

LA NORME SYMBOLIQUE, FONCTIONNELLE ET DANS L'USAGE ; DE LA DIVERSITE DES NORMES DANS LES CONTEXTES DE TRAVAIL

Au travers d'une analyse réalisée sur un terrain, nous allons nous intéresser à la question des normes et de la diversité de leur mode de production, d'expression et de mise en œuvre.

Cette analyse opérée à partir d'observations du travail en lien étroit avec son déploiement dans l'espace, montre qu'il est difficile de séparer la question de la conception et de l'application des normes du contexte de travail.

En effet, d'un côté, la norme est souvent une forme de commande dictée par un extérieur à la situation de travail qui prescrit une façon de procédure dans l'objectif de circonscrire la situation de travail et de la contrôler. Elle peut viser un résultat mais constitue souvent un descriptif d'états qu'il faut respecter. C'est par exemple, le cas des normes fonctionnelles.

D'un autre côté, cette norme extérieure fondée sur un prescrit se confronte toujours :

- d'une part, au contexte social et historique qui traduit des codes souvent intériorisés en lien avec la place de chacun dans une organisation, le rapport au pouvoir et les jeux d'alliance ; il s'agit là d'une autre nature spécifique de norme dans le registre du symbolique.
- d'autre part à la mise en œuvre du travail dans sa dimension opératoire, il s'agit ici des toutes les règles, codes et usages issues de l'expérience et la pratique dans le travail. Cet autre registre de normes se déploie dans le faire, la praxis.

A partir du cas décrit ci-dessous, nous nous proposons d'emmener un réflexion sur trois registres de normes : la norme symbolique, la norme fonctionnelle et la norme qui naît dans l'usage.

Notre ambition est d'ouvrir sur un regard diversifié de la norme et en particulier de valoriser la norme non pas experte mais celle qui s'exerce dans l'usage, celle qui naît dans l'action et de l'expérience et qui s'impose dans le vécu des personnes en situation de travail.

1. Le cas d'un bloc opératoire

Pour illustrer notre propos, nous nous appuyons sur une analyse de cas réalisé dans un bloc opératoire au sein d'un hôpital public parisien rassemblant un nombre important de spécialités en chirurgie.

1.1. Le contexte social et historique

Le milieu hospitalier présente la caractéristique de dissociation du pouvoir financier du pouvoir symbolique. Le premier concerne la logique administrative et gère le budget de l'ensemble des moyens nécessaires pour le fonctionnement quotidien ainsi que les prévisionnels des projets (immobiliers, équipements, forces de travail...). Le second concerne la place et le poids du corps médical dans la structure hospitalière. Le type d'activité, l'organisation et les résultats dépendent de celui-ci.

Les deux pouvoirs, médical et administratif, peuvent se confronter, le premier en ne considérant que les aspects financiers et en négligeant les exigences de fonctionnement et le second, en ne considérant que l'activité médicale et en faisant abstraction des contraintes budgétaires.

La double appartenance du personnel soignant, une dépendance hiérarchique forte envers les chefs de service (médecins et chirurgiens) et une affiliation administrative à la direction, éloigne d'autant plus cette population des instances de décision. Le fonctionnement quotidien et la qualité de la prise en charge des patients reposent pourtant sur ce personnel majoritaire en nombre.

Au sein du bloc, le fonctionnement au quotidien conduit à la cohabitation et la coopération de populations différentes. En effet, deux filières de métiers coexistent : l'une chirurgicale avec plusieurs spécialités, l'autre anesthésique. Chaque filière est composée d'aides soignants, d'infirmiers et de cadres.

