

Santé mentale
& précarité

les CAHIERS de RHIZOME

67#

Avril 2018



Supporter le travail ?

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Christian LAVAL

ASSISTANTE DE RÉDACTION

Natacha CARBONEL

COMITÉ DE LECTURE

Nicolas CHAMBON,
directeur adjoint de publication
Rhizome, sociologue,
responsable de la recherche,
Orspere-Samdarra (Lyon)

Gwen LE GOFF,
directrice adjointe
Orspere-Samdarra (Lyon)

Adrien PICHON,
psychologue,
Orspere-Samdarra (Lyon)

COMITÉ DE RÉDACTION

Marianne AUFFRET,
vice-présidente de l'association
« Élus, Santé Publique et Territoires »
(Paris)

Arnaud BÉAL,
psychologue social, GRePS
(Univ. Lyon 2)

François CHOBEAUX,
responsable des secteurs
social et jeunesse des CEMEA,
sociologue (Paris)

Pascale ESTECAHANDY,
médecin, DIHAL (Paris)

Benoît EYRAUD,
sociologue (Univ. Lyon 2)

Sandra GUIGUENO,
psychiatre (Rouen)

Antoine LAZARUS,
président de l'OIP
et professeur de santé publique
(Univ. Paris XIII)

Édouard LEAUNE,
psychiatre (Lyon)

Philippe LE FERRAND,
psychiatre (Rennes)

Jean-Michel LE MARCHAND,
psychiatre
(EPSM des Flandres, Bailleul)

Jean-Pierre MARTIN,
psychiatre
(CH Sainte-Anne, Paris)

Alain MERCUEL,
psychiatre
(CH Sainte-Anne, Paris)

Éric MESSENS,
directeur de la LBFSM
(Bruxelles)

Marie-Noëlle PETIT,
Chef du pôle Avignon Nord
(CH de Montfavet, Avignon)

Olivier QUEROUIL,
ex-conseiller technique
fonds CMU (Paris)

Bertrand RAVON,
professeur de sociologie
(Univ. Lyon 2)

Aurélien TINLAND,
médecin de santé publique
et psychiatre (Marseille)

Nadia TOUHAMI,
ancienne aumônier de l'assistance
publique des hôpitaux de Marseille
(Briançon)

Nicolas VELUT,
psychiatre (Toulouse)

Benjamin WEIL,
psychiatre (Lille)

Halima ZEROUG-VIAL,
psychiatre, directrice
Orspere-Samdarra (Lyon)

CONTACT RÉDACTION

Orspere-Samdarra
CH Le Vinatier
95 Boulevard Pinel
69678 Bron Cedex
Tél.: 04 37 91 53 90

Orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr

RELECTURE

Stéphanie BROCHOT

Maëlle GOURIFF

Vincent TREMBLAY

Équipe Orspere-Samdarra
(Lyon)

CRÉATION & RÉALISATION

Florian BON

ABONNEMENT

Vous pouvez vous abonner gratuitement à
la version numérique ou papier sur le site
de l'Orspere-Samdarra :

www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra

Artiste : Florian Bon, plasticien et graphiste

« Les pensées » sont une série de 6 dessins/peintures sur le thème de l'espace intérieur.

Entre abstraction aléatoire et geste dirigé, cette série évoque la complexité qui nous anime. Les couleurs et les formes s'entremêlent, se mélangent et se confondent pour créer le fil de nos pensées .

L'individu pense donc l'individu existe.

> Informations et contact : www.florianbon.com / loffo@live.fr



Santé mentale
& précarité

les CAHIERS de RHIZOME

Rhizome est une revue interdisciplinaire consacrée aux problématiques à l'interstice des champs de la santé mentale et de la précarité. Elle est portée et éditée par l'Orspere-Samdarra, observatoire national, Santé mentale, vulnérabilités et société, depuis sa création en avril 2000. Les thématiques, variées, sont déterminées en fonction de problématiques pratiques, politiques et/ou cliniques. *Rhizome* a l'ambition de soutenir les pratiques, la décision politique et de contribuer à la controverse scientifique.

