigner une personne qui souffre. Mais il existe toutes sortes de soins, et toutes sortes de soignants* », le site vocabulaire-medical.fr⁶³ précise :

« Soigner des patients est donc l'apanage des médecins et des paramédicaux. Dans les établissements de santé, on différencie nettement, en particulier sur le plan statutaire, le personnel médical, composé de tous ceux qui ont droit au titre de docteur, et le personnel soignant, seul habilité, avec les médecins, à prodiguer des soins aux patients, à savoir essentiellement le personnel infirmier et aide-soignant. Pour exercer comme soignant, il est obligatoire d'être titulaire du diplôme correspondant ».

Il s'agit donc de distinguer entre le personnel médical (les médecins généralistes et spécialistes) et les personnels soignants (infirmiers et aides-soignants). Il s'agit également d'opérer une différenciation des actes réalisés par les uns et les autres.

Dans la revue *Recherche en soins infirmiers*, Marie-Ange Coudray écrivait en 2008⁶⁴ :

« Les personnes qui soignent... professionnels de la santé, du soin, des professions de soins, médicales, paramédicales, comment les nommer ? Qu'est ce qu'agir en "soignant" ? En étant soignant, se faisant "soignant", se pensant "soignant" ?

62 <https://www.chirurgie-ambulatoire.org/newsletters.html>

63 <https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedie/257-soignant-soin>

64 Coudray, Marie-Ange. « La problématique des soins infirmiers aujourd'hui », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 93, no. 2, 2008, pp. 49-55.

Des missions communes

Chaque professionnel du soin le sait : soigner, prendre soin, va bien au delà du "faire " des actions et met en œuvre dans la communication, une présence, une intention, des signes qui font sens et qui disent à la personne le bon de la relation entre deux humains et le juste des liens que ces humains tissent en ce moment précis pour aider à passer un cap plus ou moins difficile de la vie qui ne peut, pour des raisons diverses, se vivre seul.

Bien évidemment, tout le monde ici, et tous les soignants quand ils y pensent, se sentent du côté de ce soin là, celui qui renvoie à une attitude de rappel et de réveil d'une humanité partagée et d'interaction dans un échange de dons.

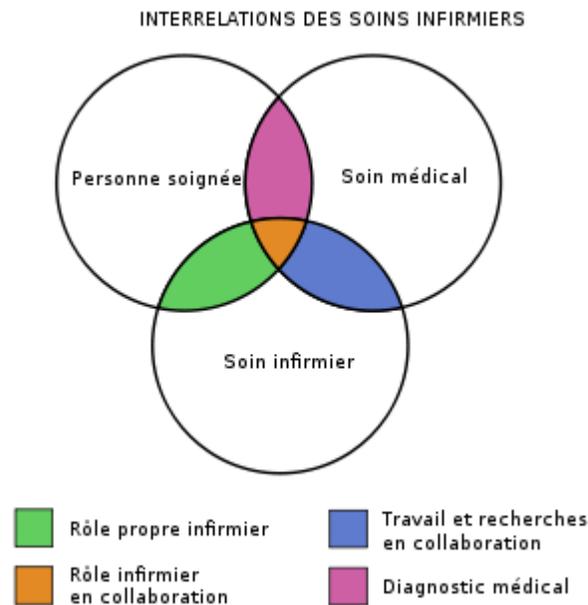
Des actions ensemble

Le plus difficile, c'est de joindre ces valeurs que chacun d'entre nous pense posséder ou du moins voir clairement en soi, et la vie au quotidien dans un "service de soins", c'est-à-dire dans un lieu qui fasse "service", qui "rende" service, ("rendre" service signe l'échange, le don d'un bien qui vous a déjà été fait, quelque chose qui fait "bien, du bien"), que ce service se fasse en institution de soins ou au domicile de la personne.

L'agir soignant se retrouve alors confronté à l'épreuve des faits, du temps, des autres actions, des désirs, des volontés et des intérêts des uns et des autres professionnels ou proches, c'est ainsi que la coopération, la coordination, la coproduction deviennent des enjeux majeurs de la pertinence et de la cohérence des actions, menées en direction et avec la personne qui les attend. Une fois encore, la seule mesure valable du résultat des actions menées est ce que la personne reçoit et peut faire de ces actions. Ce que le soin transforme dans la vie d'une personne, ce que ces actions lui donnent comme occasion d'évoluer dans la connaissance qu'il a de lui même et dans la prise en charge de sa santé, voilà ce que devrait être la préoccupation des soignants ».

L'auteure interrogeait ensuite la notion de « *soins infirmiers* ». Celle-ci s'est depuis largement étoffée d'une littérature abondante, de revues et de la revendication d'une science à part entière. Il ne nous revient pas de trancher la question de l'existence d'une science infirmière. Nous n'en avons ni les matériaux, ni les compétences. Nous reviendrons rapidement sur l'expertise qu'elle suppose dans le chapitre suivant. À ce stade, nous pouvons juste relater qu'à la question posée de nouvelles pratiques professionnelles, une des infirmières interrogées a répondu que cela « *concernait essentiellement les infirmières libérales, les infirmières hospitalières ne revendiquant pas d'étendre leur pratique au-delà*

de leurs missions actuelles ». Celles-ci sont schématisées dans le diagramme ci-dessous, illustrant à la fois les pratiques menées par les infirmier.e.s seul.e.s (en propre), les actions conduites en collaboration particulièrement dans le cas de prescriptions ou de protocoles médicaux, ainsi que le travail réalisé avec le(s) patient.e(s) et qui renvoie à ce que nous avons pu écrire précédemment sur le patient-acteur ou sur le patient-expert.



Ce schéma est complété sur Wikipédia par le texte suivant :

« Soins relevant du rôle propre infirmier »

Cette première catégorie regroupe les soins mis en œuvre et évalués de manière autonome par l'infirmier. Ils sont argumentés et consignés dans la démarche de soins infirmiers et sont basés sur ses compétences propres. Ce sont notamment les soins d'accueil et de recueils de données, d'évaluation de la douleur et du degré d'autonomie, de relation d'aide, de surveillance des signes vitaux et de l'efficacité des thérapeutiques, d'éducation thérapeutique, ou encore la réalisation des soins fondamentaux, de la démarche de soins infirmiers avec pose d'objectifs de soins, ainsi que le maintien de l'hygiène hospitalière.

Soins en collaboration

Cette seconde catégorie fait appel aux compétences soins prescrites par le médecin. Ces soins ne sont pas applicables sans un avis médical ou un protocole de soins préalablement établi que l'infirmier peut appliquer dans certaines circonstances, y compris dans le cas d'une urgence vitale. Ce sont, par exemple, la pose d'une perfusion, la réfection d'un pansement, la prise de sang, la mise en place d'une thérapeutique médicamenteuse ou invasive, ou l'assistance à un geste médical comme dans une intervention chirurgicale⁶⁵».

La notion de travail apparaît ici davantage comme le fruit d'une complémentarité des actes, au sein de protocoles hiérarchisés et codifiés. Aides-soignants, infirmiers, médecins ont chacun leur rôle à tenir et « *leur partition* » à jouer dans le concert du soin. Si les équipes sont "naturellement" (de par la diversité des métiers requis) pluri-professionnelles, elles agissent davantage comme des successions d'actions que comme des coopérations.

« *Quand on peut travailler en équipe avec les aides-soignantes ou les médecins c'est idéal. Mais les médecins préfèrent souvent être au bloc plutôt qu'auprès des malades [dans les chambres]* » témoigne une infirmière en chirurgie.

À la distinction entre les métiers et donc les missions s'ajoute également celle entre les différents services. Les difficultés rencontrées lors de la pandémie de Covid-19 illustrent à la fois l'indispensable solidarité entre services pour venir en aide à ceux qui sont les plus saturés en première ligne. Elles mettent aussi en évidence les limites d'une spécialisation trop forte qui a déstabilisé plusieurs personnels soignants devant apprendre et s'adapter vite à intervenir dans un autre service que le leur (par exemple en soins intensifs) avec d'autres pratiques, d'autres actes, d'autres méthodes que les leurs habituellement. La spécialisation (en service) si elle permet une montée en compétences dans certains domaines (nous y reviendrons), peut limiter ou être un frein à la polyvalence.

Enfin, alors que les services hospitaliers sont sous la responsabilité des médecins, la direction des hôpitaux a été confiée à des administratifs gestionnaires. Nous avons déjà évoqué l'impact d'une telle mesure sur le fonctionnement de l'Hôpital, il faut préciser que cela conduit également à de fortes tensions entre deux logiques : celle gestionnaire et comptable d'un côté, celle médicale et de santé de l'autre. Elles ne sont pas toujours compatibles et ont des incidences sur les personnels qui se retrouvent pris entre les deux, alors qu'ils sont trop peu (souvent) associés aux prises de décision.

