«La question du sens au travail en institution hospitalière ». *Psycho-Oncologie*. Vol 9, (1) : 19-25.

Alice POLOMENI

Résumé

En mettant au travail les notions d'épuisement et de satisfaction dans le cadre de l'exercice de la profession soignante, nous abordons la question du sens du travail au sein de l'institution hospitalière. Décrivant les paradoxes qui traversent la pratique quotidienne des soins dans le cadre de l'actuelle « gouvernance hospitalière », nous interrogeons ses effets sur l'acte de soin, mais aussi ses répercussions sur les soignants eux-mêmes. En tant que psychologue clinicienne, nous posons la nécessité d'un exercice clinique qui puisse contribuer à maintenir « vivant » le travail soignant.

Mots clés Épuisement professionnel · Satisfaction au travail- Sens du travail · Institution hospitalière · Clinique institutionnelle

Abstract

Questioning the notions of burn out and work satisfaction within the framework of the exercise of the

health-care professions, we approach the question of the meaning of work within the hospital institution. Describing the paradoxes which cross the daily practice of care within the framework of the current “modalities of governance”, we question their effects on the act of care, but also their repercussions on health-care professionals. As clinician psychologist, we put forth the necessity of a clinical exercise which may contribute to maintain “alive” the caring work.

Keywords Burn out · Work satisfaction · Meaning of work
· Hospital institution · Clinical practice · Hospital oncology

Introduction :

Il nous semble important, en guise de préambule, de « mettre au travail » les termes qui viennent border la problématique traitée : quel sens donner à l'épuisement, à la satisfaction, au travail ?

De l'épuisement, on en a fait un syndrome, c'est-à-dire, un ensemble de signes cliniques et de symptômes que les soignants présentent comme une réaction à un stress professionnel chronique : le burn out. Nous nous y attarderons pas : les symptômes sont décrits, le syndrome mesuré, les causes établies, des approches préventives et thérapeutiques proposées... une bibliographie prolifique étaye ce concept.

Divers auteurs soulignent le risque de traiter ce syndrome dans sa dimension purement

individuelle. Centrer la problématique sur le versant relationnel du syndrome (exprimé, entre autres, par la notion de « fatigue compassionnelle »¹), pourrait accroître la tendance à la « psychologisation », voire à la « médicalisation » de l'épuisement professionnel [17; pp 16-19].

A propos du « malaise infirmier », M. Lorient [19] montre que « l'approche en termes de burn out et de stress permet d'envisager une gestion individualisée des risques », d'où des réponses institutionnelles telles que la distribution des brochures d'information avec des tests d'autoévaluation,

des propositions de « formation au travail relationnel » visant à promouvoir la « gestion des affects » [18] ou la « régulation émotionnelle » [16] ou encore le soutien psychologique individuel.

Cette vision de l'épuisement comme « maladie de l'âme en deuil de son idéal » [12] en centrant le problème sur le sujet, tendrait à minimiser les aspects liés aux conditions et à l'organisation du travail – lien pourtant bien établi par plusieurs enquêtes sur le travail soignant.

1. Le terme désigne une forme particulière de burn out qui affecterait les soignants – notamment ceux exerçant en soins palliatifs et en oncologie. La notion peut être référée à deux types d'approche : une ayant trait aux pathologies du lien et de l'attachement ; l'autre, à la psychotraumatologie [33].

Différentes enquêtes font [17 ; pp 19-21] état des indices élevés du burn out chez les soignants français (comparativement à dix autres pays de l'union Européenne), clairement corrélés aux conditions de travail, à la qualité de travail d'équipe et à la qualité des soins octroyés aux malades². Ces travaux montrent que l'incidence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins français est déterminée par le cadre de l'exercice professionnel : les oncologues présentant des scores de burn out beaucoup plus élevés que les médecins de soins palliatifs [17 ; pp19-21].

Dans le champ de l'onco-hématologie, Pronost et al. [29] étudient les facteurs psychosociaux déterminants de la santé au travail et mettent en évidence que « seules les caractéristiques liées à l'environnement du travail (temps, reconnaissance, formation, interdisciplinarité, prise en compte des besoins des patients et de leurs proches) sont significatives ».

