Une comparaison entre enseignants et médecins : une autonomie menacée ?

Professionnalisation/déprofessionnalisation

A Comparison between Teachers and Physicians: A Threatened Autonomy?

Professionalization/Deprofessionalization

Geneviève Zoïa et Laurent Visier

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2027>

DOI : 10.4000/rechercheformation.2027

ISSN : 1968-3936

Éditeur

ENS Éditions

Édition imprimée

Date de publication : 30 décembre 2013

Pagination : 41-56

ISBN : 978-2-84788-510-1

ISSN : 0988-1824

Référence électronique

Geneviève Zoïa et Laurent Visier, « Une comparaison entre enseignants et médecins : une autonomie menacée ? », *Recherche et formation* [En ligne], 72 | 2013, mis en ligne le 11 mars 2016, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2027> ; DOI : 10.4000/rechercheformation.2027

Une comparaison entre enseignants et médecins : une autonomie menacée ?

Professionnalisation/déprofessionnalisation

> **Geneviève ZOÏA**

Université de Montpellier 2, LIRDEF

> **Laurent VISIER**

Université de Montpellier 1, CEPEL

RÉSUMÉ • Professeurs et médecins sont traditionnellement considérés comme des prototypes de la catégorie de profession, au sens sociologique du terme, notamment du fait de leur détention présumée d'un savoir qui relève de l'universel, de leur orientation vers l'intérêt général, de leur autonomie. Nous identifions deux tendances centrifuges communes aux deux métiers, que l'on qualifie de « populationnelle » et d'« éthique ». Nous observons dans les deux champs que cette double tendance contribue à une nouvelle segmentation de la population entre cadres et acteurs de première ligne.

MOTS-CLÉS • enseignant, autonomie

Dans le cadre théorique fonctionnaliste, la notion de profession implique la reconnaissance d'un titre, une autonomie de travail, un contrôle de la formation, une organisation collective prenant en charge l'organisation et la défense de la profession (Carr-Saunders & Wilson, 1964). En ce sens, médecins et enseignants peuvent être considérés comme des professionnels du fait de leur détention d'un savoir qui relève de l'universel et d'une orientation vers l'intérêt général (Parsons, 1955) fondée sur la valeur émancipatrice (Durkheim, 1925) du programme institutionnel qu'ils portent (Dubet, 2002).

Nous identifions deux tendances centrifuges communes aux deux métiers, la première que nous qualifierons de « populationnelle » (Foucault, 2004) et la seconde d'« éthique ». D'une part, les professionnels des deux secteurs font l'objet d'injonctions relatives aux effets de leur propre travail : fondées sur les statistiques et les évaluations, les recommandations encadrent toujours plus leur activité. Cette logique utilitariste s'impose aux professionnels, les sciences humaines concourant d'ailleurs à cette économie de la connaissance, du fait de la mise au jour d'inégalités,

de discriminations, de risques ou d'effets pervers. Les professionnels, confrontés en permanence aux résultats de l'action globale du système, sont appelés à se soumettre à un pilotage par indicateurs et à un impératif de la performance, cadré par des standards internationaux.

D'autre part, une exhortation à respecter l'autonomie des publics engage médecins et enseignants à une personnalisation de leur action. Désormais le malade comme l'apprenant sont désignés comme des personnes avec des droits et une capacité d'autonomie. Les actions consistant à faire apprendre, transmettre, soigner ne sont plus acceptables si elles ne s'effectuent pas dans le respect de la personne singulière. Plus encore, le professionnel doit trouver en lui-même les ressources pour engager une relation éthique avec celui qui n'est plus désormais conçu comme un réceptacle des savoirs ou des soins universels, mais comme un partenaire dans la relation éducative ou thérapeutique.

Ainsi, les publics sont simultanément pensés comme éléments d'une population standardisée, agrégée, et comme individus singuliers, à reconnaître et à accompagner dans leurs parcours.

Méthodologiquement, la comparaison occupe une place centrale dans notre raisonnement. La mise en comparaison de cette tension chez des professionnels agissant dans les deux secteurs et la congruence des logiques auxquelles ils sont confrontés nous permettra de poser la question de la professionnalisation/déprofessionnalisation. La santé et l'éducation représentent des biens sociaux qui ne ressortissent pas d'un ordre naturel mais d'organisations et d'institutions ; on peut relever la proximité de leur financement socialisé, et le fait qu'au nom de la justice ils doivent échapper au marché. Mais il s'agit aussi de biens privés, ce qui rend plus intéressant encore le questionnement des critères respectifs de justification de l'utilité sociale, de l'autonomie et de l'expertise des professionnels. Les secteurs de la santé et de l'éducation sont comparables en de nombreux points, notamment la massification contemporaine de leur emprise (scolarisation/médicalisation), l'autonomie dans le travail et la mission de service public assurée par un double secteur public et privé. Enfin, les niveaux de santé et d'éducation d'une population sont aujourd'hui des facteurs-clés pour caractériser le développement, voire plus récemment le bonheur, d'une société, comme en attestent les indicateurs de développement humain largement fondés sur ceux-ci.

