



« L'essentiel n'est point des choses mais du sens des choses » A. St Exupéry

Il n'est pas de jours sans que la question de mal-être des personnels de santé, notamment en établissements, ne soit évoquée. Les interventions auprès de collectifs ou de sujets en état de mal-être au travail, restent aujourd'hui encore trop curatives. Des dispositifs de soutien comme SPS¹ se sont mis en place pour tenter de répondre aux conflits éthiques auxquels sont soumis ces professionnels, aux situations d'épuisement.

La crise sanitaire, depuis un an, ne fait qu'aggraver ces conflits intra personnels. En effet les surcharges de travail, les confrontations plus nombreuses à la mort, mais aussi des déchirements éthiques liés à la mise en oeuvre des mesures de rupture avec l'entourage socio-familial des patients hospitalisés, ne sont que quelques uns des aspects que cette crise révèle. Une rigueur stricte, mais renvoyée aux décisions de chefs d'établissements, incohérences et contradictions sont en oeuvre, confrontant les professionnels soignants de tous niveaux à devoir faire face à des malades totalement isolés, à des familles désemparées, en grande douleur, à des aberrations de fonctionnement qui les enferment. Malgré les avancées des connaissances et de la doctrine sur la question de la souffrance au travail, notamment dans les métiers de la relation d'aide, on ne peut que constater une « cécité » certaine des organisations et des institutions.

A ce titre, le monde professionnel du soin est particulièrement concerné, de par la nature des métiers et ce qu'ils impliquent pour le sujet acteur, et de par les contraintes qui pèsent à tous les niveaux sur ces organisations de travail. Cependant, s'attacher à prévenir la souffrance voire la douleur des personnels concourant à la santé, intra ou extra muros, doit être entendu comme un véritable enjeu de santé publique pour les opérateurs² mais aussi pour ceux qui leur font appel. Quant aux établissements, il semblerait qu'ils ne mesurent pas encore pleinement les risques de désorganisation voire ceux liés à leur devenir en restant des institutions « malades » de leurs dysfonctionnements.

Un travail qui fait sens

Nous affirmons que le choix des métiers du soin reste basé sur l'attention à l'autre, sur une volonté de bienveillance : infirmiers, aides-soignants...et personnels d'accueil ; en back office les personnels administratifs, les techniciens de laboratoire, les personnels techniques... « *Quand je travaille, j'engage le destin d'autrui* » explique Ch. Dejours, citant notamment les personnels soignants³. Ainsi, les concepts de « don » et de « contre don » (Mauss M), le « To cure » et le « To care » restent les fondamentaux de ces métiers où l'empathie prévaut dans l'attention au sujet. Dans les métiers du « care », l'opérateur s'engage pleinement sur le plan psychique mais aussi physique (manipulation, soins, attentions diverses,

¹ Soutien aux personnels soignants- 0805232336 -Numéro vert puis une première écoute puis oriente pour un accompagnement de soutien psychologique, si besoin

² Nous utiliserons ici le mot opérateur en tant que sujet agissant pour réaliser une activité de travail, quelque soit le métier exercé

³ Entretien avec Ch. Dejours - http://nopasaran.samizdat.net/article.php?id_article=1553

déplacements...). Il « incorpore » son activité, au sens de la Psycho dynamique du travail (D. Dessors). A la charge physique et mentale s'ajoute le travail émotionnel⁴.

La féminisation prégnante dans ces milieux en fait un métier du genre, sans doute ; genre extrêmement exposé de part sa capacité à l'empathie et à sa volonté du « care ». Mais au regard de nos expériences d'accompagnement, nous formons le postulat que les atteintes éthiques et au sens du travail s'impactent aussi sur les personnels masculins. Nous dirions que les manifestations et symptômes peuvent s'en exprimer différemment ou plus tardivement pour les hommes ; quelquefois par une violence contre soi-même, trop souvent sans issue.