Ces constats sembleraient suffisants pour induire des changements institutionnels et managériaux, d'autant que nul ignore qu'au-delà du coût humain qu'il représente, le burn out affecte d'une part, la productivité et l'efficacité du système de santé et, d'autre part, la qualité des soins.

La nécessité des changements dans la « gouvernance hospitalière » paraît encore plus

évidente au regard du succès des « magnet hospitals », dont les modalités de gestion aboutissent à la réduction du turn over, de l'absentéisme, des taux de burn out, à l'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction des patients (qui se vérifie par la réduction de la morbi-mortalité [3].

Les études menées au sein de ces structures de soin démontrent l'existence d'une « triangulation magique » entre qualité du travail, santé des professionnels et qualité des soins [17, pp 36-38]. En effet, les travaux sur la démarche participative semblent valider la pertinence de cette approche managériale, aussi bien dans le champ des entreprises [23] que des institutions de soins [22].

Et pourtant... les changements se font attendre, malgré l'intention de la Haute Autorité de Santé, de promouvoir la qualité de vie au travail.

Face à ces constats, nous serions enclins à parler d'(in)satisfaction au travail...

2 . Ces études remettent en question le management qui prône la flexibilité des postes et des horaires, lequel induit un moindre soutien au sein des équipes, une incertitude quant aux aspects techniques du travail et un manque de temps pour l'accompagnement des patients.

La satisfaction au travail

Le concept de satisfaction au travail a suscité un engouement³, en ce qu'il constitue un contrepoint à la question de l'épuisement et de la souffrance au travail.

Définie comme « un état émotionnel agréable ou positif résultant de l'évaluation faite par une personne de son travail ou de ses expériences au travail », cette notion⁴ a suscité d'autant plus d'intérêt que des corrélations ont été établies entre la satisfaction au travail et la santé des travailleurs [30].

Mais qu'entend-on là par satisfaction ?

Si la satisfaction est liée à l'adéquation entre ce que le sujet attend de son travail et ce que ce dernier lui offre, ces attentes étant « modulables », on peut déduire que la satisfaction peut être obtenue soit lorsque le vécu du travail répond aux attentes, soit lorsque ces attentes sont revues en fonction de la réalité vécue.

Ainsi, les mesures de la satisfaction au travail peuvent tout autant décrire différentes formes de satisfaction que camoufler des manifestations d'une « résignation acquise »⁵ du sujet à des conditions de travail insatisfaisantes.

C'est une des raisons qui amène d'autres auteurs à se référer au concept de « la qualité de vie au travail » lequel ne décrit pas seulement une attitude ou un éprouvé du travailleur, mais intègre un ensemble d'éléments objectifs – notamment les conditions de travail⁶ [32].

En effet, le concept sera étayé par des indicateurs suivants : caractéristiques des personnes, caractéristiques contextuelles (contraintes temporelles, d'environnement et organisationnelles), facteurs de mise en mouvement (organisationnels – tels que la qualité du

dialogue social, l'offre de formation; et individuels – projet professionnel, capacité

3 . « La satisfaction au travail a fait l'objet de très nombreuses études depuis près de 80 ans, puisqu'il s'agit de l'un des concepts de Gestion et Ressources Humaines les plus étudiées, tant comme variable d'intérêt que comme variable explicative, avec plus de 10 000 études réalisées sur le sujet depuis les années 30 » [30].

4 . Pour plus d'éléments sur les références théoriques qui sous-tendent les différentes définitions de la satisfaction au travail, voir Randon et al [30].

5 . Définie comme une réaction du sujet à une situation sur laquelle il n'a pas de prise, la résignation acquise, contrairement au burn out, aurait moins de visibilité sociale [15]

6 . Il serait intéressant de s'attarder sur ces modifications discursives dans l'appréhension de la problématique du travail, qui mobilisent pléthore de notions, telles que le stress au travail, le burn out, les risques psychosociaux, la santé au travail, la qualité de vie au travail, la satisfaction au travail, le bien-être au travail, et même le bonheur au travail. Ces différentes notions mériteraient d'être « déconstruites », afin d'éclairer leurs soubassements théoriques, voire idéologiques – une ambition qui dépasse largement le propos de cet article.

d'initiative), parcours professionnel (stabilité, mobilité et précarité) et un indice de développement compétences, santé, employabilité.