Nous appuyons notre raisonnement sur un corpus de données, d'une part issues de la littérature grise (OCDE, PISA, OMS, INPES, HAS, loi HPST, etc.), d'autre part d'enquêtes que nous avons menées sur des espaces professionnels nouveaux en santé et en éducation (Zoïa, 2010, 2011 ; Visier, 2011), et notamment une recherche qualitative en cours sur l'éducation thérapeutique à la croisée des deux champs éducation et santé. Nous y observons, dans le cadre de programmes locaux d'éducation, que le « patient apprenant » constitue une référence émergente,

le soin migrant d'un modèle du traitement (centré sur les savoirs scientifiques, techniques) vers celui de l'éducation (centré sur les acquisitions de compétences, les comportements). Les patients doivent être amenés par les professionnels à développer ou renforcer des compétences cognitives, psychologiques. Ainsi, la santé, comme l'école, deviennent des lieux « éthiques » du travail (Worms, 2010), sollicitant de nouvelles compétences des acteurs de la formation et de l'éducation et bousculant les identités.

1. La logique populationnelle

On nommera logique populationnelle une tendance que l'on définira à partir des fondements suivants : l'appui sur les chiffres par la production de données statistiques à partir d'indicateurs (Desrosières, 2008), la culture de l'évaluation (OCDE-PISA) et la définition de bonnes pratiques (*benchmarking*).

Cette logique, en éducation et en santé, relève au sens plein du terme d'un utilitarisme : elle se donne pour objectif la réalisation du bien-être du plus grand nombre à partir d'une comptabilisation savante des effets de chaque politique pour l'ensemble des individus concernés. Nous l'abordons successivement dans le champ de l'éducation et dans celui de la santé.

1.1. Performances scolaires

L'école de Jules Ferry évolue sous le coup de plusieurs tendances historiques. S'il fallait en isoler trois au regard du thème de la déprofessionnalisation, nous choisirions le couronnement de la notion de mérite et du progrès qui pose l'égalité des chances comme impératif ultime des politiques publiques, l'avènement d'une société de la connaissance (Beck, 2008) qui déstabilise les positions de surplomb, et enfin l'élargissement de ces tendances à l'échelle internationale.

Depuis la fin des années 1980, le système éducatif dans son ensemble se définit au travers d'une culture de l'évaluation. Les ZEP créées en 1982 pour corriger les effets des inégalités sociales et renforcer l'action éducative là où les taux d'échec scolaire sont importants, constituent le premier exemple explicite de l'emploi des moyens publics au service de l'égalité des chances. En 1987, avec la création de la Direction de l'évaluation et de la prospective (DEP), le système éducatif entre dans l'ère des évaluations de masse. La loi d'orientation du 23 avril 2005 puis la LOLF¹ en 2006, convergent pour offrir des moyens nouveaux aux établissements scolaires. Ces politiques associent l'allocation de moyens à des objectifs mesurés à partir d'indicateurs. Les objectifs que fixe la nation à l'École sont arrimés autour des problématiques suivantes : la réussite scolaire de tous, la responsabilisation des professionnels, le projet personnel de l'élève. Pour cela, le système s'appuie

1 Loi d'Orientation pour la loi de finances.

sur la notion de performance qui réfère aux effets (maître, classe, établissement, dispositif, etc.).

Dans le premier degré, l'application *Base élèves* permet à partir de 2005 la gestion administrative et pédagogique des élèves de la maternelle au CM2 et doit faciliter le pilotage académique et national. Le pilotage par objectifs et résultats au nom de la réussite des élèves repose sur la responsabilisation des acteurs : ceux-ci doivent rendre compte aux prescripteurs. Il est significatif qu'apparaisse de plus en plus souvent, dans la bouche des chefs d'établissement ou des enseignants au cours différents entretiens, l'expression « reddition de comptes », propre au champ juridique, et désignant les opérations (par exemple tenir un livre de comptes) permettant de justifier les actions d'un mandataire sur le patrimoine d'autrui. Le dispositif *ECLAIR* (écoles, collèges et lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite) constitue un exemple fort : les postes sont profilés et les candidats sont recrutés par les recteurs sur CV, rapport d'inspection et proposition des chefs des établissements. Ils perçoivent, sur proposition de la hiérarchie une indemnité modulable au regard de leur participation et engagement.

Pour les établissements du second degré, le contrat d'objectifs, dont le cadre est fixé par la loi d'avril 2005, illustre les tensions identitaires suscitées par les réformes. À travers les orientations officielles, il apparaît que ce contrat, outil de management pour les chefs d'établissement, doit aussi devenir l'affaire des enseignants, décrits par les cadres comme « rétifs à la réforme » et repliés sur leurs disciplines (Vergès, 2010). Il leur est demandé de faire entrer les problématiques éducatives dans leur classe, en s'appuyant sur les indicateurs, comme par exemple le nombre d'évaluations par trimestre, différent selon les enseignants et pouvant influencer sur l'égalité des chances ; ou encore en mettant en place des actions éducatives et des « enseignements d'exploration », appuyés par des « statistiques sexuées » ou des « enquêtes nationales de victimation ». Leur champ de compétences doit ainsi s'élargir à la capacité à « faire vivre l'égalité fille-garçon », à la lutte contre le harcèlement ou le décrochage, au développement durable...² Dès lors, même si l'affichage est celui de la mise en œuvre d'objectifs pour la réussite scolaire, en relation avec les données populationnelles locales, c'est bien la comparaison normative avec les indicateurs nationaux et la concurrence avec les collègues ou les établissements voisins que retiennent les enseignants. Les contrats d'objectifs se transforment alors en instruments de modélisation et nos entretiens montrent que les formations mises en place pour les enseignants sont quelquefois vécues comme des punitions pour ne pas avoir été performants.