Le choix de ces métiers participe, également et a priori, de l'engagement dans à la réalisation d'une œuvre commune : le mieux être de l'autre. En effet, quelque soit son métier et sa fonction, l'opérateur est dans une interaction permanente avec les équipes et les autres services ou institutions. « *Travailler...c'est vivre ensemble, c'est coopérer ; on travaille toujours pour les autres* » (Ch. Dejours) ⁵

La notion de réseau, de travail d'équipe prend tout son sens dans les milieux médicaux et médico-sociaux dans une dimension de véritable coopération « *La coopération : ce sont les liens que construisent entre eux des agents en vue de réaliser, volontairement, une œuvre commune* » précise encore l'auteur⁶. La coopération ne se décrète pas, elle se construit avec l'engagement de chacun et de tous, ensemble, dans l'activité. Mais comment construire des collectifs lorsque le temps est compté, celui du geste, celui de l'écoute, celui de la durée moyenne de séjour ?

Des atteintes probantes à la santé

Des formes de décompensations polymorphes aux expressions variées, signent les altérations de la santé des personnels du soin. Des indicateurs comme les taux d'absentéisme dans les établissements, le turnover, les démissions, les réorientations professionnelles⁷, témoignent du malaise ambiant et prégnant. Ces comportements constituent des formes de stratégies individuelles de défense (*Dessors D*) pour des professionnels dont le désarroi voire la douleur sont patents, lorsqu'on les reçoit en consultation après des semaines voire des mois d'arrêt ou parce qu'ils ont « craqué ». A ces manifestations symptomatiques s'ajoutent les mises en inaptitude temporaire ou définitive, les reconnaissances en accident de travail ou maladie professionnelles face à d'évidentes atteintes à la santé qui altèrent les dimensions psychiques, physiques voire comportementales.

Et si les personnels en établissement sont fortement impactés, les infirmiers libéraux, les personnels en secteur médicosocial, les équipes des SSIAD et autres hors murs de tous types (antidouleur, dialysé...) ne sont pas épargnés. Ainsi qu'il s'agisse de soignants directs ou de personnels contribuant au système de soins : administratifs, techniciens de laboratoires, brancardiers etc. ... Nul ne semble pouvoir échapper à cette emprise institutionnelle ou/et organisationnelle qui met à mal le sens du travail (*Lhuillier D*) et conduit à des « conflits de valeurs » (Dejours Ch.).

Les personnels d'encadrement, en position d'interface, en situation « étai » sont également fortement impactés par les transformations du système de santé qu'ils doivent accompagner sans quelquefois les comprendre et /ou y adhérer. Ils sont doublement témoins de la souffrance des patients et de celles de leurs équipes alors qu'eux-mêmes sont dans des situations de « débordement » qui aggravent une charge mentale déjà lourde sur le plan organisationnelle et émotionnelle.

Tenter de prévenir ces atteintes délétères suppose d'accepter d'en analyser les causes et les sources, facteurs de risque.

⁴ Le travail émotionnel renvoie à la notion de dissimulation de ses véritables sentiments afin de répondre à une situation ou un contexte de travail donné tel que l'a développé Arlie Hoschild dans son ouvrage. S'agissant des personnels concourant aux soins, cette notion se révèle particulièrement opératoire.

⁵ Ibid.

⁶ Ibid.

⁷ Liste non exhaustive, il s'entend

Un tableau noir de la gestion du soin

Le monde de la santé vit aujourd'hui des mutations et évolutions de tous ordres qui ne sont pas sans similitude avec les mutations entrepreneuriales. Une finalité comptable le fait devenir une entreprise jugée sur sa production de l'activité de soins et d'une performance économique. Ainsi Fatima Safy-Godineau analyse qu'une « *une logique gestionnaire irrigue le secteur sanitaire par l'introduction des logiques d'efficacité et d'efficience. La première introduit un régime plus strict de financement des établissements de santé en leur imposant une utilisation optimale de leurs ressources. La seconde, conduit à une plus grande contractualisation entre les établissements de santé et leurs autorités de financement... En découle une logique de résultats et d'objectifs dans les modes de financement des établissements de santé* ». La crise sanitaire liée à la COVID agit sur ce point comme un révélateur des symptômes dont sont atteints nos établissements de soins. Cette reconfiguration structurelle conduit à un processus de déqualification des métiers même du soin, dans la mesure où il est demandé aux soignants de devenir des gens *efficaces*, au regard non plus du travail sur l'humain mais de la maîtrise des coûts de leur activité. Chaque soignant, auxiliaire de soin devient comptable de sa propre « rentabilité ». Le travail, du point de vue de l'opérateur perd son sens ; ce dont atteste nombre de personnels rencontrés dans ces secteurs. Il est assez paradoxal qu'il ait fallu une pandémie pour qu'enfin, le travail du soin puisse reprendre du sens ; sauver de la COVID supplantant alors la logique gestionnaire, et que, le sens de ce travail soit publiquement salué. La santé est malade de ses contraintes financières, des rigueurs budgétaires qui lui sont imposées, des politiques gestionnaires où le patient devient un objet de gain et de profit. La référence économique supplante le caractère d'hospitalité et d'accueil des établissements. Le « rendement » prévaut sur le temps laissé au soin : minutage d'une toilette par exemple. La crise mise sur le devant de la scène permettra-t-elle réellement de repenser l'hôpital pour revenir, pour tout ou partie, aux fondamentaux qui l'on construit ?