C/ La difficile reconnaissance de praticiens experts

S'ils sont les forces vives de leurs institutions, les personnels n'en sont pas toujours reconnus et valorisés comme les experts qu'ils sont. Il convient donc pour le dernier axe de cette étude d'interroger en quoi consiste leur expertise, la place qu'elle occupe vis-à-vis de leur administration et comment leurs compétences sont développées par leur formation.

À l'École, une expertise tirillée entre théorie et pratique

« *Les enseignants sont des experts* » affirme le parti « *La République en marche* »⁶⁶. Par rapport à ce que nous avons pu analyser plus haut, on peut constater une fois de plus qu'il ne s'agit que des enseignant.e.s et que les autres personnels de l'École ne sont pas cités. En se concentrant sur les seuls enseignants, le parti présidentiel - confirmant dans ce message « *la révolution de la formation et de l'Éducation* » mise en œuvre durant le quinquennat qui s'achève et revendiquée par le président de la République – s'inscrit dans une approche scolaire centrée davantage sur l'enseignement que sur l'Éducation. La question pourrait donc être de savoir de quoi les enseignants sont experts selon lui.

Le référentiel des compétences professionnelles et des métiers du professorat et de l'Éducation, proposé par le précédent gouvernement dans l'arrêté du 1^{er} juillet 2013⁶⁷, introduisait la notion de « *praticien expert* », distinguant d'un côté les compétences de maîtrise des disciplines et de la langue française et de l'autre une pratique professionnelle consistant à « *faire classe, ou faire cours* »

Compétences communes à tous les professeurs

Les professeurs, professionnels porteurs de savoirs et d'une culture commune

- *Maîtriser les savoirs disciplinaires et leur didactique*

66 Expression directe, France Inter, 25 décembre

<https://podcasts.apple.com/fr/podcast/expression-directe/id541445231?i=1000546105368>

67 Bulletin officiel du 25 juillet 2013. Arrêté du 1er juillet 2013, Journal officiel du 18 juillet 2013, Le référentiel des compétences professionnelles et des métiers du professorat et de l'éducation

- *Maîtriser la langue française dans le cadre de son enseignement*

Les professeurs, praticiens experts des apprentissages

- *Construire, mettre en œuvre et animer des situations d'enseignement et d'apprentissage prenant en compte la diversité des élèves*
- *Organiser et assurer un mode de fonctionnement du groupe favorisant l'apprentissage et la socialisation des élèves*
- *Évaluer les progrès et les acquisitions des élèves*

« Clamer l'expertise des enseignants c'est reconnaître leur indépendance, c'est accroître le pouvoir et la reconnaissance d'une profession dont la complexité est souvent incomprise » indique François Torchon avant d'ajouter que « pendant longtemps, et encore actuellement dans certains secteurs, on a considéré que les experts de l'enseignement étaient à l'extérieur de la profession. Par exemple, on énonce que l'inspecteur de l'Éducation nationale est un expert du premier degré (1) : par ses activités d'animation pédagogique, il veille à la mise en œuvre de la politique ministérielle. Il inspecte les enseignants et évalue leur travail en équipe, participe à leur recrutement et à leur formation. Les personnels de la formation des enseignants bénéficient aussi d'une reconnaissance comme experts (Faingold, 2001) mais leur expertise croise-t-elle toujours celle des enseignants ? Voilà posé le problème et le principal motif pour lequel la compétence enseignante doit être étudiée et reconnue comme celle des experts d'autres professions. La recherche sur l'expertise enseignante a pour but d'amener une reconnaissance de la connaissance pratique, de faire reconnaître plus qu'une profession : une vocation à dimension d'excellence. Il est certes nécessaire de reconnaître les compétences et l'expertise des maîtres formateurs et des responsables de la formation au sein des directions (Villemin, 2003) ; il n'en reste pas moins que les enseignants de terrain développent une "expertise" à part entière »⁶⁸.

Le risque de cette affirmation d'une expertise est d'introduire une distinction, voire un clivage, entre d'un côté la théorie (l'enseignant savant, détenteur d'un savoir, maîtrisant une discipline et des connaissances) et de l'autre la pratique (l'enseignant pédagogue, animateur du groupe classe et maîtrisant des processus d'apprentissage). L'article du québécois Yves Lenoir sur l'enseignant expert⁶⁹ illustre bien ce risque :

« L'enseignant expert détiendrait des caractéristiques spécifiques qui lui seraient exclusives et qui le démarqueraient de l'enseignant débutant. Ces attributs de

68 Torchon François. « Le nouveau visage de l'enseignant expert ». In : Recherche & Formation, N°47, 2004. La construction de l'expert. pp. 89-103; doi : <https://doi.org/10.3406/refor.2004.1932>, https://www.persee.fr/doc/refor_0988-1824_2004_num_47_1_1932

69 Lenoir Yves, « L'ENSEIGNANT EXPERT, Regard critique sur une notion non dépourvue d'intérêt pour la recherche sur les pratiques enseignantes », in Recherche & Formation n°47, 2004

l'expertise se dégageraient de l'expérience de l'enseignement, des pratiques effectives. C'est donc par ses savoirs d'action – des routines, des tours de main, des structures conceptuelles interprétatives, etc. – qui lui permettraient de mieux organiser sa pensée et de mieux guider son action que l'enseignant expert se différencierait de l'enseignant novice. Il s'en différencierait également par sa plus grande autonomie, une meilleure intégration des savoirs à enseigner et ses capacités à adopter une approche de résolution de problèmes pour mieux contrôler sa classe et prendre des décisions éclairées ».

Pour François Torchon, ce risque s'accompagne d'un second, très perceptible dans les approches de la formation des enseignants et consistant à ne valoriser que l'apprentissage et la maîtrise d'une discipline, « *seule compterait vraiment la formation disciplinaire : le savoir déclaratif aurait valeur d'expertise sur le terrain du discours* ». L'expertise professionnelle serait, elle, acquise par l'expérience, c'est-à-dire par la pratique et le terrain : « *cette bonne vieille idée des milieux conservateurs est que le métier s'apprend sur le tas, l'expérience ne se mettrait pas en mots* ». Bien que déjà ancienne, cette réflexion ne cesse d'alimenter les querelles sur la pédagogie et la remise en cause régulière du caractère scientifique des sciences de l'Éducation. Les apports des neurosciences peuvent faire croire dans certains cas que les apprentissages sont des réponses automatiques à des stimulations et qu'il suffirait d'agir sur la bonne zone du cerveau pour que celui-ci apprenne.

L'expertise professionnelle des enseignants nécessite donc d'être davantage définie comme une imbrication d'un contenu et d'une pratique développant des compétences qui concernent à la fois la ou les disciplines enseignées, les démarches et mécanismes d'apprentissage, la conduite d'un groupe, les apports du développement physique et psychologique des enfants et des jeunes, la connaissance institutionnelle et la capacité à travailler en équipe.

Ce dernier point interroge également la reconnaissance de l'expertise des autres professionnels de l'École. Celle-ci également peut être scindée, distinguant d'un côté la compétence technique liée au métier (comptable, secrétaire, chef d'établissement, CPE...) et de l'autre la spécificité à l'exercer dans le milieu scolaire et donc de participer à l'action éducative. Pour le dire autrement, la question est de savoir si un.e secrétaire, par exemple, exerce le même métier partout ou si son exercice est particulier dans le cadre scolaire. Répondre positivement à la spécificité éducative revient à reconnaître une expertise qui ne peut se limiter aux seules compétences professionnelles de bases du métier de secrétaire, mais de la penser articulée à la mission d'éducation. Cela interroge la formation de l'ensemble des personnels non-enseignants, mais également la prise en compte professionnelle de cette dimension (dans leurs missions, dans leurs "*fiches de poste*", lors des entretiens professionnels, dans leurs évaluations, dans leurs demandes de formation continue...). Pour reprendre une question d'actualité, décentraliser la santé scolaire et la confondre avec d'autres services de santé et de

prévention (comme la PMI par exemple) serait méconnaître, nier et surtout retirer la dimension éducative des médecins et infirmier.e.s scolaires.

À l'inverse, la reconnaissance d'une expertise croisée entre les compétences de bases d'un métier et la spécificité de son exercice en milieu scolaire, implique également pour les corps d'encadrement que le fait d'avoir été enseignant.e.s, ne peut suffire pour développer la totalité de l'expertise professionnelle d'un inspecteur ou d'un chef d'établissement.

Ainsi conçue, comme à la fois technique et éducative, l'expertise donne une autonomie d'action aux personnels de l'École que souvent les pouvoirs publics et le ministère de l'Éducation nationale ne sont pas prêts à leur accorder.

À l'Hôpital, entre "cure" et "care"

L'expertise en santé ou en soin est essentiellement médicale. Elle était liée au médecin, à sa capacité de diagnostiquer, de prescrire, éventuellement d'intervenir (comme dans le cas d'une "intervention chirurgicale"). Or, comme le précisent Marc Dumas, Florence Douguet et Youssef Fahmi, si « *pendant longtemps, la qualité et la sécurité des patients ont été considérées comme essentiellement une affaire de connaissances et de compétences individuelles et notamment d'expertise médicale, il est aujourd'hui admis et reconnu que l'organisation des services, des équipes, la capacité des acteurs à travailler ensemble efficacement sont indispensables pour la qualité des actes médicaux et des soins et la sécurité des patients* »⁷⁰.