Ainsi, les modèles de professionnalité des enseignants évoluent bien vers la figure du « praticien réflexif » (Schön, 1994), mais cette réflexivité, de plus en plus large, est simultanément toujours plus encadrée par les politiques publiques.

2 Circulaire n° 2012-056 du 27-3-2012.

Car les politiques éducatives promeuvent un changement qui touche le travail prescrit. En sus des compétences disciplinaires classiques, les enseignants doivent être capables de s'employer à des tâches administratives, de gestion, et de maîtrise des impératifs idéaux de la modernité ; de plus, ils sont évalués et doivent s'auto-évaluer. Ainsi, des modifications sur le système de notation annuel par les corps d'inspection sont annoncées par le ministère pour la rentrée 2013, orientées par un principe d'évaluation et auto-évaluation fondé sur des entretiens avec les chefs d'établissement³.

Les enseignants se sont toujours débrouillés avec les prescriptions ; ruses et bricolages existent, aujourd'hui comme dans les périodes précédentes. Cependant, les marges d'interprétation prudentielle (Champy, 2009) qui ont toujours défini le cœur du métier se rétrécissent. Que signifie donc enseigner ? Les nouvelles compétences – éducatives, sociales, éthiques – requises engendrent certes des formes possibles d'*empowerment*⁴ et peuvent susciter la construction d'une forme d'éthique professionnelle de la compétition. Mais elles entraînent aussi une fragmentation identitaire face à la dureté de performances visibles, mesurables : il faut rendre compte de ce qui se voit. Ainsi, l'activité s'inscrit dans une forme d'*accountability* – rendre compte – qui, à son tour, produit des effets sur les pratiques, puisque celles-ci doivent être, d'une façon ou d'une autre, objectivables. On peut penser que les résistances des enseignants face aux réformes relèvent plus alors d'une résistance à une déprofessionnalisation qu'au changement (Maroy, 2006). Cette hypothèse invalide en tous cas la thèse d'un malaise de type régressif de la part des enseignants.

Ces évolutions sont enserrées dans un cadre mondial. À Lisbonne en 2000 les gouvernements européens ont validé l'importance d'une économie de la connaissance : l'école, productrice de capital humain, est un investissement rentable pour les sociétés. PISA, entre autres, évalue tous les trois ans, dans les pays de l'OCDE et les partenaires, l'acquisition de savoirs et savoir-faire au terme de la scolarité obligatoire pour les jeunes de 15 ans. Cet idéal éducatif mondial repousse toujours plus le niveau de performance à atteindre : ainsi, les dernières évaluations de l'OCDE précisent que « la cohésion sociale n'est pas aussi bonne qu'elle le devrait

3 Même si le décret du 7 mai 2012 relatif à l'appréciation et à la reconnaissance de la valeur professionnelle de certains personnels enseignants, d'éducation et d'orientation a été abrogé en août 2012. « Un nouveau dispositif d'évaluation des personnels sera défini dans le cadre de la concertation sur la refondation de l'École, dont les dispositions seront mises en œuvre à la rentrée 2013 » En ligne : <<http://www.education.gouv.fr>>.

4 Que l'on peut traduire par « le pouvoir d'agir ». L'*empowerment*, terme utilisé dans le cadre des politiques de quartier à Chicago dans les années trente, repris récemment par B. Obama dans sa campagne de 2008, désigne ce processus qui permet aux individus de prendre conscience de leur capacité d'action et d'accéder à plus d'autonomie et de participation au pouvoir. Il est aujourd'hui au cœur des travaux autour de la Politique de la Ville en France, notamment à partir des travaux de J. Donzelot. En ligne : <<http://donzelot.org/articles/RapportTerraNova.pdf>>.

et que les citoyens ne sont pas aussi heureux et en bonne santé qu'ils le méritent » (OCDE, 2010).

1.2. Du traitement de la maladie à la santé publique

En santé, la logique populationnelle s'exprime au mieux avec la montée en puissance d'une épidémiologie moderne appuyée sur des savoirs statistiques. Alors que, avec la médecine triomphante à partir de la fin du XIX^e siècle, les savoirs biologiques constituaient le moteur d'une pratique médicale éprouvée dans la clinique, ce sont désormais des considérations statistiques qui garantissent la scientificité de l'activité médicale. La généralisation des essais contrôlés randomisés en double aveugle, et plus encore des méta-analyses, a non seulement revivifié une discipline de santé publique longtemps marginale en France mais également essaimé dans tous les domaines de la médecine soignante. L'introduction des bio-statistiques dans le programme national de la première année des études de médecine à la rentrée 2011, alors même que la part de la physiologie se voyait considérablement amoindrie, est un marqueur de cette évolution.