Paradoxes de la satisfaction ?

La satisfaction au travail apparaît directement influencée par les possibilités d'y accomplir ses propres aspirations, de « bien le faire » et de s'y développer.

Une enquête menée au sein de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris [1] montre que les soignants du Pôle Onco-Hématologie sont satisfaits du contenu de leur travail (84%), et en éprouvent une fierté à l'exercice de leurs métiers (72%); néanmoins, leur motivation est en baisse (46%).

Ces données sont interprétées comme « paradoxales », aux vues d'un présupposé qui établirait un lien linéaire entre la satisfaction et la motivation au travail. Or, la baisse de motivation apparaît corrélée aux conditions d'organisation du travail (44%) et à l'absence de reconnaissance professionnelle (75%). Notons, par ailleurs, que 70% des soignants affirment que leur avis ou propositions pour améliorer le travail ne sont pas pris en compte⁷.

Ainsi, le « paradoxe » disparaît dès qu'on les considère du point de vue de la qualité du travail : pouvoir faire correctement son travail, le considérer comme « défendable à ses propres yeux » - en un mot, s'y reconnaître [6] apparaît comme la première condition pour continuer à s'y investir. La qualité du travail réalisé a, en retour, un effet sur celui qui l'effectue [17 ; pp 13-15]. Cet effet est ratifié par la reconnaissance de l'hierarchie et des pairs et conditionne aussi la dimension coopérative du travail, fondée sur le partage des valeurs professionnelles.

La question de la reconnaissance se posera ainsi sur deux registres intimement noués : la nécessité, pour le sujet, de se reconnaître dans ce qu'il fait et le désir d'être reconnu par autrui dans et par son travail.

Reconnaissance

7 . La non prise en considération de la parole des soignants semble paradoxale face à un discours qui tend à encourager la « démocratie sanitaire », affirmant l'intérêt de la prise en compte de l'expertise des malades pour la construction des politiques publiques.

Un détour par l'étymologie du mot reconnaissance⁸ nous permet d'associer différentes dimensions de ce vocable avec les notions de « jugement d'utilité et jugement de beauté », proposées par C. Dejours [9]. En effet, un de ses premiers sens du verbe (vers 908), évoque l'acte de « faire un examen critique d'un ouvrage », «se rendre compte » et, plus tard (vers 1170), de « retrouver (quelque chose ou quelqu'un) avec son caractère véritable ». Ces emplois semblent effectivement correspondre au jugement d'utilité : la reconnaissance par l'hierarchie de l'intérêt du travail accompli. Un sens ultérieur « témoigner de la gratitude » (XIII^{ème} s) s'y ajoute, lorsqu'on évoque la reconnaissance - par ses bénéficiaires - de la valeur du travail effectué. Une autre acception (1580), celle d'«accorder une qualité à quelqu'un » se rapproche du « jugement de beauté » par lequel les pairs nomment la conformité et l'originalité du travail réalisé. Ce jugement de beauté permet au travailleur de « se reconnaître », de « retrouver son image » dans le travail exécuté.

Cette reconnaissance s'avère un élément clé dans le rapport au travail : C. Dejours évoque à ce propos le « plaisir au travail » pour décrire « un état de bien- être psychique lié à la satisfaction des désirs de reconnaissance, à l'expérience de la coopération, de la solidarité, de la convivialité et de la confiance au sein d'un collectif de travail » [10].

Tout en soulignant la place centrale de la reconnaissance dans le référentiel théorique de la psychodynamique du travail, P Molinier [21] souligne qu'elle ne peut se réduire « à des actes ponctuels d'encouragement, de gratitude ou de félicitations qui seraient personnellement témoignés par la hiérarchie ou les collègues, ou encore les clients ». Selon cet auteur, « la vraie reconnaissance du travail s'inscrit matériellement dans l'organisation du travail sous la forme des moyens qui sont accordés pour le faire avec soin ».