Dans leur revue de littérature sur l'équipe hospitalière, les auteurs mettent en avant l'interdépendance des professionnels. Ainsi, « *pour Schweyer (2010), les professionnels sont d'autant plus dépendants les uns des autres que le mouvement de spécialisation s'accroît et que les frontières entre spécialités, autres professions de santé et « nouveaux métiers » sont instables. La délégation des compétences est aussi à l'ordre du jour. Elle interroge directement l'identité des médecins et la définition de leur « vrai métier », mais aussi celle des infirmières soucieuses d'être reconnues comme des partenaires à part entière et non comme de simples exécutantes. Les aides-soignants (AS), qui font le « sale boulot » et que Arborio (2001) qualifie de personnel invisible, cherchent à investir l'espace des relations avec les malades, au prix parfois d'une tension avec les infirmières* ».

70 Dumas, Marc, Florence Douguet, et Youssef Fahmi. « *Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ?* », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, vol. 20,5, no. 1, 2016, pp. 45-67.

Interrogée, une aide-soignante témoigne de l'ambiguïté de leur situation : « *il y a des actes que nous ne sommes pas autorisées à faire en journée, qui sont réservés aux infirmières, mais nous pouvons les réaliser la nuit, faute de personnel, pour ne pas mettre les patients en danger* ». Cela pose effectivement la question de la reconnaissance de leurs compétences, variables selon les moments de la journée et la présence ou non du nombre suffisant d'infirmières. Plus positif, « *des chercheurs de l'Inserm, une équipe soignante de la réanimation neurologique de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière AP-HP dirigée par le Dr Sophie Demeret, ainsi qu'une équipe du département de neurophysiologie clinique de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière AP-HP et du laboratoire "Picnib Lab" à l'Institut du cerveau et de la moelle épinière dirigé par le Pr Lionel Naccache, professeur de physiologie à Sorbonne Université* », ont révélé que l'expertise du personnel soignant en permanence au contact des patients tout au long de leur hospitalisation contribuait à améliorer le diagnostic des patients en état de conscience altérée. Ainsi le ressenti subjectif des soignants, et particulièrement de l'équipe des aides-soignants, permet de mesurer l'état de conscience du patient et d'intervenir de ⁷¹manière plus précise que le seul diagnostic médical.

Nous avons déjà évoqué la notion de sciences infirmières. Elles correspondent à l'évolution des compétences professionnelles et de la profession infirmière qui évoluent sans cesse et connaissent des transformations majeures en France depuis quelques années. Cette pratique infirmière avancée a récemment reçu une reconnaissance à la fois dans la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 et ses textes d'application parus en juillet 2018 et « *d'autre part la création le 30 octobre 2019 de la section « sciences infirmières » n° 92 du Conseil national des universités (CNU). Ce décret ouvre la voie au développement de la recherche et de l'enseignement en sciences infirmières dans le milieu académique en France* »⁷².

Ces expertises des personnels soignants s'inscrivent dans une approche du soin venant compléter et parfois se substituer à l'activité médicale. Elles relèvent donc pour beaucoup de ce que recouvre le terme anglais de « *cure* », dans lequel on reconnaît la racine latine *curare* « *soigner* », également présente dans les mots français « *cure* », « *curatif* », voire « *curatelle* ». Pour autant, les professionnels de santé développent également des compétences relationnelles. Celles-ci sont identifiées sous le vocable anglophone « *care* » que l'on pourrait traduire par « *l'attention* » portée auprès des patients. Même si elle ne bénéficie pas de la même reconnaissance que celle des actes thérapeutiques, cette approche est de plus en plus mise en avant dans son lien avec le soin. Dominique Lecourt écrit ainsi : « *La médecine scientifique contemporaine avait contribué à dévaluer la notion de soin. À l'hôpital, le personnel « soignant » - celui qui vous demande de quitter la chambre*

71 L'expertise des soignants contribue à améliorer le diagnostic des patients en état de conscience altérée
Communiqué | 25 févr. 2019 - 17h50 | Par INSERM

72 Cartron, Emmanuelle, et al. « Les sciences infirmières : savoir, enseignement et soin », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 140, no. 1, 2020, pp. 77-96.

du malade pour les « soins » - apparaît clairement subordonné aux décisions des médecins et des internes, seuls porteurs de science. [...] Voici maintenant le soin qui s'impose à l'attention. Il ne s'agit pas seulement de l'hommage toujours rendu au dévouement du personnel et de la mention, comme en passant, des petits gestes qui allègent humblement la souffrance du patient. Ce qui est en jeu, c'est la redécouverte du socle anthropologique sur lequel la médecine - toute médecine - fonde son humanité et son efficacité.⁷³ » .

Si de nombreux travaux étudient les relations entre le « care » et le soin, la revue de littérature proposée par Isabelle Remy-Largeau⁷⁴ démontre que le lien avec les soins infirmiers est tenu voire inexistant. Elle conclut avec les travaux de Céline Lefève : « [...] nous entrons désormais dans la seconde phase du moment contemporain du soin qui appelle à penser la médecine et le soin du point de vue des sujets soignants. Il s'agit non seulement d'affirmer l'essence soignante de la médecine, mais aussi de penser et d'étudier la spécificité, la diversité et la complexité des pratiques de soin.⁷⁵ » et précise « qu'il ne s'agit pas seulement de penser "pour" les praticiens du soin reconnus dans leur diversité, mais aussi et surtout d'accepter d'apprendre d'eux et de penser "avec" eux ». Cette réflexion fera l'objet de notre conclusion.

Quelques éléments à mettre en évidence dans cette troisième partie

L'étude des compétences professionnelles des personnels de l'Hôpital comme de l'École relève d'un paradoxe. Celui à la fois de professions identifiées avec des missions précises mais d'une expertise peu reconnue et peu valorisée.

Cette difficulté de reconnaissance est liée d'une part à l'organisation des différents niveaux de hiérarchie qui structurent, mais parfois aussi sclérosent, ces institutions. Elles naissent aussi d'une absence ou d'un retard d'identification d'un contenu professionnel et scientifique (les sciences de l'Éducation d'une part ou les sciences infirmières, par exemple).

Ainsi le risque d'opposition entre théorie et pratique peut apparaître comme contre-productif pour cette reconnaissance, impliquant finalement que l'apprentissage des gestes professionnels pourrait se faire seulement sur le terrain et relever de la seule expérience et non d'une formation qui articule les

73 Lecourt, Dominique. « Avant-propos », Lazare Benaroyo éd., *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*. Presses Universitaires de France, 2010, pp. 1-2.

74 Remy-Largeau, Isabelle. « Philosophie du soin, care et soins infirmiers : Une revue de littérature pour une recherche au carrefour de la philosophie et du soin », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 107, no. 4, 2011, pp. 49-59.

75 LEFEVE C. Réflexions épistémologiques sur les sciences humaines, la médecine et les sciences en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2010 ; 102 : 4-11.

différents savoirs (à la fois des théories scientifiques, de l'épistémologie ainsi que de l'expérience pratique).

Enfin, la spécificité des personnels de l'École et de l'Hôpital reste leur capacité à agir « *avec* » (les élèves, les patients) et il convient donc aussi d'interroger la capacité de leurs institutions à faire « *avec* » eux.

[Conclusion]

Des personnels actrices et acteurs
du changement

Malgré les nombreuses réformes dont elles ont fait et font encore l'objet, l'Hôpital comme l'École sont deux institutions qui traversent des difficultés importantes, de natures multiples et qui, tout en prenant en compte leurs différences, sont pour beaucoup très semblables.

L'Hôpital et l'École riches de leurs personnels

La pandémie de Covid-19 a mis en évidence ces difficultés qui la précèdent largement mais ont été révélées au grand public, amplifiées dans leur importance et aggravé dans leurs conséquences par la crise sanitaire en découlant.

Les trois temps du Covid

Dans l'École, ce qui a été appelé la « *continuité pédagogique* »⁷⁶, et qui a essentiellement correspondu « à l'enseignement à distance en temps de Covid-19 »⁷⁷, est vite apparu comme difficile à assurer. Dans la majorité des cas, les personnels et particulièrement les enseignant.e.s ont imaginé des stratégies afin de maintenir le contact avec leurs élèves, souvent en dehors des outils, proposés souvent tardivement par l'administration de l'Éducation nationale. Cette période de confinement total a surtout mis en évidence deux éléments : la faiblesse de l'utilisation du numérique dans l'enseignement et l'inégalité des élèves face son utilisation, renforçant les inégalités scolaires. Si ces caractéristiques ont été réelles en France, elles l'ont été plus largement dans une grande majorité de pays de l'OCDE, plus ou moins fortement selon les habitudes de travail en autonomie, de manière coopérative et à distance des élèves. Les évolutions du protocole sanitaire ont conduit à des situations plus ambiguës lorsque certains élèves étaient présents en classe et d'autres confinés chez eux. Et l'on constate qu'avec la multiplication des variants de l'infection, le ministère de l'Éducation nationale s'est davantage préoccupé de fixer des règles, souvent complexes, d'isolement, de test, de conditions de retour en classe, que de la « *continuité pédagogique* », surtout alors que les personnels sont autant victimes de la maladie que les élèves.