Le « Lean soin⁸ » n'est pas loin. Les certifications peuvent être regardées sous cet angle, tout autant que sous celui de leur caractère de sécurité donné aux protocoles et procédures, pour le mieux-être du patient. Hors les conséquences d'une T2A, d'une DMS courte, d'une hospitalisation ambulatoire, de toilettes « minutées » sont du point de vue des auxiliaires de santé, autant d'atteinte au respect de l'autre, une obstruction délibérée à toute forme d'éthique du soin. Que dire encore des assistants de service social qui doivent réaliser une évaluation psychosocial « marathon » et trouver des solutions pour les suites d'hospitalisation, sur « l'heure », sans disposer du temps nécessaire à l'écoute du patient et de son entourage. Nos diverses interventions en établissements médicaux et médico-sociaux relèvent des témoignages qui attestent de ce que ces atteintes, ce que Christophe Dejours nomme des « déchirements éthiques » ou des « conflits de valeurs », ont comme effet sur les personnels.

Dans ce contexte, le management de proximité se trouve envahi par des préoccupations externes l'éloignant du terrain et de la nécessaire régulation locale des activités de soins, des difficultés quotidiennes des soignants et par conséquent de leur vécu au travail (Uhalde, 2005 ; Detchessaher et Grévin, 2009).

⁸ Le Lean repose sur l'élimination des gaspillages dans les processus et vise à augmenter la capacité de production, en réduisant les coûts et le temps de cycle.

Bibliographie

- ALDERSON Marie (2001), *Analyse psychodynamique du travail infirmier en unité de soins de longue durée entre plaisir et souffrance*, Thèse de doctorat, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
DOI : [10.3917/rsi.080.0076](https://doi.org/10.3917/rsi.080.0076)
- ASKENAZY Philippe (2004), *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*, Paris, Seuil
- BELORGEY Nicolas (2010), *l'hôpital sous pression, enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte.
- CANOUI Pierre & Aline MAURANGES (2001), *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn-out aux réponses*, Paris, Masson.
- CARPENTIER-ROY Marie-Claire (1995), *Corps et âme, psychopathologie du travail infirmier*, Montréal, Liber.
- CLOT Yves (1998), *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*, Paris, La Découverte.
- CLOT Yves (2008), *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF.
- CLOT Yves (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte.
- DEJOURS Christophe (1995), *Le facteur humain au travail*, Paris, PUF.
- DEJOURS Christophe (2001), *Travail : usure mentale. Essai de psychopathologie au travail*, Paris, Bayard.
- GANGUILHEM Georges (1966), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- HIRIGOYEN Marie-France (1998), *Le Harcèlement moral au travail : la violence perverse au quotidien*, Paris, Syros.
- Hoschild Russel Arlie (2017) *Le prix des sentiments : au coeur du travail émotionnel*- Paris, La Découverte.
- Lachmann Henri, Christian Larose & Muriel Penicaud (2010), « *Le bien-être et l'efficacité au travail* », Rapport du ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social.
- MAUSS Marcel, (1973), « *Essai sur le don : Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques* » In *Sociologie et Anthropologie*, PUF, Collection Quadrige
- PEZE Marie, « ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés »
- SAFY-GODINEAU Fatema « *La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion* » in *a nouvelle revue du travail* 2013. URL : <http://nrt.revues.org/1042> ; DOI : [10.4000/nrt.10](https://doi.org/10.4000/nrt.10)
- SAINSAULIEU Renaud (1988), *L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation*, Paris, FNSP.