1.2. L'espace fonctionnel et l'espace de l'activité de travail

Un bloc est un espace protégé historiquement centré sur l'acte opératoire. L'organisation est marquée par la multiplicité et le poids de règles de fonctionnement. L'espace se caractérise par une organisation spatiale séparant les flux notamment dans l'approvisionnement des matières (consommables en usage unique, ustensiles recyclés en stérilisation, pharmacie...) et leur évacuation (déchets, circuit de stérilisation...). L'intention dans la structuration des espaces est une nette démarcation entre les lieux dédiés au "sale" et ceux au "propre" dans le respect des principes d'hygiène. Le principe de la "marche en avant" est sous-jacent au modèle organisationnel choisi dans la forme spatiale générale.

Les matières sont ainsi emmenées dans le bloc et suivent un processus linéaire dans leur mode d'utilisation. De leur approvisionnement dans les magasins, à leur utilisation en salle d'opération et jusqu'à leur condition d'évacuation, les matières et les ustensiles divers sont acheminés suivant une logique de "marche en avant", sans croisement ni retour en arrière.

Le flux des patients est également envisagé sur le même modèle. Le patient à opérer est amené des salles d'hospitalisation vers le bloc, il est acheminé en zone propre dans l'enceinte même du bloc puis anesthésié en salle d'induction, disposé ensuite sur une table d'intervention en salle d'opération et est évacué en fin d'intervention vers la salle de réveil. Dans l'objectif d'une qualité d'accueil du patient à opérer, l'utilisation des circulations repose sur le principe du non croisement entre patients notamment de ceux entrant en salle, réveillés, avec ceux sortant, endormis.

Le bloc est ainsi conçu sur un principe fonctionnel de séparation des flux et des espaces. Les circuits sont construits sur une vision séquentielle, linéaire, atemporelle, sans événements dans le temps.

Sur le terrain, l'organisation du travail est historiquement marquée par une répartition du travail affectant la charge du nettoyage et de l'accueil du patient à l'aide soignant, c'est-à-dire le garçon de salle. Il doit donc pouvoir assurer en même temps les flux des matières et ceux des patients. Le dispositif spatial conçu sur le principe organisationnel de la "marche en avant" et la séparation des flux conjugué au rythme de rotation des patients, dictée par le programme opératoire prévu, place l'aide soignant dans une situation délicate. Il doit gérer ses attributions tout en répondant à deux exigences pas toujours convergentes : respecter les règles d'hygiène dans la gestion des flux de matières et assurer la prise en charge des patients dans les meilleures conditions d'accueil.

Le programme opératoire exige une réactivité dans le déroulement des tâches qui ne permet pas le déroulement des flux patients et matières sans déroger à une des deux exigences. Dans la contrainte, le garçon de salle privilégie sa relation au patient tout en respectant le programme opératoire permettant ainsi à la fois un bon accueil et l'optimisation dans l'utilisation des salles d'opération (les pressions économiques, poussant depuis quelques années à rationaliser l'utilisation des moyens lourds et conduisant à réduire au mieux les temps morts d'inactivité des salles qui mobilisent à la fois du personnel, les équipements et les locaux).

Dans ce contexte, la transgression des règles d'hygiène, notamment dans l'évacuation des déchets constitue une soupape de régulation dans le déroulement de l'activité de travail du garçon de salle. Le respect des consignes suppose en effet, l'adaptation de son cheminement selon l'organisation spatiale des circuits le conduisant inévitablement à la fois à rallonger considérablement ses pas mais surtout à une perte de temps précieux par rapport au temps octroyé à l'accueil des patients en salle d'opération.

La conception spatiale conçue sur un principe théorique prescrivant la séparation des flux, notamment en termes de circuits, ne prend pas en compte l'organisation réelle du travail, notamment la prise en charge simultanée du travail de l'aide soignant d'un double objet (matière et patients) qui rend caduque un raisonnement d'un déroulement linéaire de chacun de ces deux flux dans l'espace et le temps du bloc opératoire.

L'aide soignant est dans son travail face à un choix nécessaire entre des situations impossibles : le non accueil des patients, le débordement sur le programme opératoire ou la transgression des règles d'hygiène. Les murs du bloc, en séparant les espaces dédiés aux différents circuits et rallongeant les distances dans les circulations, isolent le soignant dans ses prises de décisions. Ils le conduisent à rompre une ou plusieurs continuités dans les processus de travail autour du patient ou des matières.