Tel un rhizome, ses contributeurs et ses lecteurs participent à l'élargissement du réseau de personnes concernées par les questions psychosociales que ce soit sous l'angle de la souffrance, de la clinique, de l'intervention... Plus largement, la revue contribue à interroger l'individualisation contemporaine, ses caractéristiques, ses effets et les réponses apportées par des institutions, dispositifs, collectifs, usagers, intervenants...

Rhizome est un espace de dialogue entre les sciences, notamment entre les sciences humaines, sociales et médicales, entre les pratiques, entre les personnes concernées par le trouble et/ou la précarité et les personnes intervenantes auprès d'elles. En référence à la théorie du Rhizome élaborée par Gilles Deleuze et Félix Guattari, ce réseau se veut non-hiérarchique.

Une attention est portée à la diversité des contributions et ce, au niveau national et international. *Rhizome* est en effet financé par la Direction Générale de la Santé et le Direction Générale de la Cohésion Sociale et diffusé gratuitement à un large lectorat composé d'intervenants sociaux, en santé, d'étudiants, et de personnes d'horizons divers. Disponible sur la plateforme *Cairn* et sur le site de l'Orspere-Samdarra, la diffusion de la revue est libre. Elle se décline sur deux formats, les *bulletins de Rhizome* (3 numéros par an) et les *Cahiers de Rhizome* (1 numéro par an). Chaque numéro des *Cahiers* est construit à partir d'une thématique spécifique en lien avec une recherche menée par l'Orspere-Samdarra. Un appel à contribution est diffusé en début d'année. Le format est de plus de 100 pages et les articles, qui peuvent avoir un format plus long, sont sélectionnés en fonction de leur qualité mais aussi de la concordance avec la thématique et la problématique du numéro.

SOMMAIRE

5

SUPPORTER LE TRAVAIL DE LA RELATION ?

Nicolas Chambon
Adrien Pichon

12

VA TE FAIRE SOIGNER !

Lise Gaignard

19

L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE À L'OMBRE DE LA NOUVELLE GESTION PUBLIQUE

Frédéric Mougeot

24

LA CLINIQUE À L'ÉPREUVE DU TRAVAIL. RÉFLEXION D'UNE JEUNE PSYCHOLOGUE CLINICIENNE

Laura Holdner

28

SOIGNER À L'UNITÉ POUR MALADES DIFFICILES

Slimane Zerrouk

39

RENDRE VISIBLE LE TRAVAIL INVISIBLE ? PRENDRE SOIN DU TRAVAIL POUR TRAVAILLER LE « PRENDRE SOIN »

Jean-Paul Lanquetin

47

ÉVOLUTION DU TRAVAIL À L'ASSURANCE MALADIE. QUAND LE RECOURS À LA NOUVELLE GESTION PUBLIQUE REDÉFINIT L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE DES GUICHETIERS

Céline Gabarro

54

DU TRAVAIL À L'ACTIVITÉ : L'EXPÉRIMENTATION DU MODÈLE DE ROTATION DANS UN PROJET DE FERME D'ACCUEIL

Emilie Perault

62

TRAVAILLER QUAND ON EST DÉTENU : UN SUPPORT POUR MIEUX VIVRE LA DÉTENTION ?

Fabrice Guilbaud

68

SANTÉ MENTALE : L'INCERTITUDE COMME PRINCIPE DU TRAVAIL INTERINSTITUTIONNEL

Hélène Liotard

74

LES ÉPREUVES DE PROFESSIONNALITÉ, ENTRE AUTO-MANDAT ET DÉLIBÉRATION COLLECTIVE.

L'EXEMPLE DU TRAVAIL SOCIAL

Bertrand Ravon
Pierre Vidal-Naquet

82

UNE EXPÉRIMENTATION SOCIALE EN CLINIQUE DE L'ACTIVITÉ

Mylène Zittoun
Didier Larchevêque

93

ÉVAPORATION DE LA RESPONSABILITÉ COLLECTIVE ET DISPOSITIFS D'ÉTAYAGE

Gaia Barbieri
Georges Gaillard

Nicolas Chambon

Adrien Pichon

SUPPORTER LE TRAVAIL DE LA RELATION ?