Ainsi s'inverse la question de la reconnaissance : « il est faux de penser que l'on travaille pour être reconnu. Nous cherchons plutôt à être reconnu pour travailler. C'est-à-dire pour pouvoir le faire selon nos critères et nos valeurs » [21].

Par là, se déplace également la question du sens : le sens du travail ou le sens au travail ?

8 . Nous nous référons à A. Rey, Dictionnaire Historique de la Langue française., Les Dictionnaires Robert, Paris, 1998.

Le sens du travail : le sens au travail

« Qu'est-ce qu'un travail qui a du sens ? ». Cette question suppose que certains types d'activités, exercées dans certains contextes, ont un sens – nous dirions plutôt une signification (cf infra) - qui leur serait propre. C'est à cette interrogation que cherchent à répondre différents auteurs, recensés par E. Morin [23].

D'après l'auteur, un travail qui a du sens présente trois caractéristiques essentielles, à savoir : la variété des tâches et des compétences ; l'identité du travail (la possibilité de réaliser une tâche du début à la fin, avec un résultat tangible, identifiable) et sa signification, c'est-à-dire, son impact substantiel sur le bien-être ou le travail d'autres personnes.

La question du sens peut aussi se relier aux valeurs associées au travail, valeurs classées en quatre ensembles : celles associées au travail lui-même (la variété des tâches, l'intérêt du travail et l'autonomie décisionnelle) ; celles liées aux conditions de travail (salaire, horaires, sécurité de l'emploi) ; la valorisation personnelle (autorité, prestige social, pouvoir, accomplissement) et la contribution sociale (travail en équipe, contacts avec autrui) [23].

Ainsi, E. Morin [23] définit le sens du travail comme « un effet de cohérence entre les caractéristiques qu'un sujet recherche dans son travail et celles qu'il perçoit dans le travail qu'il accomplit ». L'auteur indique les caractéristiques d'un travail qui a du sens : l'utilité (contribution à la société) ; la rectitude morale ; les possibilités d'apprentissage et développement ; l'autonomie (exercice de ses compétences et prise de décisions) et la qualité des relations au travail.

Retournons la question : qu'est-ce qui donne sens au travail ?

Ici, il nous paraît opportun de souligner la différence entre sens et signification – termes présentant un caractère interchangeable dans le langage courant. Cette distinction, qui remonte à Diderot, a été problématisée dans différentes disciplines (la philosophie, la linguistique, la sémiotique, la psychologie, les sciences sociales).

La signification indique un rapport stable, établi, entre le mot et ce qu'il désigne ; elle est de l'ordre des signaux, elle est « un mot vide ». La signification serait, dans le champ du travail, attribuée aux caractéristiques intrinsèques de l'activité et/ou du cadre dans lequel elle se déroule. Or, « le sens ne se saisit pas, comme on saisit la signification. Le sens, ça prend : ça prend sens » [24]. Dans le cadre du travail, il se construit, s'élabore dans la relation qu'établit le sujet avec l'objet de son activité au sein d'un collectif. Il prend consistance dans cet écart entre le travail prescrit (savoir-faire, règles, compétences techniques) et le réel du travail, telle que l'éclaire C. Dejours : « ce le réel se fait connaître au sujet par sa résistance aux procédures, aux savoir-faire, à la technique, à la connaissance, c'est-à-dire, par la mise en échec de la maîtrise » [8]. C'est dans cette confrontation au réel, c'est dans cet écart irréductible que s'inscrit le propre du travail humain, le rapport subjectif qui donne sens au travail.

A l'hôpital : quid du sens au travail ?

R. Gori [13] explicite les changements opérés au sein de l'institution hospitalière par « une rationalité formelle-pratique étrangère au monde de l'éthique »(EIAS7) et ses conséquences sur l'acte même du soin. Des conditions de travail détériorées (en termes de charge et d'organisation du travail, de relations hiérarchiques, de modalités d'encadrement) suscitent chez les soignants une grande insatisfaction quant aux soins qu'ils procurent à leurs malades. Plusieurs injonctions paradoxales [20] traversent le quotidien de travail des soignants à l'hôpital :

- l'exhortation à la productivité malgré la diminution des effectifs et des moyens financiers ;
- la surabondance des procédures et l'exigence d'une qualité de soins, malgré la réduction de l'espace-temps dédié au soin ;
- le développement des démarches de qualité, d'évaluation des pratiques, face à de réflexion collective sur les modalités organisationnelles du travail ;
- le discours sur la « bientraitance »⁹ opposé à la réalité d'une organisation du travail qui invite à un « désengagement subjectif ».