En ce qui concerne l'Hôpital :

« Ces quarante dernières années, plusieurs réformes allant du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) à la Tarification à l'activité (T2A) ont profondément transformé l'hôpital public français. Les stratégies d'optimisation du budget et de rentabilité, s'appuyant sur la mise en œuvre du nouveau management public, ont généré une pénurie chronique d'équipements et de moyens humains. La gestion et l'idéologie managériale ont pris le dessus sur les « valeurs soignantes ». Des personnels hospitaliers ont régulièrement battu le pavé pour dénoncer les sous-

76 Sur ce sujet, on peut également se référer à l'article d'Alexandra Vié réalisé pour le Centre Henri Aigueperse : <https://centrehenriaigueperse.com/2020/04/15/enseigner-dans-la-rupture-reflexions-sur-les-enjeux-de-la-continuite-pedagogique-en-contexte-de-crise-sanitaire/>

77 [L'enseignement à distance, parent pauvre de la crise sanitaire à l'école \(lemonde.fr\)](#)

effectifs, la suppression de lits, la tarification à l'acte, la non-revalorisation des salaires. Ils ont aussi protesté contre les réformes du Travail et des Retraites.

En mars 2020, l'épidémie de Covid-19 a mis en exergue cette fragilisation de l'hôpital. Abîmés physiquement et psychologiquement par la pénurie de moyens à laquelle ils ont dû faire face quotidiennement et dans l'urgence, indignés par la faiblesse et l'inadéquation des réponses gouvernementales, parfois contradictoires, soignants et soignés sont retournés dans la rue dès la fin du confinement, entre douleur et colère».⁷⁸

Après avoir fourni un effort considérable pour accueillir tous les malades, les soignants ont été victimes à leur tour et de la maladie et de la fatigue, contre-coup de leur engagement.

Ainsi, à l'École comme à l'Hôpital, la situation pandémique s'est traduite par trois temps successifs :

- le premier a été celui de l'engagement des personnels, bien au-delà de la capacité de réaction de leur institution, salué par le "grand public", car au service d'une cause utile à tous ;
- le deuxième s'est traduit par l'accumulation de difficultés, les personnels ne réussissant pas à tout gérer et la « société » leur reprochant de ne pas savoir mieux faire, voire d'être les porteurs et diffuseurs de la maladie (d'abord les soignants et les jeunes, puis les écoles...) ;
- le troisième temps est celui de la saturation, de l'exaspération, de la colère face à des institutions incapables de construire des solutions adaptées et durables (fermetures de lits à l'Hôpital, protocole ingérable à l'École), conduisant à un ras-le-bol des personnels (démissions en masse à l'Hôpital, action dans plusieurs hôpitaux, grève intersyndicale quasi unitaire à l'Éducation nationale le 13 janvier 2021).

Difficile (au moment où ce rapport est rédigé) de prévoir les prochaines étapes, mais le constat est assez évident qu'"au monde d'après" largement évoqué dans les premiers temps de la pandémie et qui devait conduire à une transformation en profondeur des fonctionnements des institutions, des modes de vie et de la société en général, s'est progressivement substituée une volonté de "retour à la normale" davantage interprétable comme le fait de retrouver le monde d'avant la crise et risquant de ne pas être un moteur de changement. Ainsi les premières mesures du Ségur de la Santé ou du Grenelle de l'Éducation n'apportent pas de transformation en profondeur aux difficultés rencontrées par les personnels comme par leurs structures (Hôpital et École).

La plus visible d'entre elles, très importante, même si elle n'est pas la plus essentielle est financière. La France semble dépenser beaucoup d'argent pour son Hôpital et son École, ou plus justement pour son système de soin et pour son système d'éducation. Mais ces sommes rapportées aux nombres de patients et d'élèves pris en charge s'avèrent insuffisantes et inégalement réparties.

78 Billet, Thomas, Leny Dourado, et Agnès Jeanjean. « La colère des blouses blanches », *Techniques & Culture*, vol. 74, no. 2, 2020, pp. 78-79.

À l'Hôpital, tous les services ne coûtent ni ne rapportent un même budget : la tarification à l'acte a donc tout intérêt à privilégier les services et les actes les "*plus rentables*" et y concentrer les investissements. À l'École, le coût de la scolarité est variable selon l'âge des élèves et est bien plus élevé au lycée qu'en classes primaires (et les données concernant l'Enseignement supérieur sont encore plus éloquents) alors même que les recommandations pour lutter contre l'échec scolaire seraient à concentrer sur l'école élémentaire.

Concernant la question financière, il faudrait également évoquer le manque de certaines ressources comme du matériel médical de dernier cri ou des environnements numériques éducatifs... ainsi que la questions des locaux, même si dans ce domaine des progrès ont été réalisés.

Le numérique : un pharmakon pour les personnels

Comme l'a montré Bernard Stiegler dans ses nombreux travaux sur le développement du numérique et à qui nous empruntons le terme de pharmakon signifiant à la fois remède et poison, le numérique est à la fois une aide et une limite dans l'activité professionnelle et pourrait faire à lui seul l'objet d'une recherche (même certainement de plusieurs) dans les domaines de la Santé et de l'Éducation. Nous nous contenterons donc ici d'évoquer quelques aspects en prenant garde à ne pas trop généraliser. En effet, l'usage du numérique est variable d'une structure à l'autre et son développement est inégal.

L'exemple de la télémédecine en est un bon exemple, puisque son déploiement est assez divers selon les hôpitaux. Ainsi l'AP-HP témoigne sur son site du développement progressif depuis 2018 de la télémédecine « *avec des prévisions de développement marquées de la téléexpertise, télésurveillance, et bien sûr de la téléconsultation* ». Celle-ci « *à l'état de pilote sur seulement 12 services de l'AP-HP* » a dû être rapidement démultipliée avec l'arrivée de la crise sanitaire COVID-19 début 2020, afin de « *devenir sans délai une modalité essentielle de prise en charge des patients qui ne voulaient/pouvaient pas se déplacer à l'hôpital* ». Cette accélération a permis de passer de « *12 services pilotes et une centaine d'utilisateurs à plus de 900 services référencés et 11 426 comptes créés en l'espace de quelques semaines* » et a nécessité à la fois la formation des professionnels (essentiellement les médecins) et l'accompagnement des patients. Pour l'AP-HP, le développement accéléré des outils de la e-santé a dorénavant vocation à faire partie de sa palette d'offre., tout en les améliorant « *en travaillant sur leur juste intégration au parcours de soins des patients selon les spécialités et pathologies sur plus de simplicité à l'usage pour les professionnels (lien avec le logiciel métier) et pour les patients, et à l'ouverture vers des modalités innovantes de prise en charge (télé-HDJ, télé-rééducation,) qui feront partie intégrante de la médecine de demain* »⁷⁹. Si ce constat d'avenir peut être largement partagé, il doit être nuancé par le fait que l'ensemble des structures et des services hospitaliers ne sont pas au même niveau de développement, ni

de moyens pour le réaliser à cette hauteur et à cette vitesse. De plus, pour le suivi informatisé des patients, les personnels soignants interrogés ont témoigné à la fois de l'aide de ces outils « *permettant de limiter les erreurs* » et « *assurant mieux le suivi* », mais aussi de sa lourdeur : « *il faut saisir tout ce que l'on fait, cela prend beaucoup de temps... un temps que l'on n'a plus alors pour les patients* ».

La pandémie a également obligé un recours accru au numérique dans le système scolaire et tout particulièrement lors de la fermeture des écoles et établissements scolaires. Là encore, les situations ont été diverses, mais la majorité des études menées sur la situation de cette période pointe le déficit d'anticipation et d'habitude à mobiliser les outils numériques dans le cadre des enseignements. La fragilité des supports (saturation rapide des plateformes...), les difficultés de communication avec les élèves et leur famille, les inégalités entre les élèves du fait de leur niveau d'équipements numériques personnels et familiaux (souvent lié à leur milieu socio-économique) ont rendu difficiles les conditions de la "*continuité pédagogique*" à distance. Si un développement des outils et des formations s'avère indispensable, il se doit d'être corrélé à un apprentissage des formes de travail davantage participatif et coopératif qu'implique l'usage de ses supports et pour lesquelles les élèves français sont mal préparés. Par ailleurs, les logiciels qui sont susceptibles d'accompagner l'ensemble des opérations administratives et de gestions du système scolaire se révèlent souvent inadaptés, lourds dans leurs usages, produisant pour les personnels appelés à les utiliser des pertes de temps et des blocages dans leur travail.