Des professionnels de psychiatrie en grève, des intervenants sociaux de centre d'hébergement pour demandeurs d'asile qui tirent la sonnette d'alarme, des services d'urgence saturés... Les exemples pourraient se multiplier. Des politiques qui apparaissent absurdes aux professionnels, des suppressions de postes, un suicide, peuvent être les déclencheurs d'un « ras-le-bol ». Pour beaucoup d'intervenants, les évolutions organisationnelles ne sont pas sans conséquences et ont des incidences sur les prises en charge et sur les personnes destinataires de l'intervention. Est-ce que les métiers relationnels ont une spécificité ? Doivent-ils obéir aux mêmes logiques que les métiers dits « productifs » ? Quelles sont les espaces d'adversité ou de solidarisation possible ? Le travail est-il devenu si insupportable qu'on se pose la question de comment le supporter ?

Supporter le travail ?

Cette question, autant théorique, que pratique nous a animé à l'Orspere-Samdarra dans le cadre d'une recherche et d'un séminaire¹. Théorique car la clinique psychosociale qui était au fondement de l'Orspere proposait de partir du malaise des intervenants de première ligne pour tenter d'en faire l'objet d'un travail spécifique. En somme, le trouble ressenti dans l'exercice professionnel constituait l'indice d'une exigence de travail psychique, imposée par la situation de relation intersubjective (Kaës, 2010). Cette exigence, déjà identifiée dans la dynamique transféro-contre-transférentielle classique, étant en quelque sorte « chauffée à blanc » et poussée à ses limites, dans le cadre des cliniques de la précarité et du syndrome d'auto-exclusion (Furtos, 2009). Inscrire ce malaise professionnel dans un tel cadre de lecture pouvait susciter quelques critiques et ouvrir un débat sur l'objectivité ou la subjectivité du trouble, avec en arrière-plan l'ouverture vers le champ de la responsabilité politique. Une telle dialectique ne tient plus dès lors que l'on considère le plan de la relation intersubjective, ou du champ complexe d'une écologie des relations, comme un objet autant clinique que politique, comme le montre d'ailleurs les articles de cliniciens dans ce numéro.

Mais c'est aussi un questionnement pratique. Une grande majorité de structures font aujourd'hui appel à des superviseurs et autres intervenants en analyse de la pratique professionnelle pour soutenir et accompagner ce travail psychique spécifique : le « soutien aux professionnels » devient un marché à part entière. Et même des chercheurs, des observatoires tels que le nôtre, sont sollicités pour proposer une réponse à la détresse des professionnels et bénévoles. Comment répondre à ces demandes, sachant que la réponse se doit souvent d'être « efficiente » selon les termes de la commande ? Qui l'évalue ? N'y a-t-il pas là un risque de dépoli-

¹ Intitulée « La clinique psychosociale et les dispositifs de soutien aux professionnels ». Cette recherche a été financée dans le cadre d'un partenariat entre l'Université Lyon II et le Centre Hospitalier Le Vinatier. Elle a été menée en collaboration entre le Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique de l'Université Lyon II (CRPPC) et l'Orspere-Samdarra, sous la responsabilité de Georges Gaillard et grâce au travail de Gaïa Barbieri. En plus de ces deux chercheurs, le séminaire a réuni : Khedidja Benarab, Thierry Bruyère, Nicolas Chambon, Stéphane Pawlof, Julien Payet, Adrien Pichon et Bertrand Ravon.

tisation ? Nous développons ainsi formations, séminaires cliniques, analyses de la pratique, échanges autour des pratiques, coordinations... en faisant le constat que cela répond bel et bien à une demande mais sans savoir forcément dans quel cadre « théorique » ce type d'actions s'inscrit. Ainsi le trouble déborde-t-il du champ des pratiques vers celui des cadres conceptuels, et appelle peut-être à apprendre à composer avec celui-ci. « Faire avec le trouble » (Harraway, 2016) serait peut-être la nouvelle exigence du travail psychique imposée par la reconfiguration globale du champ des relations intersubjectives (précarisation généralisée, migrations, transformations des institutions...).