L'espace l'oblige à fragmenter son travail et engendre ici une activité empêchée (Clot, 2002). Son travail est quotidiennement construit, prescrit, par l'espace.

Face à cette contradiction cristallisée dans les lieux et l'impossibilité pour lui de modifier sa situation de travail, le déni constitue un refuge pour le soignant mais aussi pour les collectifs du bloc qui vivent la situation. En effet, le contexte social et historique (organisation hiérarchique historique plaçant depuis tout temps, l'aide soignant au niveau de reconnaissance le plus bas au bloc opératoire) conjugué aux conditions de conception du bloc (conception spatiale étrangère au soignant, issue de décisions d'acteurs extérieurs

au bloc se reposant sur un prescrit, notamment en matière de règles d'hygiène sans prise en compte des conditions réelles du déroulement du travail) l'obligent à nier l'impasse dans laquelle il se trouve. Ne pouvant intervenir sur les conditions dictant son activité, le soignant ne peut "voir" par lui-même la contradiction qui se cristallise dans l'espace. C'est l'observation du déroulement temporel de son travail croisée à l'analyse spatiale, notamment de l'organisation prévue des circuits qui met l'accent sur l'organisation réelle. L'incohérence soulevée montre l'impossible gestion de la situation dans des conditions satisfaisantes pour ceux qui vivent le quotidien au bloc opératoire.

2. De la question des normes dans l'espace de réalisation du travail

Le choix d'une organisation spatiale n'est jamais neutre mais traduit le cadre officiel dans lequel est décidé de faire dérouler une forme d'activité. La configuration spatiale d'un lieu de travail partage, sépare, met en relation... Bref, elle structure les déplacements, les contacts qu'ils soient directs ou visuels entre individus et groupes dans les divers espaces.

Dans sa manière de former, modeler et façonner son contenu au travers de l'organisation spatiale, l'espace insuffle aux hommes et femmes, un mode de déroulement des tâches. De ce point de vue, l'approche fonctionnelle du fonctionnement prédétermine des principes organisationnels lisibles dans le bâti et donc dans la forme spatiale ainsi concrétisée. Il s'agit ici des normes fonctionnelles.

De la même façon, l'action des hommes et des femmes logeant dans un espace déterminé n'est jamais neutre mais influence à son tour l'espace dans son vécu au quotidien et dans son évolution. En découle un autre registre de normes issues des codes symbolique et de la pratique, dans l'usage au quotidien des espaces dans le travail.

Dans les paragraphes qui suit, nous nous proposons d'interroger la question des normes et d'ouvrir le débat sur un nécessaire questionnement de la place, de la nature et du rôle des diverses normes.

2.1. La norme symbolique

L'espace support de toute structuration sociale, traduit une réalité sociale et symbolique. Par sa délimitation physique, sa forme, l'espace permet ou non une mise en relation à plusieurs niveaux :

- Un rapport entre individus et/ou groupes, peut être ou non créé. Cela contribue à qualifier les relations entre espaces dans leur distribution et leur organisation.
- Une répartition des rôles peut se créer et cela peut se lire dans la division spatiale du travail. De ce point de vue, la position (proximité, éloignement) des divers lieux dans et pour la production n'est jamais neutre.

Ces relations ne sont pas vues ni vécues de la même façon par tous dans une organisation. Les représentations et les ressentis diffèrent selon la direction, les personnels, l'encadrement, les concepteurs, les institutionnels (inspection du travail, CRAM...). Les espaces n'ont pas la même signification. Cette dernière relève de la place que chacun leur accorde. La dimension symbolique est ici prégnante et constitue quelque part une forme de

norme plus ou moins explicite. A chaque espace, une signification. A chaque signification, une forme de codification normalisatrice de la pratique dans les relations sociales.