Des formes de « souffrance éthique »¹⁰ semblent étroitement liées à ce contexte institutionnel. Ainsi, les soignants témoignent, dans les différentes enquêtes citées, de l'impression de subir une mauvaise gestion et organisation du travail de la part des supérieurs hiérarchiques et de l'institution, de la perception d'une non-prise en compte de l'expérience liée à l'ancienneté, du manque d'autonomie et de pouvoir professionnel et notamment du sentiment de ne pas être en 9 . Notons que la « promotion de la bientraitance » ne doit pas méconnaître « le lien évident entre qualité de vie au travail et bientraitance dans les établissements hospitaliers » [17 ; p. 43].

10 . L'expression est de C. Dejours, et la notion est bien discutée dans l'article de Molinier et Flottes [21].

mesure de réaliser « correctement » son travail, de ne pas pouvoir répondre aux besoins du patient et/ou de ses proches.

Ce qui s'y joue est de l'ordre d'un « oubli de reconnaissance » des initiatives prises face aux imprévus, des réponses à ce qui dépasse les référentiels, des solutions à ce qui n'est pas préétabli

par les protocoles, des arrangements qui rendent possible l'organisation collective des soins, de la coopération qui vient suppléer aux moyens insuffisants... En un mot, de tout ce qui amène le sujet à s'impliquer dans son activité, à s'en sentir responsable.

« Cet oubli, nous dit Honneth, ne relève ni d'une erreur d'appréciation cognitive (comme si nous nous trompions lorsque nous prenons des personnes pour des choses), ni d'une infraction morale (comme si nous voulions traiter les personnes comme des choses). Il résulte plus

fondamentalement de pratiques routinisées et conventionnelles par lesquelles nous oblitérons notre rapport originaire à soi et à autrui » [4].

Des effets de cet « oubli » sur la qualité des soins - des gestes habités ou mécaniques, des mots attentionnés ou vides, des silences bienveillants ou absents -, les patients en témoignent. Mais nous pouvons aussi en observer les répercussions sur le soignant lui-même : la difficulté d'être présent à son travail réduit l'activité professionnelle à son rôle purement instrumental et met en difficulté, par là, le sujet qui l'exerce. Le travail sans l'homme ? interpellait Y. Clot¹¹. Des observations sur le travail infirmier décrivent deux types de réaction à l'absence des conditions d'exercice de leur métier et au manque de reconnaissance institutionnelle. D'une part, attribuant leurs difficultés à un « trop d'investissement émotionnel », les professionnels tendent à un désengagement dans leur relation avec les patients, ce qui conduit à des rapports conflictuels avec eux et, en conséquence, une perte d'estime professionnelle [19].

A l'opposé, d'autres soignants surinvestiront la relation avec les patients, cette forme de reconnaissance (la gratitude) leur permettant de soutenir leur motivation et le sens de leur travail. Néanmoins, ce surinvestissement n'est pas sans conséquences sur la qualité de la relation soignant-soigné : certains auteurs mettent en garde contre le risque de « pratiques discriminantes en faveur des destinataires « gratifiants » et au détriment de ceux qui le sont moins » [11].

R. Gori [14] dira que la travailleur ainsi dépossédé de sa subjectivité, de la dimension artisanale de sa pratique, ne serait autorisé à la retrouver que sous la forme de la passivité, de

11 . Nous empruntons le titre de son ouvrage, publié en 1995 aux éditions de la Découverte, Paris.

la plainte.

On se plaint de...