Malaise dans l'organisation

Le constat dans de nombreuses institutions et dispositifs est sombre. Les mouvements sociaux qui ont cours sont là pour nous le rappeler. « Va te faire soigner ! », Lise Gagnard questionne, à partir de sa pratique clinique, comment appréhender la souffrance liée au travail. Sa contribution est déroutante car finalement elle nous questionne sur la psychologisation du malaise dans l'organisation et plus généralement sur le sens même du travail aujourd'hui. Son texte illustre peut être la responsabilité du clinicien de refuser l'assignation implicite à traiter le malaise psychosocial dans une perspective gestionnaire. Et c'est aussi le propos de Frédéric Mougeot pour qui la « nouvelle gestion publique », la « pression des lits » et l'« attention au flux » ne sont pas sans conséquences pour les intervenants en santé. L'hôpital psychiatrique se concentre aujourd'hui sur les malades en « crise ». En filigrane, on comprend que certaines cliniques (et certains publics ?) ne sont pas adaptées à ce type de contrainte managériale : « L'urgence à faire sortir les patients de l'hôpital dévie les pratiques professionnelles héritées de la psychiatrie de secteur. » En conséquence, et en inadéquation avec ce qui est porté par l'idéal républicain de l'hôpital public, ce sociologue constate une inégalité du traitement : « le soin n'est donc pas déployé de façon égalitaire pour chaque patient. La dimension clinique du travail des soignants n'est mobilisée que dans quelques cas. » On ne peut que partager cette interprétation : l'effort que demandent certains publics peut induire des refus de prise en charge. « La clinique, cœur du métier des soignants de la psychiatrie, jusqu'alors protégée, est aujourd'hui traversée par des contraintes extérieures à la relation de soin. » Il importe aujourd'hui d'en prendre acte : la clinique ne peut s'abstraire du contexte social inhérent à son exercice et être totalement « pure », contrevenant au désir d'indépendance et d'autonomie d'intervenants dans les métiers relationnels (Doucet et Viviers, 2016).

Et c'est le même constat qui mobilise Laura Holdner, qui contribue en tant que « jeune clinicienne ». Le modèle de clinique est mis à l'épreuve de certaines contraintes notamment liées à l'organisation même et ce qu'elle implique en termes de temporalité. L'expression du malaise est-elle ici à entendre comme l'indice de cette nécessité de « faire avec le trouble » ? Mais comment dès lors en faire l'objet de l'élaboration d'un positionnement professionnel spécifique, sans pour autant abdiquer dans une posture sacrificielle ou masochique ? Faudrait-il « apprendre à encaisser » et « se faire le cuir » pour construire son positionnement clinique dans

le contexte actuel ? L'enjeu n'est-il pas de subvertir cette perspective de survie du plus apte dans un contexte de compétition généralisée, pour faire émerger de nouvelles formes de collaboration, de nouvelles manières de faire collectivement avec le trouble ? D'un indice de stress dans un paradigme de compétition, le trouble deviendrait alors celui d'une recomposition profonde, sur les plans conceptuels et pratiques, des cadres d'exercice professionnel.

Bien qu'il y ait un rejet partagé des visées managériales, nous ne pouvons pas réduire les problématiques actuelles qui traversent les métiers relationnels à un problème d'organisation. Si l'écart entre les « prescriptions » de l'encadrement et le travail réel des professionnels est maintenant bien documenté, il y a lieu de souligner que cet écart empêche. Mais comment faire face ? Nous avons identifié deux dimensions dans l'embarras sur les situations de travail, mais qui sont autant de prises pour le supporter.

En quête de sens

L'évolution des politiques, la désinstitutionnalisation, le « virage ambulatoire » en psychiatrie, les politiques par « appel d'offre » bouleversent les missions des intervenants en santé et sociaux. Mais accompagner et soigner des *personnes* implique aussi l'engagement de l'intervenant dans la relation. Il est par exemple attendu des « infirmières » qu'elles associent technicité et empathie, *cure* et *care*, qu'elles s'attachent pour soigner (Molinier, 2009) et des intervenants sociaux qu'ils considèrent des personnes dans toute leur singularité, au plus près de leur problème, sans avoir un a priori normatif sur ce qu'il convient de faire.