Enfin, il faut constater que, si le recours au numérique s'intègre dans une vision stratégique d'avenir pour les institutions, les personnels sont rarement impliqués - ni même informés - de ses perspectives, aussi se situent-ils davantage comme les consommateurs d'outils mis à leur disposition et devant remplacer les procédures précédentes, plutôt que comme des coconcepteurs d'usages innovants⁸⁰.

La principale difficulté est de fait liée au recrutement et à la rémunération des personnels de l'Hôpital et de l'École. Si ces aspects sont au cœur des dernières réformes gouvernementales, Ségur de la Santé et Grenelle de l'Éducation, il apparaît évident, que même conséquentes, les sommes allouées restent partielles et ne suffiront pas à combler un déficit accumulé depuis plusieurs dizaines d'années.

Or les personnels sont la ressource principale de l'Hôpital et de l'École. Institutions construites essentiellement sur le rapport humain dans l'acte de soin ou d'éducation, elles bénéficient d'une confiance élevée due au professionnalisme de leurs personnels. À la fois ceux visibles en "première

80 Nous renvoyons sur cette dimension aux résultats d'une recherche menée pour le Centre Henri Aigueperse par l'IRES et l'ORSEU que l'on peut consulter ici : <https://centrehenriaigueperse.com/2020/03/20/transformation-numerique-remettre-le-metier-au-centre-de-lactivite/>

ligne" : infirmières et médecins d'un côté, enseignants et corps d'encadrement de l'autre, mais aussi les personnels de soutien techniques et administratifs qui permettent le fonctionnement institutionnel au quotidien.

Les chiffres des personnels

Les graphiques et tableaux suivants donnent un aperçu des effectifs des personnels de l'Hôpital et de l'École.

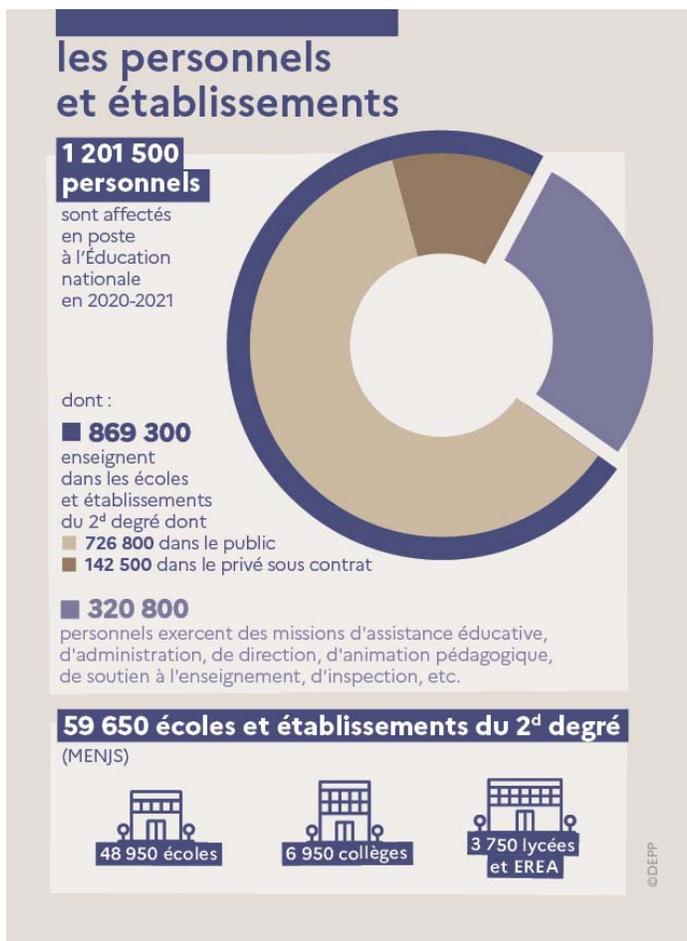
Concernant l'Hôpital⁸¹:

Tableau 1 Effectifs salariés au 31 décembre des secteurs hospitaliers public et privé depuis 2013

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution 2013-2018	Évolution 2017-2018	Évolution 2018-2019
Salariés du secteur hospitalier public	1 046 984	1 053 661	1 054 546	1 053 194	1 051 282	1 048 366	1 050 427	0,1%	-0,3%	0,2%
Personnel médical	128 888	130 830	132 941	133 571	135 301	136 318	138 736	5,8%	0,8%	1,8%
Médecins et assimilés	88 788	89 221	89 713	89 865	90 709	90 877	92 168	2,4%	0,2%	1,4%
Internes et FFI	27 422	28 719	30 274	30 769	31 532	32 284	33 279	17,7%	2,4%	3,1%
Sages-femmes	12 678	12 890	12 954	12 937	13 060	13 157	13 289	3,8%	0,7%	1,0%
Personnel non médical soignant	645 100	648 916	648 065	646 997	643 032	638 606	638 208	-1,0%	-0,7%	-0,1%
Infirmiers	257 978	260 262	260 952	262 756	262 839	263 105	263 247	2,0%	0,1%	0,1%
Aides-soignants	225 091	226 562	227 079	226 705	227 269	226 741	226 748	0,7%	-0,2%	0,0%
Autres personnels soignants	162 031	162 092	160 034	157 536	152 924	148 760	148 213	-8,2%	-2,7%	-0,4%
Personnel non médical non soignant	272 996	273 915	273 540	272 626	272 949	273 442	273 483	0,2%	0,2%	0,0%
Filière administrative	105 844	106 189	106 278	105 468	105 394	105 450	105 371	-0,4%	0,1%	-0,1%
Autres personnels non soignants	167 152	167 726	167 262	167 158	167 555	167 992	168 112	0,5%	0,3%	0,1%

Si le tableau montre une stabilité (+0,1%) des effectifs hospitaliers de 2013 à 2019, il met également en évidence la diversité des situations professionnelles. Ainsi les effectifs des personnels médicaux ont fortement augmenté de 5,8% (jusqu'à 17,7% pour les internes), alors que les personnels soignants non médecins sont moins nombreux (-1,0%) : une baisse qui touche essentiellement les autres personnels hors infirmier.e.s et aides-soignant.e.s.

81 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2005%20-%20Les%20C3%A9volutions%20des%20effectifs%20salari%C3%A9s%20du%20secteur%20hospitalier.pdf>



1 201 500 personnels sont en poste à l'Éducation nationale en 2020-2021

869 300 enseignent dans les écoles et établissements du 2^d degré dont :

- **726 800** dans le public
- **142 500** dans le privé sous contrat

320 800 personnels exercent des missions d'assistance éducative, d'administration, de direction, d'animation pédagogique, de soutien à l'enseignement, d'inspection, etc.

On compte **59 650** écoles et établissements dans le 2^d degré, dont :

- **48 950** écoles
- **6 950** collèges
- **3 750** lycées

Du document ci-dessus⁸², on peut déduire que les personnels de l'École publique sont environ un nombre équivalent de ceux de l'Hôpital public avec 1 059 000 d'agents.

Comme nous l'avons montré dans la première partie de ce rapport, ce sont ces personnels qui accueillent, prennent en charge, dressent des diagnostics, proposent des remédiations, appliquent des protocoles, imaginent des solutions adaptées, assurent le contact avec les familles, cherchent à répondre à toutes les situations...

82 <https://www.education.gouv.fr/l-education-nationale-en-chiffres-2021-324545>

L'Hôpital et l'École en difficulté de reconnaissance de leurs personnels

Ce sont aussi ces personnels qui, faute de choix politiques et institutionnels assumés et définis, sont appelés à réaliser un équilibre entre les évolutions des missions. Ainsi à l'Hôpital, il s'agit pour eux d'articuler le fait de soigner (les maladies) et celui de prendre soin (le bien-être). Quant à l'École, la question est d'instruire (pour faire émerger une élite) ou d'éduquer (toutes et tous).

Pour autant, les deux institutions sont en difficulté pour reconnaître et valoriser leurs personnels.

Ainsi, **la faiblesse des formations**, souvent en changement, est ressentie comme éloignée du terrain et souvent trop théorique. Pour les enseignants, la place du concours conduit à un renforcement d'un travail sur les contenus disciplinaires et universitaires au détriment des approches pédagogiques. Les infirmières interrogées ont toutes regretté que la formation de leurs nouvelles collègues soit souvent en décalage avec la réalité du quotidien.

Parmi les éléments qui constituent des faiblesses de la formation des professionnel.le.s de l'École et de l'Hôpital⁸³, il faut regretter l'absence d'un travail sur la communication⁸⁴ alors même que celle-ci s'inscrit au cœur des compétences professionnelles de plus en plus indispensables. Comme nous l'avons en effet montré dans la première partie, il est terminé le temps où la parole de l'enseignant.e, du médecin, du chef d'établissement, de l'infirmière pouvait se suffire à elle-même, sans aucune interrogation, demande d'explication, voire remise en cause. La hausse du niveau d'instruction et d'information des patients, des élèves et de leurs familles conduit à la nécessité de dire, d'explicitier, parfois même de convaincre. De même, l'implication du patient dans son processus de soin et de l'élève dans son processus d'apprentissage impliquent tous deux des démarches de participation et de "*partenariat*" nécessitant de s'appuyer sur des échanges (se parler), le partage d'un vocabulaire commun (vérifier que l'on parle bien de la même chose), la construction de démarches partagées (agir dans le même sens).