Les soignants se plaignent des conditions matérielles de travail, des problèmes d'organisation du travail (manque de personnel, problèmes de planning, changements fréquents de poste, ...) et de leurs conséquences sur les soins (charge de travail et pression temporelle – avec augmentation des risques d'erreurs ; moins de disponibilité pour les patients et leurs proches...). Les soignants déplorent l'absence d'interlocuteur, les relations avec les cadres, la dégradation de leurs conditions de travail et la détérioration de la qualité des soins. Ils accusent la hiérarchie, la direction, l'institution, le ministre, le gouvernement... Les verbes mis en italiques soulignent le déploiement de la plainte¹² : partant d'un constat juste, elle viendra peu à peu, face à une réalité qui prendra les allures d'immuable, se charger de regrets. En effet, les plaintes des soignants ont parfois une tonalité nostalgique : « avant, on pouvait... ; avant, on faisait..., avant, on était... ». Et on ne peut qu'être troublée par les échos de cette complainte à celle des patients, en proie aux pertes qui entraîne la maladie. La

confrontation quotidienne à une situation qui paraît « sans remède » peut alors susciter la quête des responsables, dont la « surdité » viendra nourrir encore la plainte : « celui qui en est dépositaire court même le risque d'en devenir l'objet » [...].

On entend là la souffrance au travail : sans mettre en question la légitimité de ces plaintes et - encore moins la véracité de leur contenu – nous nous devons de questionner leur sens pour chaque soignant et pour l'équipe¹³.

Pour le soignant, cette plainte peut être une façon de résister à la « résignation acquise » : nommant la frustration, l'écart entre les attentes et les possibilités de les réaliser, elle dit aussi l'implication de l'idéal (qu'elle préserve) dans l'accomplissement professionnel et des manières, propres au sujet, de négocier entre soumission et liberté, répétition et créativité.

Sur le plan de l'équipe soignante, quand la reconnaissance hiérarchique fait défaut, quand les conditions de travail viennent fissurer les modalités de coopération et saper même la

12 . Nous reprenons ici le propos avancés par JB Pontalis [28].

13 . N. Bendrilhen a très justement traité la question de la fonction de la plainte dans son allocution au dernier Congrès de la Société Française de PsychoOncologie, Le Mans, 3-5/12/2014.

reconnaissance entre pairs, érodant ainsi le sens du travail, la plainte peut tenir lieu de « liant ».

Mais elle peut aussi être le refrain qui témoigne du délitement du collectif : la désignation des bouc émissaires, les accusations en cascade, la dé-responsabilisation de chacun – à qui la faute ??? – apparaissent comme autant d'effets de déliaison du refrain plaintif, des répercussions de la com-plainte sur chacun et sur le groupe, sur « l'ambiance » ou « les entours », tels que les définit J. Oury. « Les entours » viennent inscrire quelque chose des habitudes, des préjugés, des répétitions, des formes d'aliénation dans le corps - et, de préciser, « ce corps, c'est le «Leib », la « chair » [26]. Or, « c'est bien ce corps de l'expérience la plus intime de soi et du rapport à autrui qui est convoqué dans le travailler » [8]. Et à Y. Clot de constater que «les gens sont malades de ne pas pouvoir bien faire leur travail » ! [17 ; p. 8]

Si « les entours » façonnent corps et âmes, sans « soigner l'hôpital »¹⁴, comment soigner à l'hôpital?

« Qu'est-ce que je fous là ? ».

Cette question, celui qui exerce une fonction soignante se doit de se la poser, disait J. Oury. Parce que « prendre soin, cela ne va pas de soi » [26] : ça implique le sujet, ça interroge son désir, ça vient questionner le sens de sa présence en ce lieu-là.

Cette question nous apparaît comme un impératif éthique : en ouvrant sur la dimension du désir, elle amène dans son sillon celle de la responsabilité, au sens de répondre de cet acte

dans lequel le sujet s'engage, en engageant celui ou celle qui s'adresse à lui.

Mettre au travail sans relâche cette question est peut-être ce qui nous permet de nous dessaisir de la com-plainte qui fige, pour pouvoir accueillir la plainte en nous saisissant, justement, de son adresse.

Pour que cet accueil soit possible, il faut une disponibilité, une qualité de présence qui invite l'autre à venir vers nous. Il s'agit d'un « exercice tactique » :

14 . J. Oury affirmait que, « pour avoir une certaine efficacité, une prise possible sur l'ambiance, pour pouvoir la modifier, il faut un appareil collectif » [25]. Cet « appareil collectif » serait ce qui permettrait de « soigner l'hôpital » - idée-socle de toute la logique du soin en psychothérapie institutionnelle.