Ainsi peut-on parler, d'espaces contrôlés (notamment dans le cas d'organisation taylorienne), d'espaces hiérarchiques et hiérarchisés, d'espace social, d'es espaces clandestins.

L'espace symbolique, issue du contexte social, historique et culturel, est quelque part la place (symbolique certes, mais qui se matérialise dans l'espace) accordée à chacun dans une organisation.

Dans le cas du bloc opératoire, l'espace de travail est fortement influencé par la norme symbolique forte liée au contexte historique et social de l'hôpital. La séparation des pouvoirs, notamment entre l'administration et le corps médical d'un côté mais aussi entre discipline (chirurgie – anesthésie) conduit à mettre l'aide soignant dans un posture délicate. Il dépend hiérarchiquement de l'administration mais travaille au quotidien avec les chirurgiens mais aussi avec les anesthésistes.

Par ailleurs, il occupe la position la plus basse dans la classification des personnels du bloc. Il dispose donc de peu de place dans la parole et n'occupe pas de position légitimement reconnue pour questionner l'organisation et les choix de conception. Il occupe ainsi la place qui lui est dédiée, décidée et il "fait" avec les moyens du bord.

De plus, la conception architecturale n'ayant pas pris en compte cette norme symbolique, la lecture des occupations des salles notamment dédiée au repos, montre le décalage entre une approche fonctionnelle sans prise en compte de la norme symbolique. En effet, la conception a prévu une salle de repos commune et centrale par rapport à la configuration du bloc. L'analyse terrain montre une multiplication et un repositionnement d'un ensemble de coins ou salles repos. Les personnels, par appartenance disciplinaire (par spécialité en chirurgie) ont chacun improvisé un coin café dans des espaces plus ou moins reconnus et clandestins (couloir, réserves..) permettant un regroupement par logique disciplinaire. Cet éclatement est de fait révélateur des différentes fractures dans les collectifs de travail, notamment entre disciplines de chirurgie d'un côté et entre la chirurgie et l'anesthésie de l'autre.

2.2. La norme fonctionnelle

L'espace au travers d'une configuration dans sa forme est en lien direct avec un modèle d'organisation qui a pour vocation d'induire un mode de fonctionnement.

Pour coller à l'organisation, l'espace est hiérarchisé, agencé et structuré selon une manière de voir l'organisation de la production, du déroulement de ses opérations et par conséquent des tâches à réaliser. Cette organisation spatiale se traduit dans l'agencement spécifique des différents composants de l'espace. La définition des limites (murs et cloisons), des ouvertures (portes et fenêtres), des volumes, des proportions, le choix des matériaux mais aussi les choix fonctionnels en sont directement inspirés. Une organisation est sous-jacente à toute configuration spatiale au travers de la distribution des espaces, de l'emplacement des accès, par le principe de composition générale du lieu ainsi que du choix constructif.

L'approche fonctionnelle est de ce point de vue un modèle d'organisation spatiale. L'introduction de la notion de fonction dans la conception des espaces est un critère récent issu des temps modernes et correspond à la vocation générique identifiée de l'espace. Selon le Robert, il s'agit du "*rôle actif caractéristique, dans un ensemble*". Il est à l'origine utilisé dans les sciences, la chimie et la mécanique. Un espace fonctionnel est ainsi un espace qui est "*relatif aux fonctions*". Cette notion est ainsi à inscrire dans une perspective structuraliste. On parle ainsi d'espace de circulation, d'espace de repos pour signifier le lien à la fonction visiblement dominante.