L'*Evidence Based Medicine* (EBM)⁵, si elle ne discrédite pas la médecine clinique, constitue cependant un encadrement certain de la pratique médicale consultante. Le médecin n'est plus, loin s'en faut, celui qui, comme dans le modèle parsonien représentait « l'universalisme » par une formation initiale qui faisait de lui le garant du savoir scientifique. Désormais, il devrait *a minima* être au fait des évolutions récentes d'une recherche médicale toujours plus active et dense et dont la synthèse est toujours plus complexe. Si le critère de l'autonomie professionnelle ne disparaît pas dans ce mouvement, il apparaît plus exigeant. Ce n'est plus la formation initiale caractérisée par le diplôme de docteur en médecine qui garantit le caractère professionnel mais la capacité à effectuer la médiation entre les données personnelles du patient et celles de savoirs scientifiques en perpétuelle évolution. Dans un monde marqué par une importante production scientifique, les décisions du médecin doivent être en permanence soumises au filtre des publications à des fins de réévaluation. En bref, le médecin ne peut plus se reposer sur une expérience clinique et doit en quelque sorte devenir un lecteur professionnel critique pour conserver sa capacité à représenter cet universalisme. C'est bien un surcroît de réflexivité qui est exigé de lui : il lui est ainsi demandé d'intégrer à une relation clinique d'individu soignant à individu soigné, une perspective populationnelle d'anticipation des effets globaux de santé de ses décisions sur le collectif.

Le médecin n'est cependant plus seul face au patient, il est en quelque sorte accompagné par les spécialistes de la production de lecture critique que sont les

5 Les différentes tentatives de traduction en français (médecine factuelle ; médecine fondée sur les faits, médecine fondée sur les preuves ; médecine fondée sur des données probantes, médecine fondée sur le niveau de preuves, etc.) conduisent le plus fréquemment à utiliser le vocable de langue anglaise et son acronyme : EBM.

assemblées d'experts réunis au sein des grandes agences de santé. La Haute autorité de santé (HAS) produit ainsi des recommandations de la recherche scientifique dans le champ médical et d'orientations des pratiques médicales. Les médecins apparaissent ambivalents face à ces recommandations, simultanément aides à la décision et contraintes (Castel, 2009) et régulièrement objets de controverses. Les agences ne sont pas l'instance suprême de définition de la vérité scientifique mais un dispositif supplémentaire produisant un avis lui-même issu du débat et de la controverse et qui entre régulièrement en conflit avec d'autres avis, issus de sociétés savantes par exemple. Les médecins de première ligne n'ont ainsi pas seulement le devoir d'être mieux formés tout au long de la vie mais sont également tenus de gérer en permanence la complexité issue de contradictions toujours plus importantes.

Alors que les recommandations n'ont jamais été véritablement opposables, c'est désormais sous la forme du *paiement à la performance* (P4P) que les médecins généralistes se voient confrontés au caractère incitatif, voire impératif, des recommandations. Avec les contrats engagés depuis le début de l'année 2012, tacitement souscrits avec les médecins pour une durée de cinq ans et auxquels seule une infime part de la population des généralistes a refusé de se rallier, ce sont désormais plusieurs milliers d'euros par an de revenus qui sont conditionnés par la réalisation de ces contrats d'objectifs comprenant quatre types d'indicateurs (cliniques, de prévention et de santé publique, d'organisation du cabinet et d'efficience). Sans recours à une logique d'obligation formelle, ce dispositif inspiré de l'expérience britannique controversée du *Quality and Outcomes Framework* (QOF) semble donc normaliser la pratique médicale là où les dispositifs précédents avaient échoué.

Loin de l'image du professionnel seul maître à bord dans le colloque singulier, le médecin apparaît ainsi comme en perpétuelle rétroaction avec les données populationnelles qui conditionnent son action en même temps qu'évalué par une batterie d'indicateurs.

2. Professionnels face à la fabrique de l'individu autonome

Après avoir décrit comment une logique populationnelle s'imposait en santé comme en éducation, il faut nous tourner vers les publics de ces deux métiers. En effet, que ce soit dans le modèle fonctionnaliste ou dans la perspective interactionniste, et malgré les oppositions entre les deux modèles, la professionnalité s'appuie sur une symétrie entre professionnel et public. Pour qu'il y ait professionnel autonome, il faut que celui-ci soit reconnu comme tel. Élèves et patients n'échappent pas au processus général de la deuxième modernité et aux redéfinitions du sujet contemporain depuis les années 1960. Qu'on l'analyse sous l'angle des métamorphoses de l'autorité ou de la recherche de l'autonomie, que l'on mette l'accent sur la massification, la fin du programme institutionnel ou la démocratisation, ce processus ne laisse pas indemne les relations des publics avec les

enseignants et les médecins. Les mouvements anti-autoritaires des années 1970, en contestant les usages abusifs des pouvoirs institutionnels, ont renvoyé le balancier du côté des individus eux-mêmes. Il importe donc de considérer comment, en éducation et en santé, cette revendication de l'autonomie des individus se confronte ou s'articule à celle des professionnels, au cœur même de la définition du concept de profession.