« La tactique n'a pour lieu que celui de l'autre. Aussi doit-elle jouer avec le terrain qui lui est imposé tel que l'organise la loi d'une force étrangère. [...]. Elle fait du coup par coup. Elle profite des ' occasions ' et en dépend [...] Il lui est possible d'être là où on ne l'attend pas » [7].

Nous sommes tous bien placés, psychologues cliniciens insérés dans un service hospitalier, pris dans les mailles du discours institutionnel, pour témoigner de la difficulté de cet exercice clinique.

Et nous sommes tout autant, je gage, convaincus de sa nécessité de cette « clinique des intersitices ». C'est ce qui soutient PL Assoun [2], en rappelant, avec Freud, le caractère « impossible » de ces métiers qui sont éduquer, gouverner et analyser: « c'est parce que le métier est impossible que l'acte est nécessaire ».

On se plaint à ...

C'est parce qu'on se plaint à, que quelque chose de ce qui affecte le sujet peut se dire, s'interroger.

C'est peut-être en renvoyant à celui qui se plaint cette même question (« qu'est-ce que vous foutez là ? »), qu'on peut lui permettre d'interpeller ce qui l'anime, de lui permettre de reconnaître son travail, de se re-approprier ses gestes, d'habiter ses actes, d'incarner la parole qui relaye le soin.

C'est ainsi qu'une brèche peut (peut être) s'ouvrir pour qu'il puisse comme sujet responsable de sa position, c'est-à-dire constitué à partir des propres réponses qu'il invente face au réel, pour qu'il puisse se concevoir comme sujet à la fois « agis par » et « agissant sur » l'organisation du travail. Il convient, en effet, de rappeler que « la normalisation institutionnelle n'est jamais telle qu'elle capte l'ensemble des potentialités créatrices des individus : il reste la présence de l'instituant au coeur même de l'institué » [5].

Il nous semble qu'il est de notre fonction de porter cette question du sens, du désir, de la mettre au travail – certes, dans les réunions cliniques, les groupes de paroles, groupes balint

et/ou d'analyse des pratiques¹⁵ mais surtout dans nos échanges quotidiens au sein des
15 . Nous avons abordé ailleurs la nécessité – pour les professionnels - un espace-temps de
réflexion la relation soignant-soigné, d'un lieu où puisse émerger une « autre » parole que
celle de la logique médicale : la parole d'un sujet (le professionnel) interpellé par celle d'un
autre sujet à qui il fait face (le patient) [27].

institutions soignantes où nous exerçons. Il s'agit d'être là, d'habiter ces « espaces
intersticiels » [31], introduire des dissonances dans la plainte, « programmer le hasard »
pour qu'il y ait rencontre [26].

La portée psychoprophylactique et thérapeutique de cette position éthique est certes
difficilement mesurable, mais son effet - « inestimable » - serait de maintenir le « travail
vivant »¹⁶.

Références bibliographiques

[1] Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, IPSOS (2013). Baromètre interne « Ecouter pour
agir ».

[2] Assoun PL. (2007) Du métier impossible à l'acte nécessaire. L'effet analytique. Figures
de la Pyschanalyse. ; (1) ; 15 :17-31.

[3] Brunelle, Y. (2009) Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est
un où il fait bon se faire soigner. Pratiques et organisations des soins ; 40 : 39-48.

[4] Carré L. (2007) Reconnaissance et "pathologies du social". Vers une nouvelle Théorie
critique de la société avec Axel Honneth. Recherches sociologiques et anthropologiques, on
line 08/02/2011.

[5] Chevalier J. (1981) L'analyse institutionnelle. In : L'institution, PUF, Paris, pp. 3-61.

[6] Clot Y (2010) Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux. La
découverte, Paris. p119.

[7] De Certeau, M (1990) L'invention du quotidien I : Arts de faire, coll. Folio Essais,
Galimard, Paris ; pp 61-62.