En parallèle de cette nécessité de communiquer et donc de se former à la communication, les professionnel.le.s de l'Hôpital comme de l'École sont caractérisés, nous l'avons vu, par le fait que leur action est à la fois inscrite dans une démarche collective et réalisée par des actes individuels. Une fois le programme fixé, les progressions arrêtées, l'enseignant va intervenir seul auprès de ses élèves. Dans le respect du diagnostic établi et du protocole retenu, l'infirmier.e va réaliser (le plus souvent seul.e) les soins auprès de ses patient.e.s. Nous ne revenons pas ici sur la nécessité de renforcer le travail d'équipe dans les deux institutions, mais nous voudrions y ajouter la nécessité d'une formation à l'auto-analyse. En effet, confronté à la nécessité de décider et d'agir souvent seul, le professionnel

83 Sans approfondir ici ces aspects liés à la formation, nous renvoyons aux travaux de Yasmina Kébir et aux articles qu'elle a rédigés sur ces sujets pour le Centre Henri Aigueperse (en référence dans les deux notes suivantes).

84 <https://centrehenriaigueperse.com/2020/10/02/limportance-de-la-communication-dans-lenseignement-et-la-medecine/>

de l'Éducation ou de la Santé doit pouvoir posséder les outils d'une réflexivité sur ses propres actes : doit pouvoir devenir un "praticien réflexif"⁸⁵, ce qui implique d'y être formé.

L'Hôpital et l'École à la recherche de l'efficacité mais incapables de s'appuyer sur l'expertise de leurs personnels

Alors que, dans le cadre de la campagne électorale des élections présidentielles et législatives, il pose une analyse et des pistes de transformation du système scolaire, le think tank Terra Nova évoque « des similitudes frappantes avec, dans le secteur de la santé [...] dans les années 1990, la notion de "médecine fondée sur les preuves (evidence-based medicine)" », la comparant aux injonctions faites à l'École d'être « efficace ».

« La création de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale en 1989, ancêtre de l'actuelle Haute autorité de santé, avait pour but de formaliser la production de normes de bonnes pratiques en médecine, adossées au progrès de la recherche scientifique publiés dans la littérature internationale. L'évaluation des stratégies et des pratiques médicales, sur des critères de sécurité et d'efficacité évalués dans des essais contrôlés, est alors devenue une composante de plus en plus importante du pilotage du système de santé comme des dispositifs d'assurance maladie. Des protocoles de prise en charge établis et validés en fonction de standards de preuves sont désormais promus dans le cadre de recommandations, de référentiels ou de guides de bonnes pratiques. Le principe est le suivant : pour choisir par exemple la stratégie thérapeutique qu'il prescrit à son patient, le praticien ne se fiera plus à sa conviction, à son expérience, aux leçons de ses maîtres ou à la lecture des brochures que lui envoie l'industrie du médicament, mais au schéma thérapeutique que recommande la HAS en pareille situation, sur la base d'une analyse extensive de la littérature internationale scientifique, régulièrement mise à jour avec, pour standard de qualité optimale des données probantes, les résultats d'essais contrôlés randomisés. Pour désigner l'action publique qui organise la production et la diffusion de ces recommandations de bonnes pratiques médicales, c'est la notion d'évaluation qui a été promue dans les années 1990, avant d'être remplacée par la notion de « qualité » mise en avant dans les années 2000 avec la création de la Haute Autorité de santé en 2004. Cette généralisation de la logique de l'evidence-based medicine n'a pas été sans

85 <https://centrehenriaigueperse.com/2020/07/13/le-praticien-reflexif-aperçu-des-formations-a-la-reflexivite-pour-les-enseignants-et-les-medecins/>

écueils.

Dans un texte fondateur de 1996 paru dans le British Medical Journal⁵, David Sackett – qui fait figure de pionnier du "mouvement" international de l'evidence-based medicine – note que le sujet devient un "hot topic" dans de nombreux pays, sous un double feu de critiques : certains médecins revendiquent, à rebours de ces normes d'efficacité validées par des collègues d'experts invisibles qui seraient des scientifiques plus que des praticiens, leur expertise personnelle de cliniciens, née de l'expérience pratique au contact des patients ; d'autres, de façon connexe, entendent récuser une pratique standardisée censée prévaloir de façon universelle, en considérant au contraire que la médecine, ou l'art médical, tient sa richesse non de son accès au général mais de son adaptation au particulier, qui implique un "espace de liberté" à l'égard des normes. Le débat récent sur l'hydroxychloroquine a réactivé un écho de ces oppositions anciennes entre "liberté de prescrire" ou médecine individualisée d'un côté, et de l'autre normes de bonnes pratiques fondées sur les données probantes »⁸⁶.

Le rapport en conclut que « dans un registre finalement assez proche, la notion de données probantes en éducation déclenche aujourd'hui la critique de praticiens de la classe, qui critiquent simultanément l'uniformisation des pratiques et l'imposition de critères d'efficacité aveugles aux contextes individuels ». Ainsi, ce texte met en évidence, d'une part la proximité entre les domaines de l'Éducation et de la Santé et d'autre part les similitudes de démarches qui viennent affecter les deux secteurs. Sans reprendre l'ensemble des arguments exposés par Terra Nova, nous pouvons pour conclure nous appuyer sur trois éléments qui apparaissent essentiels.

La société française demande à son Hôpital comme à son École d'être efficace, c'est-à-dire de répondre à ses missions de Soins et d'Éducation dont nous avons montré toute l'ambiguïté. S'agit-il de bien soigner, de plus soigner, de mieux prendre soin, de mieux faire progresser la médecine, de permettre de mieux vivre, plus longtemps... ? S'agit-il de mieux instruire, d'enseigner à plus d'élèves, de faire accéder aux études supérieures, de former des citoyen.ne.s, d'émanciper, d'insérer professionnellement, socialement... ? Faute d'avoir des réponses précises de la part des décideurs politiques et institutionnels, la responsabilité repose finalement sur les personnels, à qui il est demandé d'être efficaces sans être reconnus comme de véritables experts, mais davantage comme des militant.e.s, que l'on ne sollicite pas (ou pas assez) dans la mise en œuvre des évolutions, des réformes, voire des transformations qu'il serait indispensable de mettre en œuvre et dont ils seront - in fine – les principaux artisans.

Pour conclure, il nous faut donc redire que malgré leurs spécificités, l'Hôpital et l'École présentent de très nombreuses caractéristiques communes qui ont encore été renforcées par les conditions de fonctionnement liées à la pandémie de Covid-19. En effet, les difficultés déjà présentes dans l'Hôpital comme dans l'École ont été amplifiées et révélées par la situation de crise sanitaire. Si les fragilités des institutions ont été mises en évidence et le questionnement du sens des missions largement posé, il est remarquable de constater que l'on doit à l'investissement, la mobilisation et le professionnalisme des personnels le fait d'avoir pu faire face et maintenir d'un côté les soins et de l'autre l'enseignement.

Pour autant, si les décideurs politiques ont su saluer le rôle de ces personnels de "*première ligne*", il ne semble pas que la mesure des transformations profondes qui apparaissent comme nécessaires, soit totalement prise en compte. Après de très nombreuses réformes qui n'ont pas su répondre à l'ambition d'un système scolaire et hospitalier à la hauteur des enjeux de demain, les Ségur de la Santé et Grenelle de l'Éducation ont - pour l'instant - des réponses, certes nécessaires, mais limitées et insuffisantes.

Si les revalorisations salariales sont indispensables pour redonner de l'attractivité aux métiers de l'Éducation et de la Santé, elles ne suffisent pas à reconnaître et à valoriser l'expertise professionnelle des personnels de l'École et de l'Hôpital, trop encore considérés comme des militant.e.s, au service d'une cause (soigner les autres, éduquer les enfants...), engagés de manière personnelle dans leur manière de servir et corvéables (presque) à merci.

Au-delà des améliorations de leurs conditions de travail et d'exercice de leurs métiers, d'un renforcement de la collaboration en équipe, du développement des outils (médicaux et pédagogiques, dont leur dimension numérique) mis à leur disposition, du renforcement de la formation professionnelle, la réussite de la mutation de l'Hôpital et de l'École ne pourra être menée avec succès que par l'implication des personnels en tant qu'acteurs du changement. Il convient à ce titre que leur reconnaissance passe par leur implication dans la transformation de leur institution et donc par la (re)construction de la raison d'être de leur mission et à leur engagement. À défaut, l'Hôpital et l'École continueront à s'enfoncer dans la crise et leurs personnels demeureront en quête de sens et de reconnaissance.