Mais quel est alors le « mandat » ? Qui l'édicte ? Le « sens » du travail n'irait plus forcément de soi ; « auto-conceptualisé en situation » (Soulet, 2016). Cela est très bien présenté et synthétisé par Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet qui prennent l'exemple du travail social. Ils définissent alors la professionnalité comme une « capacité issue de l'expérience, qui permet à des professionnels, à la fois de respecter les règles du métier et de les transgresser afin de s'adapter aux situations ». Mais qui aujourd'hui est à même de « valider » ces transgressions ? Le cadre ? Dans un monde où la disruption est devenue une valeur cardinale, la transgression ne tend-elle pas à faire règle ? On aurait peut-être trop vite fait de prendre cela comme l'expression ultime d'une perversion. Nous rencontrons à l'observatoire des intervenants travaillant dans des dispositifs de « mise à l'abri » sans fiche de poste et qui ne savent pas vraiment ce qui est attendu d'eux par leur hiérarchie, si ce n'est de parer au plus urgent.

Il importe alors de prendre en considération l'objet même du travail relationnel, d'en faire le lieu d'une élaboration ; une recherche en tant que telle. Comment soigner à l'Unité pour Malade Difficile (UMD) ? Voici la question que nous partage Slimane Zerrouk à partir d'une étude menée dans le service : qu'est-ce qui rend ce dispositif thérapeutique ? Surtout, comment donner du sens, pour des infirmiers, à une pratique d'ordre clinique en contexte sécuritaire ? Les réponses semblent justement résider dans la capacité d'un collectif, d'une équipe, à traverser le trouble,

la crise permanente et à produire une nouvelle générativité pratique. L'appui d'un collectif vivant, créatif, serait alors la condition pour transformer les « faits divers en faits cliniques » (Grondin, 2015). La recherche de sens serait alors un commun, une question ouverte sur le collectif, traversée par la conflictualité comme on disait classiquement. On pourrait maintenant proposer qu'elle soit une manière de produire des formes hybrides, temporaires, à même d'orienter une pratique incertaine, sur un mode rhizomatique : un devenir équipe en somme, tendu vers un horizon toujours fuyant. On comprend aussi qu'une telle éthique soulève sa part d'inconfort dans ce contexte précis : « L'incertitude et la surprise font partie du quotidien des soignants » nous dit-il.

S'agit-il alors de faire reconnaître ce travail « invisible » selon le souhait de Jean-Paul Lanquetin ? Pour cet infirmier, prendre soin c'est aussi « produire » des attentions et des liens. Pour Hélène Liotard, l'incertitude est plutôt lue comme un principe du travail interinstitutionnel. Celui-ci, écrit-elle, « ouvre donc un "jeu de visibilité-invisibilité" entre les professionnels et leurs institutions de référence ». Il faut dire qu'il ne faut pas avoir trop de certitude quand on travaille dans le champ de la santé mentale et que c'est un travail que de remodeler ses frontières ! La santé mentale concerne de nombreux acteurs et pas seulement dans le champ médical. Il importe alors d'œuvrer au travail partenarial pour prendre au mieux en charge le public : « Pour les professionnels de terrain, la question du décloisonnement fait plus écho à un souci pratique du quotidien pour mettre en œuvre leur mission qu'à un défi politique à mener. Ils ont besoin de connaître les autres acteurs de leur territoire et de développer des réseaux de partenaires dans le souci d'orienter au mieux les publics qu'ils accompagnent. »

Céline Gabarro interroge, quant à elle, le travail des agents de guichet de l'assurance maladie et le sens qu'ils donnent à leur mission. Et il est intéressant de lire que la « présence du public permet aussi aux guichetiers de donner un intérêt à leur travail : pouvoir s'impliquer dans des dossiers, chercher une solution de manière visible et donc exercer un rôle plus social et être reconnu par l'usager pour ce zèle et cet investissement personnel en leur faveur ». Des agents dérogent ainsi par moment aux règles en vue « d'obtenir une certaine reconnaissance des demandeurs pour qui ils effectuent ainsi un traitement privilégié ». Mais voilà un paradoxe : alors que les agents valorisent leur mission « en rapport avec la figure de l'usager et via le recours au service rendu », il est difficile pour ces agents de recevoir les personnes en situation de précarité du fait de la complexité de leur dossier.