Qu'en est-il de ces autorités fondées sur le savoir en éducation et en santé et que deviennent-elles lorsque les requêtes de réciprocité et d'égalité, d'épanouissement et de responsabilité se développent dans ces deux champs ? Si les professionnels peuvent être faillibles, si chacun peut les mettre en défaut à partir d'un niveau d'éducation toujours plus élevé et de moyens de communication du savoir toujours plus performants, le terme même de professionnel conserve-t-il un sens ?, les professionnels ne sont-ils pas contournés par le bas par des publics plus avertis, alors même que nous avons vu qu'ils l'étaient par le haut sous l'effet de politiques qui leur contestent le monopole de l'appréciation de la population dont ils s'occupent ? Nous allons examiner cette logique éthique successivement en éducation et en santé comme nous l'avons fait pour la logique populationnelle.

2.1. Le sujet de l'éducation

Jusqu'au milieu du XX^e siècle, l'école fait coïncider ses missions d'intégration et de différenciation des publics par le biais d'une socialisation qui vise à normer en même temps qu'à émanciper. L'institution scolaire fait en toute légitimité intérioriser les normes de la société française, puisque ce sont celles d'une société pensée comme libre et porteuse de valeurs universelles, tandis que les publics représentent l'immatunité et l'affectivité. Les professionnels sont les fers de lance de cette *paideia* fonctionnaliste (Dubet & Martuccelli, 1998).

Cette représentation évolue avec la modernité tardive : l'avènement progressif de l'individualisme démocratique dessine une norme culturelle fondée sur l'égalité, la réciprocité des relations, la négociation et la contractualisation. Ce modèle nourrit en particulier deux institutions majeures de socialisation : l'école et la famille, dans le sens d'un élargissement des libertés et des droits.

Un mouvement de désinstitutionnalisation touche les relations familiales et éducatives. Dès les années 1960, l'école devient le lieu de la vie scolaire et des activités socio-éducatives et dans les établissements du second degré, rendant la culture adolescente recevable. Le thème de la vie démocratique à l'école se développe dans les années 1970 (Barrère & Martuccelli, 1998), et va de pair avec la valorisation des pratiques contractuelles, la volonté de régler les problèmes par une adhésion et une participation de l'élève à la construction de l'ordre scolaire.

Avec la domination des approches constructivistes, le travail de socialisation ne revient plus aux seuls adultes et le succès de l'apprentissage repose largement sur la contribution qu'y apporte l'enfant. La conception d'un apprentissage dynamique

et favorisé par les interactions invalide les anciennes postures de surplomb face à des élèves passifs. L'enfant co-construit son savoir avec le maître, il devient le premier spécialiste de lui-même. La qualité de sujet de droit appliquée aux enfants entraîne une responsabilisation et une justification permanente des actes parentaux ou professionnels, dans une juridicisation de la vie scolaire. La loi d'orientation scolaire de 1989, qui place explicitement les élèves comme des acteurs de leur propre parcours, vient couronner ces évolutions.

De nouvelles compétences qui débordent les compétences disciplinaires sont exigées des acteurs professionnels. De producteurs et prescripteurs, ils se transforment en accompagnateurs : « la seule solution laissée aux parents et aux professeurs est d'être "bons" comme on est bon au tennis ou en maths » (Renaut, 2002). Parallèlement, dans le sillage des travaux de P. Bourdieu, l'école s'est peu à peu transformée en un potentiel instrument de reproduction sociale, de domination et de violence symbolique : les professionnels deviennent ainsi responsables, faillibles et contrôlables. Les risques (inégalités scolaires, échecs, souffrances) sont pensés comme engendrés par la société, créés de l'intérieur, dans une sorte de « manufacture » permanente (Beck, 2001). Tout danger doit pouvoir être prévu, les échecs ne s'expliquent donc plus par des causes externes (Dieu, l'intelligence, le déterminisme), et l'ordre social n'est plus compris comme obéissant à une nécessité *fonctionnelle*.

La traduction *par le haut* de cette puissante dynamique sociale *d'en bas* est luxuriante dans l'espace éducatif et scolaire. On le voit avec le succès de la notion de compétence se traduisant dans les textes institutionnels – le socle commun, les dix compétences professionnelles, la compétence éthique, ou encore celle qui préconise de « prendre en compte la diversité des élèves ». Ce succès se traduit également dans la littérature scientifique, analysant des élèves-acteurs dotés d'autonomie, de ressources cognitives et affectives.