[Pour aller plus loin]

Bibliographie & annexes

Bibliographie

- Aebischer, Sylvie. « *Réinventer l'école, réinventer l'administration. Une loi pédagogique et managériale au prisme de ses producteurs* », *Politix*, vol. 98, no. 2, 2012, pp. 57-83.
- Becchetti-Bizot, Catherine, et Lydie Klucik. « *Évolution des modalités de transmission pédagogiques : incidences sur l'espace scolaire dans le 2nd degré* », *Administration & Éducation*, vol. 156, no. 4, 2017, pp. 11-19.
- Betout C, Cardi C, Morvant E, Panissier S. *Le travail de nuit des infirmiers : effets sur les conditions de vie, les pratiques professionnelles et la qualité des soins* [Diplôme de Chef de projet en ingénierie documentaire]. Paris: INTD ; 2007
- Bigot, Régis, et Sandra Hoibian. « *L'évolution du bien-être en France depuis 25 ans : un bilan mitigé, une augmentation des inégalités* », *L'Année sociologique*, vol. 64, no. 2, 2014, pp. 331-358.
- Billet, Thomas, Leny Dourado, et Agnès Jeanjean. « *La colère des blouses blanches* », *Techniques & Culture*, vol. 74, no. 2, 2020, pp. 78-79.
- Bisson-Vaivre, Claude, et Martine Kherroubi. « *Parents "gêneurs" ou "acteurs". La place difficile des parents dans l'école* », *Administration & Éducation*, vol. 153, no. 1, 2017, pp. 5-8.
- Bordas, Claire et Denis Adam, Étude longitudinale du baromètre UNSA des métiers de l'Éducation, Centre Henri Aigueperse/IRES, septembre 2021 <http://www.ires.fr/index.php/etudes-recherches-ouvrages/etudes-des-organisations-syndicales/item/6417-barometre-uns-a-des-metiers-de-l-education-etude-longitudinale-2013-2020>
- Bourdieu, Pierre et Jean-Claude Passeron, *Les Héritiers Les étudiants et la culture*, les éditions de Minuit, 1964
- Brémond, Marc, et al. « *Crises et tensions au sein de l'hôpital public : changer la donne ou donner le change ?* », *Les Tribunes de la santé*, vol. 38, no. 1, 2013, pp. 77-94.
- Cartron, Emmanuelle, et al. « *Les sciences infirmières : savoir, enseignement et soin* », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 140, no. 1, 2020, pp. 77-96.
- Cayouette-Remblière, Joanie, *L'école qui classe*. PUF, 2018
- Charlot, Catherine, et Yves Reuter. « *Participer et faire participer : regards croisés d'élèves et d'enseignants sur la participation en classe de seconde* », *Recherches en didactiques*, vol. 14, no. 2, 2012, pp. 85-108.

- Chauvière Michel, (Directeur de recherche au CNRS, CERSA, université Paris 2) Le service public face au service aux publics, Rhizome, 2009 <https://www.orspere-samdarra.com/2009/le-service-public-face-au-service-aux-publics/>
- Chevandier, Christian. « Pistes pour une histoire de la qualification des infirmières françaises », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 139, no. 4, 2019, pp. 31-48.
- Coudray, Marie-Ange. « La problématique des soins infirmiers aujourd'hui », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 93, no. 2, 2008, pp. 49-55.
- Dormont, Brigitte, et Frédéric Pierru. « La tarification à l'activité (T2A) à la française », *Revue française d'administration publique*, vol. 174, no. 2, 2020, pp. 487-497.
- Dubet, François, *Le déclin de l'institution*, Paris, Éd. du Seuil, 2002.
- Dumas, Marc, Florence Douguet, et Youssef Fahmi. « Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, vol. 20,5, no. 1, 2016, pp. 45-67.
- Ernst Sophie. Une affaire de femmes ? La féminisation du corps enseignant racontée par la photo de classe, 1890-1990. Exposition itinérante de l'INRP réalisée par François Jacauet-Francillon (IUFM de Versailles), Marlaine Cacouault (Université de Bourgogne), Martine Kherroubi (IUFM de Créteil). In : *Recherche & Formation*, N°20, 1995. Images publiques des enseignants. pp. 139-147
- Fedor, Marie Christine, et Claire Leysse-Ouvrard. « L'intégration des familles à l'hôpital : quelles attentes et quelles réticences de la part des patients, proches, et soignants ? Une étude en cours au CHU de Clermont-Ferrand », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 89, no. 2, 2007, pp. 58-75.
- Jules Ferry (1832-1893), « *De l'égalité d'éducation* », conférence prononcée à Paris, à la salle Molière, le 10 avril 1870, in *Discours et Opinions de Jules Ferry*, I, Armand Colin et Cie, 1893, p. 287 sqq.
- Garnier, Bruno. « Présentation. Les métiers de l'enseignement au péril des incertitudes », *Spirale - Revue de recherches en éducation*, vol. 60, no. 2, 2017, pp. 3-11.
- Gay, Renaud. « *La réforme hospitalière, creuset d'une administration spécialisée. Analyse de la formation et des transformations de la direction des hôpitaux (1970-2010)* », *Revue française d'administration publique*, vol. 174, no. 2, 2020, pp. 329-349.
- Givord, Pauline et Milena Suarez Castillo « Qu'est-ce qu'un bon lycée ? Mesurer les effets établissements, au-delà de la moyenne », *Économie et Statistique* N° 528-529, 22/12/2021
- Huguier, Michel. *L'hôpital public en crise ?*, Lucien Israël éd., *Santé, médecine, société*. Presses Universitaires de France, 2010, pp. 231-242.

- Joyeux, Agnès. « *L'enfant auteur de ses apprentissages* », *Spirale*, vol. 53, no. 1, 2010, pp. 33-36.
- Kébir, Yasmina, Claire Bordas et Denis Adam, *Crise de l'Hôpital et de l'École : quelles incidences pour les personnels de santé et d'éducation ?*, Centre Henri Aigueperse/IRES, avril 2021
- de Kervasdoué, Jean. « *Crise de l'hôpital. L'État : source ultime de légitimité ?* », *Commentaire*, vol. 136, no. 4, 2011, pp. 991-998.
- Lecourt, Dominique. « *Avant-propos* », Lazare Benaroyo éd., *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société*. Presses Universitaires de France, 2010, pp. 1-2.
- LEFEVE C. « *Réflexions épistémologiques sur les sciences humaines, la médecine et les sciences en soins infirmiers* », *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2010 ; 102 : 4-11.
- Lenoir Yves, « *L'ENSEIGNANT EXPERT, Regard critique sur une notion non dépourvue d'intérêt pour la recherche sur les pratiques enseignantes* », *Recherche & Formation* n°47, 2004
- Lourau, R., *L'Analyse institutionnelle*, Paris, Éditions de Minuit, 1970.
- Pierru, Frédéric. « *Introduction. L'administration hospitalière, entre pandémie virale et épidémie de réformes* », *Revue française d'administration publique*, vol. 174, no. 2, 2020, pp. 301-315.
- Pilczer, Jean-Sébastien. « *La notion de service public* », *Informations sociales*, vol. 158, no. 2, 2010, pp. 6-9.
- Poucet, Bruno, et Antoine Prost. « *La réforme en éducation au XXe siècle en France* », *Carrefours de l'éducation*, vol. 41, no. 1, 2016, pp. 11-15.
- Pujol, Henri, et Alain Trébuq. « *Le savoir des malades est un vrai savoir scientifique* », *Les Tribunes de la santé*, vol. 69, no. 3, 2021, pp. 111-115.
- Obin J.-P. (2001). « *Le projet d'établissement en France : mythe et réalité,*» *revue Politiques d'éducation et de formation*, AFEC/IEEPS, De Boeck Université, p. 9 à 27.
- Orset, Paul. « *Dans la classe* », Jacques Sarfaty éd., *Autisme et secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Évolution des pratiques*. Presses Universitaires de France, 2012, pp. 131-145.
- Remy-Largeau, Isabelle. « *Philosophie du soin, care et soins infirmiers : Une revue de littérature pour une recherche au carrefour de la philosophie et du soin* », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 107, no. 4, 2011, pp. 49-59.
- Rich, Joël. « *Autonomies et projets pour les établissements scolaires. Comparaisons avec l'Amérique latine : le cas du Chili* », *Carrefours de l'éducation*, vol. 21, no. 1, 2006, pp. 173-184.

- Romain, Jules, *Knock ou le Triomphe de la médecine*, Paris, 1923
- Tochon François. « *Le nouveau visage de l'enseignant expert* ». In: *Recherche & Formation*, N°47, 2004. La construction de l'expert. pp. 89-103; doi : <https://doi.org/10.3406/refor.2004.1932>, https://www.persee.fr/doc/refor_0988-1824_2004_num_47_1_1932
- Tournay, Virginie. « *Introduction* », Virginie Tournay éd., *Sociologie des institutions*. Presses Universitaires de France, 2011, pp. 3-8.
- Vallancien, Guy. « *12. L'hôpital malade de lui-même* », *La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade*, sous la direction de Vallancien Guy. Gallimard, 2015, pp. 207-228.