L'approche fonctionnelle des espaces dans les entreprises répond d'une approche rationnelle, parfois un peu techniciste, réduisant les espaces aux fonctions identifiées et recherchées. Dans les d'entreprises, lieu d'intégration des techniques de production, le rapport à l'espace est souvent perçu essentiellement dans son rapport aux technologies et au système technique (machines...). La tendance est alors une normalisation du bâti pour satisfaire principalement les exigences de la production dans une optique de productivité. L'espace est seulement perçu au travers d'une surface et d'une enveloppe qui répondent aux seuls critères d'un contrôle de l'environnement (éclairage, ventilation...) pour une production. Dans une approche purement fonctionnelle de l'espace, tout ce qui semble être "superflu" par rapport à leur utilité supposée est évacué.

Dans le cas du bloc opératoire, la fonctionnalité des espaces est une traduction faite des règles notamment en matière d'hygiène et d'asepsie. Ces règles sont issues des connaissances médicales sur le rôle et l'impact de différents facteurs sur l'organisme. C'est-à-dire, qu'à partir de connaissances génériques médicales, des règles sont énoncées pour réduire le risque d'apparition de ces facteurs dans les situations. L'intention est ici de mieux maîtriser les facteurs de risques.

L'approche fonctionnaliste des blocs opératoires s'inspire donc massivement des normes extérieures en lien avec la vision spécialiste hygiéniste. Elle conduit à considérer le fonctionnement par une approche séparant les flux : celui des matières et celui de hommes. Chacun pris séparément est cohérent dans sa mise en œuvre par rapport à la norme fonctionnel.

Le circuit dédié au flux des matières respecte le déroulement linéaire dans son évolution. Il passe par des espaces différenciés dédiés à chaque fois à la fonction prévue. Celui prévue au flux des malades est également pensé sur un principe linéaire de marche en avant sans retour en arrière du patient évitant ainsi le croisement des patients entrants (éveillés et à opérer) de ceux sortants (opérés et endormis).

La réalité du terrain montre que le déroulement du travail est plus complexe et diverse que ce que peut bien prévoir et apporter toute approche fonctionnelle. Tout n'est pas prévisible. Pourtant, les normes fonctionnelles demeurent axées sur un principe de fonctionnement pris hors contexte, inspirée de règles extérieures et dictant un modèle sous-jacent théorique et désincarné. Dans une approche fonctionnaliste, le travail dans son déroulement n'est pas considéré, il est au mieux réduit à une conception abstraite de fonctionnement. Dans le cas de l'aide soignant, son travail le conduit à faire face à une ensemble de facteurs hétérogènes. Ici, les deux flux ne peuvent être séparés ni dans le temps ni dans l'espace.

De plus, la norme fonctionnelle hygiéniste est issue, dans le cas du bloc, de la production d'un expert hygiéniste se plaçant du côté symbolique du pouvoir administratif. L'hygiéniste vient avec des procédures et des normes fonctionnelles orienter la conception des moyens, notamment des espaces de travail (à la charge de l'administration). Il se base sur des

connaissances médicales extérieures et générales qu'il traduit de façon à garantir un fonctionnement respectant le cadre légal et juridique de l'hôpital. La responsabilité légal, notamment sur les moyens étant du ressort également de l'administration.

Toutes ces raisons amènent à reconsidérer la place des normes fonctionnelles. Leur mise à l'épreuve au réel au travers d'une contextualisation et d'une mise en situation montre que l'espace du travail ne peut être réduit à une série de fonctions et que la fonction ne peut être confondue avec l'usage.