Mais ce sont les dispositifs institutionnels pour aménager les parcours scolaires qui sont les plus éclairants. Si la pédagogie différenciée date de quelques décennies, une souplesse nouvelle caractérise aujourd'hui l'organisation de l'offre scolaire. Au nom de la réussite de chaque élève, des orientations spécifiques guident la conduite de l'action pédagogique. Ainsi, la personnalisation et la responsabilisation sont les deux axes majeurs de la circulaire de rentrée 2012 ; au lycée c'est la mise en place, de la seconde à la terminale, d'un accompagnement personnalisé. Des préfets des études sont recrutés parmi les enseignants pour le suivi des élèves dans l'Éducation prioritaire. Le programme personnalisé de réussite éducative (PPRE) offre depuis la loi de 2005 un exemple précis de ces orientations ; un document formalisé précise objectifs et moyens mis œuvre pour chaque élève en difficulté vis-à-vis des compétences attendues aux paliers du socle. Pour finir, ajoutons que l'aide personnalisée dans le primaire, l'accompagnement personnalisé en sixième, l'accompagnement éducatif hors temps scolaire pour les élèves volontaires, le livret

personnel de compétences ou encore les formes variées d'alternance dès la 4^e, etc., différentes mesures encadrent fermement cette injonction à la personnalisation de l'action des enseignants.

2.2. Autonomie de la personne malade

Si la maladie est conçue socialement comme une déviance dans le modèle fondateur de Parsons, cela signifie d'abord qu'elle nécessite d'être contrôlée par l'intermédiaire à la fois du « rôle du médecin » et du « rôle du malade ». Face à la maladie qui apparaît comme une menace pour le système social, le malade, à condition de s'en remettre au médecin pour se soigner, ne peut être tenu pour responsable de son état.

Que ce rôle de malade soit analysé comme relevant d'une nécessité fonctionnelle (Parsons, 1952) ou bien d'une forme de domination du médecin (Freidson, 1970) ne change finalement pas grand-chose. Dans un cas comme dans l'autre, l'autonomie professionnelle de médecin trouve sa source dans l'incapacité du malade à se repérer dans un ensemble d'informations complexes. L'exercice professionnel du médecin apparaît comme l'autre face de l'incapacité du malade. La question de la déprofessionnalisation peut donc être légitimement posée lorsque le malade devient capable.

Cette capacité du malade se développe sous l'effet de mouvements récents dont on peut rappeler quelques-unes des lignes de force. D'une part la révolte des malades qui n'est jamais apparue si forte qu'avec les mouvements anti-sida transforme les anciennes associations *pour les malades* en associations *de malades* et en mouvements de contestation faisant de la maladie un objet social, culturel, politique (Epstein, 2001). Si le sida est exemplaire de cette révolte, il a ouvert la porte à nombres d'actions autour d'autres pathologies.

D'autre part, les affaires de santé publique, de l'amiante (Henry, 2007) au *Mediator* et du sang contaminé (Chauveau, 2011) à la grippe H1N1, montrent qu'il n'y a pas homogénéité des positions médicales sur chacun de ces thèmes et que les principaux intéressés peuvent se constituer en groupes de pression voire de victimes (Dodier & Barbot, 2010). Enfin, la reconnaissance légale des droits des patients dont la loi du 4 mars 2002 constitue en France le texte-clé, reformule les notions d'information, de consentement et d'indemnisation.

Mais, au-delà de ces trois ordres de changement, la maladie change de statut avec la prééminence des maladies chroniques. Ainsi, dans la maladie aiguë, la vie sociale de l'individu pouvait être pensée comme mise entre parenthèses sous l'effet d'un impératif de soins. L'individu malade devait, pour son bien comme pour celui de la collectivité, s'en remettre à une autorité légitime. La chronicité, en rompant avec la dimension ponctuelle de la maladie, porte en elle le développement de la notion d'autonomie : l'individu malade est doté de capacités d'action reconnues, alors qu'elles étaient très faibles dans le modèle de la maladie aiguë. Dans le passage d'un

régime à l'autre, l'impératif de santé s'intensifie et est désormais porté en grande partie par l'individu malade ou potentiellement malade et non plus seulement par l'institution spécialisée. La notion d'autonomie apparaît comme forme idéale – non achevée – de l'individuation. L'individu moderne est en quelque sorte socialement tenu d'être autonome et le malade chronique, loin d'échapper à cette injonction, en constitue une figure type.

Depuis le début des années 2000, la notion d'autonomie du patient prend une forme radicale dans le domaine de la santé publique. Plus que l'évolution des traitements médicaux, c'est désormais l'observance au traitement qui est définie (OMS, 2003) comme gisement essentiel d'augmentation du niveau de santé de la population : désormais la santé des populations est dans les mains des patients eux-mêmes. C'est par le bas (les malades) et non plus par le haut (les progrès de la médecine) que sont envisagés les progrès les plus significatifs de la santé des populations.

Alors que dans le modèle classique du soin, l'individu aliénait son autonomie à sa prise en charge par une autorité qui représentait le savoir, c'est désormais par lui que passerait la réalisation du bien que constitue la santé. L'histoire de l'éducation thérapeutique montre ainsi le passage d'une perspective de transmission verticale d'information à des stratégies d'*empowerment*. Dans ce mouvement qui fait de la recherche de la santé un objectif supérieur à celui de la lutte contre la maladie, et du malade l'acteur principal de sa propre santé, on discerne clairement un changement dans la définition de la profession médicale.