16 . Ce concept vient de K. Marx ; C. Dejours emprunte l'expression pour le titre d'un de ses
livres (op cit)

[8] Dejours C. (2013) Travail vivant, T. 1 : Sexualité et travail, coll. "Petite Bibliothèque
Payot" n°895, pp

[9] Dejours C. (1993) Travail : usure mentale, De la psychopathologie à la psychodynamique
du travail. Bayard, Paris.

[10] Dejours, C. (1989) Psychopathologie et rapports sociaux au travail. Revue de médecine
psychosomatique; 20 : 21-30.

[11] Eliasoph N.(2009) Rendre publique l'intimité. In Qu'est ce que le 'care' ? Souci des
autres, sensibilité, responsabilité. P. Paperman et P. Molinier, (eds), Payot, Paris, pp. 201-

- [12] Freudenberger HJ. (1974) Staff burn out. *Journal of Social Issue*; 30 (1) :159-65.
- [13] Gori R. (2010) L'hôpital entreprise. In: *De quoi la psychanalyse est-elle le nom ? Démocratie et subjectivité*. Denoël. Paris, pp. 154-63.
- [14] Gori R. (2011) *La Dignité de penser*. Les Liens Qui Libèrent.
- [15] Grosjean V. (2005) Le bien être au travail : un objectif pour la prévention ? INRS Hygiène et sécurité du travail, Cahier de notes documentaires, INRS- Institut National de Recherche et Sécurité; 198 : 29-40.
- [16] Gross JJ. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*; 2 : 271–299.
- [17] HAS- Haute Autorité de santé. (2010) Actes du Séminaire « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé ». 21/10/2010. La Plaine Saint Denis, 45 p.
- [18] Hochschild A.R. *Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale*. Travailler, 2002, 9 : 19-50.
- [19] Lorient M. (2003) Donner un sens à la plainte de fatigue au travail. *L' Année sociologique*, 2 (53) : 459-485.
- [20] Masquelet AC. L'hôpital public victime des injonctions para-doxales. *Rev Prat* 2011;61(10):1340—50.
- [21] Molinier P ; Flottes A. (2012) Travail et santé mentale : approches cliniques. *Travail et Emploi*, 129 : 51-66.
- [22] Moret L, Anthoine E, Gillet N, et al. (2014) Organisation du travail, démarche participative et satisfaction des patients hospitalisés. *Psycho-oncologie* ; 8 :157-164.
- [23] Morin E. (2006) Donner un sens au travail. Document CRITEOS – Centre de Recherche et d'intervention pour le travail, l'efficacité organisationnelle et la santé. HEC Montréal.
- [24] Oury J. (2009) Détour et répétition. Conférence d'Ouverture au Colloque Psypropops. Orléans, 08/06/2009.
- [25] Oury J. (2007) Psychanalyse, Psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. *VST- Vie Sociale et Traitements*, 3 (95) :110-125.
- [26] Oury J. (2005) Le corps et ses entours : la fonction scribe. www.revueinstitutions.com/articles/la_fonction_scribe.pdf.
- [27] Polomeni A. (2014) Formation des professionnels aux soins psychiques. *Psycho-Oncologie* 8 (1) :14-19.
- [28] Pontalis JB. (1993) Argument au tome 47 « La Plainte ». *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. Gallimard, Paris, pp. 5-8.
- [29] Pronost A-M, Le Gouge A, Leboul D et al. Effets des caractéristiques des services en oncohématologie développant la démarche palliative et des caractéristiques

sociodémographiques des soignants sur les indicateurs de santé. *Oncologie* 2008 ; 10 : 1-10.

[30] Randon S, Pourin C, Sibé M et al. (2011) Actualisation 2011 de la revue de la littérature sur la satisfaction au travail conduite par le CCECQA en 2000. Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine(CCECQA)

[31] Roussillon, R. (1987). Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice. In R. Kaës et al., *L'institution et les institutions*. Dunod, Paris pp. 157-178.

[32] Sarazin B.(2010) Quels indicateurs de la qualité de vie au travail ? *Travail & Changement*, ANACT – Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail ; 334 : 2-3.

[33] Zawieja P. (2014) Fatigue compassionnelle. Ss la direction de Zawieja P. et Franck G. *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Le Seuil, Paris, pp.316-319.