2.3. La norme "d'usage"

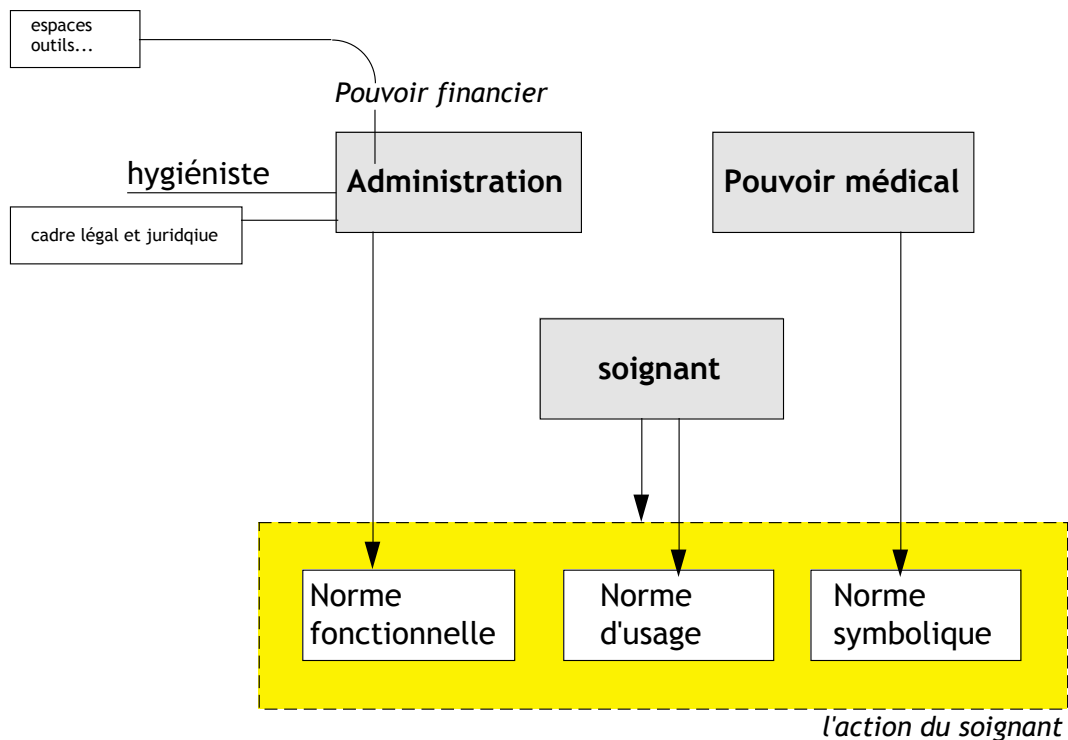
Un espace conçu pour une fonction spécifique n'empêche pas que des usages multiples, voire d'autres, s'y installent et se développent. La question de l'appropriation se pose ici et renvoie à un processus au-delà de la notion de fonctionnalité. Dans un milieu de travail en particulier, la valeur de l'espace se pose d'une part, par sa capacité à servir des usages dans le quotidien du travail mais aussi dans son aptitude à s'adapter à l'évolution des besoins et des usages de l'entreprise dans un contexte de perpétuelles mutations des marchés, et des exigences de production, autrement dit dans sa malléabilité.

La paradoxe est que beaucoup de producteurs de normes ont le mythe de vouloir mettre en norme l'usage. Ils mettent en place des normes (hygiénistes, d'utilisation...) qui de part leur mise en œuvre favorisent un mode de fonctionnement et freinent d'autres. Autrement dit, ils mettent en place des agencements (spatiaux, de matériels mais aussi de procédures) qui ont pour visée d'influencer les pratiques au travers des choix d'espaces dans leurs configurations et leurs organisations.

Certes, la définition d'un espace permet, par sa délimitation, de circonscrire un contenant et d'aménager une place, à partir de laquelle, une transition entre un dehors et un dedans, entre un là-bas et un ici, est marqué. Mais cette délimitation, quelque soit sa matérialisation, physiques (mur, dénivellation...) ou suggestive (cloisonnette, muret...), se confronte toujours à un moment à l'usage au quotidien de ceux qui y logent.

Sur le terrain, le travail des personnes résulte des choix de conception (des espaces et du fonctionnement) mais constitue toujours une mise en œuvre qui dépasse le prescrit et qui combine des dimensions de nature diverses. Dans le cas du bloc opératoire, Le travail de l'aide-soignant est basé sur la nécessité de transgresser les règles d'hygiène afin d'assurer la survie du malade et le déroulement du programme opératoire.