Quand l'individu malade devient capable, il devient également responsable de sa santé alors que, rappelons-le, il était dégagé de cette responsabilité de sa maladie dans le modèle parsonien. Quand reposent désormais sur lui les conditions de sa normalisation non pas par la guérison mais par la gestion de sa maladie, le professionnel de la maladie qu'était le médecin change de fonction. Il n'est plus contrôleur (Parsons, 1952) ou même créateur (Freidson, 1970) de la maladie, mais accompagnateur de la recherche de santé. Dès lors son statut de professionnel autonome, celui qui organise la lutte en définissant les contenus de l'activité légitime, devient hautement problématique.

Conclusion : déprofessionnalisation/reprofessionnalisation ?

À partir des années 1960, la construction des fonctionnalistes sur les professions est remise en cause : la seconde École de Chicago avec E. Hughes, H. Becker, et l'interactionnisme symbolique ont montré que les « professions » ne sont ni plus utiles à la société, ni plus unies, que tout autre métier qui serait moins noble. La rupture sociologique est forte dans la mesure où les petits métiers (plombiers, cordonniers) peuvent dès lors être considérés et étudiés comme les autres. Ainsi, la théorie sociologique critique déconstruit l'idée d'autonomie professionnelle

(Bucher & Strauss, 1961) et dans le domaine du travail, les sociologies critiques – en écho au mouvement général de démocratisation de la société – ouvrent la porte au management public.

Nous avons analysé quelques-unes des évolutions qui affectent l'éducation et la santé et montré les injonctions contradictoires et la multiplication des prescriptions. Cependant, on pourrait arguer que les innovations organisationnelles ont toujours marqué l'histoire de ces secteurs ; que les professionnels ont toujours exercé une autonomie permettant de déroger aux pratiques prescrites. Mais alors, peut-on faire l'hypothèse d'un changement structurel ?

D'une part, alors que des marges de liberté (dans la classe comme dans le cabinet du médecin) étaient permises par le sentiment d'une maîtrise de la profession, l'objectivation étatique vient aujourd'hui s'appliquer jusqu'à la « prudence », cette dimension délibérative et conjoncturelle du métier. Le changement aujourd'hui est non seulement effréné, intégré dans une chronicité ordinaire et une multiplicité des prescriptions, mais plus encore il touche « le cœur du métier ». Ce qui nous apparaît comme caractéristique de l'époque tient ainsi à ce double impératif de singularisation et de globalisation. Les enseignants du secondaire comme les médecins généralistes apparaissent pris entre deux contraintes dont la conciliation devient l'enjeu de l'unité du métier.

D'autre part, à la fois individualisée et rationalisée, l'activité professionnelle pourrait sembler gagner sur tous les tableaux, mais les mêmes acteurs peuvent-ils porter simultanément ces deux logiques ? Est-il possible d'avoir simultanément l'œil sur les indicateurs et les nouvelles consignes tout en privilégiant le rapport direct avec les personnes qui composent le public ? Les risques d'éclatement, ou au moins d'une phase nouvelle de segmentation (Becker, 1986) de chacune des professions considérées, sont patents. Ainsi les médecins généralistes paraissent écartelés entre le modèle de la consultation et celui de la population que figurerait assez bien le modèle britannique des médecins entrepreneurs moins nombreux et mieux payés gérant une population avec un *pool* de personnels soignants et effectuant des consultations plus rares et plus courtes. De même, les enseignants sont pris entre « la classe » qui était traditionnellement la véritable affaire, et la maîtrise éducative de différents savoirs sociaux, des perspectives de coordination qui vont de la gestion de nouvelles technologies à l'animation d'équipe en passant par la formulation de projets innovants.

Le modèle professionnel trouvait en quelque sorte sa particularité dans la coïncidence de deux logiques (l'élève singulier et la discipline pour l'enseignant ; la clinique et le savoir scientifique pour le médecin). Il impliquait une marge d'autonomie dans la mesure où l'adéquation entre les deux niveaux ne pouvait être automatique et était nécessairement portée par l'individu exerçant la fonction.

Cette dimension prudentielle nous semble mise en cause par la disjonction de deux impératifs qui pourraient être désormais être portés par des acteurs distincts.

L'évolution de ces deux métiers pourrait dès lors se traduire par une nouvelle division du travail. S'inscrira-t-elle dans des mécanismes, analysés par la sociologie du travail de transfert de compétences et de délégation de tâches et notamment ceux qui consistent à renvoyer vers le bas « le sale boulot » (Hughes, 1962) ?

D'un côté, une part des professionnels sont en quelque sorte appelés à devenir des cadres, opérant un mouvement de normalisation : en contrepartie de cette mutation sont envisagées des améliorations de revenus ou de conditions de travail. Ils échappent alors progressivement à ce qu'on pourrait nommer une « exceptionnalité professionnelle » pour se ranger dans le mouvement massif de la rationalisation bureaucratique analysée par Weber il y a un siècle.