Ressources numériques

- Rapport de l'Académie Nationale de Médecine *L'hôpital public en crise : origines et propositions*, février 2019
<https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2019/02/Rapport-19-02-L-h-pital-public-en-crise-2019-Bulletin-de-l-Acad-mie-Nati.pdf>
- <https://www.aphp.fr/actualite/1andecovid-lap-hp-le-deploiement-de-la-teleconsultation>
- <https://archive.wikiwix.com/cache/index2.php?url=https%3A%2F%2Fwww.education.gouv.fr%2Fbo%2F2003%2F25%2FMENX0300020L.htm#federation=archive.wikiwix.com>
- <https://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>
- <https://centrehenriaigueperse.com/2020/04/15/enseigner-dans-la-rupture-reflexions-sur-les-enjeux-de-la-continuite-pedagogique-en-contexte-de-crise-sanitaire/>
- <https://centrehenriaigueperse.com/2020/10/02/limportance-de-la-communication-dans-lenseignement-et-la-medecine/>
- <https://centrehenriaigueperse.com/2020/07/13/le-praticien-reflexif-aperçu-des-formations-a-la-reflexivite-pour-les-enseignants-et-les-medecins/>

- <https://centrehenriagueperse.com/2020/03/20/transformation-numerique-remettre-le-metier-au-centre-de-lactivite/>
- CEVIPOF, Baromètre de la confiance politique, vague 12B, mai 2021
[https://www.sciencespo.fr/cevipof/sites/sciencespo.fr.cevipof/files/Barome%cc%80tre%20Vague%2012%20bis%20-%20VERSION%20FINALE%20\(pour%20mise%20sur%20le%20site%20CEVIPOF\).pdf](https://www.sciencespo.fr/cevipof/sites/sciencespo.fr.cevipof/files/Barome%cc%80tre%20Vague%2012%20bis%20-%20VERSION%20FINALE%20(pour%20mise%20sur%20le%20site%20CEVIPOF).pdf)
- <https://www.chirurgie-ambulatoire.org/newsletters.html>
- <https://www.ccomptes.fr/system/files/2021-12/20211214-NS-enseignement-scolaire.pdf>
- <https://www.cnrtl.fr/definition/soigner>
- <https://www.cnrtl.fr/definition/hospitalis%C3%A>
- <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2005%20-%20Les%20%C3%A9volutions%20des%20effectifs%20salari%C3%A9s%20du%20secteur%20hospitalier.pdf>
- L'école depuis Jules Ferry, publié le 7 sept. 2004 dans Les Échos.fr
<https://www.lesechos.fr/2004/09/lecole-depuis-jules-ferry-646880>
- <https://www.education.gouv.fr/grenelle-de-l-education-12-engagements-pour-renforcer-le-service-public-de-l-education-323387>
- <https://www.education.gouv.fr/l-education-nationale-en-chiffres-2021-324545>
- <https://www.franceinter.fr/economie/financement-gouvernance-ce-que-20-ans-de-reformes-de-l-hopital-public-ont-change>
- <https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-missions-de-l-hopital/L-acces-aux-soins-pour-tous>
- <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>
- <http://www.ires.fr/index.php/etudes-recherches-ouvrages/etudes-des-organisations-syndicales/item/6278-education-et-territoire-s>

- <http://www.meirieu.com/ARTICLES/eleve-au-centre.pdf>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/article/segur-de-la-sante-les-conclusions>
- <https://www.sparadrap.org/sites/default/files/inline-files/actes2004Web.pdf>
- https://tnova.fr/site/assets/files/20425/terra-nova_note_lecole-de-lattention_171221.pdf?4q0bd
- <https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedie/257-soignant-soin>
- <https://www.vousnousils.fr/2021/12/03/crise-du-covid-19-le-moral-des-chefs-detablissement-au-plus-bas-656358>
- https://fr.wikipedia.org/wiki/Soin_infirmier

Annexe 1 : le baromètre des métiers de l'Éducation

Les 15 questions récurrentes qui composent le baromètre des métiers de l'UNSA Éducation, posées en début de questionnaire et toujours dans cet ordre :

- Globalement, ressentez-vous de la reconnaissance et du respect dans votre pratique professionnelle ?
- Aimez-vous la profession que vous exercez ?
- Êtes-vous heureux·se d'exercer votre profession ?
- Les missions qui vous sont confiées ont-elles du sens pour vous ?
- Vos perspectives de carrière (avancement, promotion...) vous paraissent-elles satisfaisantes ?
- Diriez-vous que vos conditions de travail sont satisfaisantes ?
- Dans la dernière année, diriez-vous que vos conditions de travail se sont améliorées ?
- Pensez-vous que votre rémunération est à la hauteur de votre qualification ?
- Parmi les domaines suivants, quels seraient les 3 que vous voudriez voir améliorés prioritairement ?
- Souhaiteriez-vous changer de métier dans les prochaines années ?
- Citez, si vous le souhaitez un point positif et un point négatif de l'actualité de votre secteur d'activité durant ces derniers mois
- Diriez-vous que vous êtes en accord avec les choix politiques faits dans votre secteur d'activité ?
- Conseilleriez-vous votre métier à un·e jeune de votre entourage ?

Annexe 2 : le questionnaire d'entretien des personnels soignants

Initialement conçu comme un questionnaire, le questionnement qui suit a été utilisé en guise de guide d'entretien (de manière semi-directive, les questions posées sont en bleu et les éléments de réponses ont pu être utilisés pour des relances éventuelles) auprès d'une dizaine d'infirmier.e.s et d'aides-soignant.e.s de différentes structures hospitalières dans différentes régions de France. Un souci technique n'a pas permis l'enregistrement et la retranscription des entretiens, mais les extraits de verbatim de certains sont cités dans l'étude.



[Questionnaire personnels de santé]

Des relations avec les patients, vous diriez qu'elles :

- ◇ sont au cœur de votre métier
- ◇ sont la raison d'être de votre engagement
- ◇ structurent votre travail
- ◇ sont un élément essentiel de votre mission
- ◇ représentent un aspect mineur de vos tâches quotidiennes

Ces relations avec les patients, vous les jugez majoritairement :

- ◇ épanouissantes
- ◇ indispensables
- ◇ nécessaires
- ◇ envahissantes
- ◇ prenant trop de temps
- ◇ vous empêchant de réaliser vos autres tâches
- ◇ inutiles
- ◇ difficiles
- ◇ déprimantes

Comment qualifieriez-vous les relations avec les familles des patients en général :

- ◇ de bonnes
- ◇ de compliquées
- ◇ de nécessaires pour les patients
- ◇ d'utiles pour vous
- ◇ de perte de temps
- ◇ d'aide pour votre travail auprès des patients
- ◇ freins dans votre travail auprès des patients

Vous diriez que...

	les relations avec vos collègues	les relations avec votre hiérarchie	les relations avec la direction de l'hôpital
sont très positives			
sont correctes			
permettent de tenir le coup			
sont inexistantes			
sont difficiles			
sont conflictuelles			
Autres... (précisez)			

Vous sentez-vous reconnu.e dans votre métier ?

- ◇ oui, tout à fait
- ◇ assez correctement
- ◇ pas suffisamment
- ◇ non, pas du tout

Les missions qui vous sont confiées ont-elles du sens pour vous ?

- ◇ oui, tout à fait
- ◇ oui de plus en plus
- ◇ oui, pour l'essentiel
- ◇ non, pas suffisamment
- ◇ non, de moins en moins
- ◇ non pas du tout

Souffrez-vous de dysfonctionnements dans votre service ?

- ◇ non jamais
- ◇ rarement
- ◇ assez souvent
- ◇ tout le temps

si oui de quelle nature sont-ils:

Que pensez-vous des réformes concernant l'Hôpital (suite au Ségur de la santé) ?

- ◇ elles sont indispensables
- ◇ elles vont dans le bon sens
- ◇ elles arrivent tardivement
- ◇ elles sont trop limitées
- ◇ elles ne sont pas adaptées
- ◇ elles sont inutiles
- ◇ je ne les connais pas
- ◇ autre (précisez)

De quels moyens auriez-vous le plus besoin ?

- ◇ de personnels supplémentaires
- ◇ d'une revalorisation financière conséquente
- ◇ de plus d'heures de repos
- ◇ de davantage de travail en équipe
- ◇ de formations
- ◇ d'une modernisation du service
- ◇ autres (précisez) ;

Comment envisagez-vous votre avenir professionnel ?

- ◇ par une évolution interne au sein de l'hôpital
- ◇ par un départ en retraite
- ◇ par une reconversion professionnelle en dehors de l'hôpital
- ◇ par un changement professionnel en dehors des métiers de santé
- ◇ je n'en ai aucune idée
- ◇ autre (précisez)

Conseilleriez-vous votre métier à un jeune de votre entourage ?

- ◇ oui, tout à fait
- ◇ plutôt oui
- ◇ plutôt non
- ◇ non, pas du tout