Son activité de travail se déroule dans un mouvement dynamique combinant les objectifs, les contraintes et les moyens qui lui sont offertes. Il gère cette tension qui en résulte. Il crée ainsi une nouvelle norme dans l'usage : il déroge à la règle d'asepsie lorsque la tension est trop grande et qu'il ne parvient plus à tenir à bout portant l'ensemble dans un même espace-temps. Cette norme issue de la pratique montre le processus décisionnel sur un plan opérationnel et révèle une hiérarchisation dans les priorité au regard de l'action à réaliser.



3. Pour conclure

La norme en insufflant une vision normée du travail et de ses différents composants pose problème, notamment dans une conception appauvrie du travail où le paradigme sous-jacent donne l'illusion que les situations de travail sont de simples champs d'application. La norme est dans ce cas, un ensemble de règles qu'il faut appliquer de façon descendante.

La valorisation des expériences terrain et des savoirs qui en sont issues font ressortir que la pratique est marquée par ces normes extérieures qu'elle respecte mais qu'elle peut et doit aussi pouvoir déroger pour en créer d'autres d'une autre nature. Il s'agit des normes d'usage dans une optique opérationnelle, à savoir dans le paradigme de l'action. Les règles informelles adoptées dans l'agir des personnels pour faire ce qui leur est demandé avec ce que cela leur demande (F. Hubault) déterminent des pratiques communément adoptées par les personnels pour *faire face* dans leur travail. Ce que nous avons décidé de nommer la norme d'usage.

S'ajoute à cela, un ensemble de normes propres au contexte en lien avec les codes sociaux et symboliques qui s'imposent dans les us et coutumes, dit autrement, dans l'*habitus* (P. Bourdieu). La question des rapports de force et du pouvoir fait partie intégrante d'une norme symbolique difficile à évincer dans le quotidien du travail.

Ces deux registres de normes issues du contexte réel dans l'agir des personnels sont tous deux de nature intérieure à la situation, générés et immanentes (M. Rabit) à la situation.

Si la conception générale de la norme s'intéresse à ses registres de création de codes dans la pratique, la norme peut alors s'enrichir et peut être rattachée à une conception incarnée et humaine.

Un enjeu en ergonomie peut alors être de valoriser cette compétence issue de la pratique et de questionner à la fois les normes fonctionnelles qui dictent la conception des espaces et des procédures mais aussi de contribuer à mettre en œuvre des processus de reconnaissance des gestes et actes déployés dans le travail comme valeur d'usage. Nous sommes alors dans le paradigme d'une norme différente pouvant s'opposer à la vision dominante de la norme extérieure, descendante qu'il suffit d'appliquer.

BIBLIOGRAPHIE

BOURDIEU, P. (1972) *Esquisse d'une théorie de la pratique* précédé de *Trois Etudes d'ethnologie Kabyle*. Collection Essais Point Editions du Seuil (2000) Paris.

CAZAMIAN, P. HUBAULT, F. NOULIN, M. (1996) *Traité d'ergonomie*. Octarès Toulouse

CLOT, Y. (1999) *La fonction psychologique du travail*. Paris Le travail humain. PUF.

HEDDAD N. RABIT M. (2000) "Espace, Travail et communication" in Actes du 35^e Congrès de la SELF (Société d'Ergonomie de Langue Française). Toulouse, septembre 2000. In *Communication et Travail*, Éditions Octarès, Collection Colloques.

HEDDAD N. LAUTIER F. (2000) "Communication et conduite de projet à l'hôpital : le double enjeu" in Actes du 35^e Congrès de la SELF (Société d'Ergonomie de Langue Française). Toulouse, septembre 2000. In *Communication et Travail*, Éditions Octarès, Collection Colloques.

LEFEBVRE, H. (2000) *La production de l'espace*. Anthropos. Paris.

RABIT, M. (xxx).

ZARIFIAN, P. (1995) *Le travail et l'événement*. Dynamiques d'entreprises L'Harmattan. Paris.