De l'autre côté, d'autres se replieraient sur une action de première ligne, en contact direct avec les publics, et donc sur une dimension relationnelle qui peine à être valorisée dans la mesure où elle est impropre à la mesure par les indicateurs.

Face à ces tendances centrifuges, la formation est questionnée : doit-on y intégrer ces dimensions dans le but d'accroître la capacité des professionnels à gérer ces tendances individuellement, au risque alors de les survaloriser, d'induire des stratégies précoces, et donc de définir implicitement la dynamique professionnelle comme un éloignement constant des publics ? Ou bien passe-t-on ces aspects sous silence pour éviter de les réifier, considérant que, face à cette tension centrale de l'expérience professionnelle contemporaine, ils doivent être l'objet d'une découverte et d'une réponse individuelles ?

Geneviève ZOÏA

genevieve.zoia@univ-montp2.fr

Laurent VISIER

laurent.visier@univ-montp1.fr

BIBLIOGRAPHIE

BARRERE A. & MARTUCELLI D. (1998). La citoyenneté à l'école : vers la définition d'une problématique sociologique. *Revue française de sociologie*, vol. 39, n° 2, p. 651-671.

BECK U. (2001). *La société du risque sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Flammarion.

BECKER H. (1986). "Studying Urban Schools", *Doing things together*. Selected papers. Evanston : Northwestern University Press

- BONAH C. & VISIER L. (2011). De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé. In Collège des enseignants de SHS en médecine, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les Belles Lettres.
- BUCHER R. & STRAUSS A. (1961). L'hôpital et son ordre négocié. In *La trame de la négociation*. Paris : L'Harmattan.
- CARR-SAUNDERS A.M. & WILSON P.A. (1964). *The professions*. [s.l.] : Frank Cass.
- CASTEL P. (2009). What's Behind a Guideline? Authority, Competition and Collaboration in the French Oncology Sector. *Social Studies of Science*, vol. 39, n° 5, p. 743-764.
- CHAMPY F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris : Presses universitaires de France.
- CHAUVEAU S. (2011). *L'affaire du sang contaminé (1983-2003)*. Paris : Les Belles Lettres.
- DESROSIERES A. (2008). *Gouverner par les nombres*. Paris : Mines ParisTech.
- DODIER N. & BARBOT J. (2010). Violence et démocratie au sein d'un collectif de victimes. Les rigueurs de l'entraide. *Genèses*, vol. 81, n° 4, p. 84-103.
- DUBET F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris : Seuil.
- DUBET F. & MARTUCCCELLI D. (1998). *Dans quelle société vivons-nous ?* Paris : Seuil.
- DURKHEIM É. (1925). *L'éducation morale*. Paris : F. Alcan.
- EPSTEIN S. (2001). *La Grande Révolte des malades : histoire du sida*. t. II. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.
- FOUCAULT M. (2004). *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France, 1978-1979*. Paris : Gallimard/Seuil.
- FREIDSON E. (1970). *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York : Atherton Press.
- HENRY E. (2007). *Amiante un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- HUGHES E. C. (1962). Good People and Dirty Work. *Social Problems*, vol. 10, n° 1, p. 3-11.
- MAROY C. (2006). Les évolutions du travail enseignant en Europe. *Cahiers de recherche du Griseif*, n° 42.
- OCDE (2010). *Regards sur l'éducation 2010 les indicateurs de l'OCDE*. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques.
- OMS (2003). *Adherence To Long-Term Therapies: Evidence For Action*. En ligne : <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/> (consulté le 10 février 2012).
- PARSONS T. (1952). *The social system*. [Londres] : Tavistock Publications.
- PARSONS T. (1955). *Éléments pour une sociologie de l'action*. Paris : Plon.
- RENAULT A. (2002). *La libération des enfants*. Paris : Calmann-Lévy.

- SCHÖN D. (1994). *Le praticien réflexif à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Outremont : Logiques.
- VERGÉS J.L. (2010). « Les contrats d'objectifs ». En ligne : <<http://www.esen.education.fr>> (consulté le 6 février 2012).
- WORMS F. (2010). *Le moment du soin*. Paris : Presses universitaires de France.
- ZOÏA G. (2010). « Aborder la question des “communautés” dans l'établissement scolaire : quelles réalités, quels outils ? ». *Cahiers du CERFEE*, n° 29
- ZOÏA G. (2011). « Nouvelles parentalités : entre médecine et société ». In Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les Belles Lettres.
- VISIER L. (2011). « Malades, patients, Usagers ». In Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé, *Médecine, santé et sciences humaines*, Paris : Les Belles Lettres.

Abstract • Keywords

ABSTRACT • Teachers and physicians are traditionally considered as prototypes of the category of profession, particularly because of their allegedly possessing a knowledge which is the universal, their tendency for general interest, and their autonomy. We two centrifugal tendencies common to both jobs, which is referred to as “populational” and “ethics.” We observe that in both fields these two trends contribute to a new segmentation of the population between managers and frontline agents.

KEYWORDS • teacher, autonomy