En contre-point, deux articles dénotent. Dans un cadre contraint, et dans une institution totale qu'est la prison, Fabrice Guilbaud démontre comment pour les prisonniers, c'est le travail qui devient support. Quand bien même on aurait affaire à un travail purement productif, celui-ci devient une ressource sociale. Il permet de coopérer et de se sentir utile. Pour ce sociologue, « à travers leurs pratiques collectives dans l'espace de l'atelier et le rapport entretenu avec leur travail, les travailleurs détenus affirment l'irréductibilité de leur individualité, se posent comme sujets et, *in fine*, défendent leur liberté et leur intégrité. »

À l'opposé, Emilie Perault nous présente une expérimentation - en cours - d'une

ferme d'accueil, composée d'une recyclerie ; avec pour idéal fondamental un refus du travail et ses liens de subordination, pour rendre effective une « activité-rotation », sans « frontière rigide entre les aidants et les aidés ». Ce qui est intéressant à noter, c'est qu'en pratique cet idéal est une épreuve à part entière. Le lecteur est invité à la partager et à suivre l'expérimentation, les interrogations qu'elle pose. D'ailleurs, devant certains incidents, il est décidé de « revenir au Code du Travail ». En creux cela nous interroge justement sur la conformité attendue, que l'on soit aidant ou aidé... comme si la visée politique est ici à même de dissoudre les appétences des individus.

À la recherche du collectif soutenant

Le sens du travail de la relation se loge donc, en grande partie, dans les effets pré-tendus ou constatés du côté de la personne destinataire de la relation. Mais il ne peut prendre véritablement « sens » que s'il est élaboré, validé collectivement. Mais quel est ce collectif tant désiré ? La question était déjà posée par Christian Laval et Bertrand Rapon dans la revue *Rhizome* n°25 « Réinventer l'institution », publiée en 2006. Dix ans après, on peut affirmer que la perte de sens déjà thématifiée s'est massifiée.

Prenons acte que l'institution apparaît de moins en moins soutenant pour de nombreux intervenants. Pour sûr, des professionnels sont en recherche d'espaces pour sortir de l'isolement. Devoir prendre en charge des situations de plus en plus complexes, avoir l'impression d'être l'unique responsable du traitement du problème, fragilise a priori « le » collectif. Pour Bertrand Rapon et Pierre Vidal-Naquet « les épreuves politico-éthiques érodent la dimension collective et politique du travail social et renvoient les professionnels à leurs propres éthiques personnelles pour traiter des situations devenues indécidables. » On comprend alors le glissement souhaité pour que ces épreuves deviennent des ressources, et pour qu'on retrouve des espaces collectifs pour les partager.

Pour Myriam Zittoun, psychologue du travail, intervenante en clinique de l'activité, « les conflits de métiers au centre des discussions entre protagonistes [sont] une porte d'entrée prometteuse. » Il importe, en ayant en vue une réorganisation pratique (l'intervenant participe à la mise en œuvre d'alternatives organisationnelles) de nourrir la controverse professionnelle sur la qualité du travail, ou encore la controverse sociale sur le « travail bien fait ». La « dispute professionnelle » permet donc de donner des prises à la transformation des situations de travail et au développement du pouvoir d'agir des professionnels et des collectifs de travail. Myriam Zittoun précise alors : « Du coup, la personne n'est plus seulement dans un collectif, c'est le collectif qui glisse dans la personne. Il s'y reconvertit en dialogue intérieur au service de son activité propre. Le collectif, dont il est ici question, permet à chacun de « prendre des libertés » avec lui. Ce collectif-là n'est plus seulement une appartenance à honorer ou une contenance à adopter, mais un instrument de travail sur le travail, très personnel, à user et à "maintenir" ensemble. »

Laissons les mots de la fin à Gaïa Barbieri et Georges Gaillard qui, dans une pers-

pective critique, caractérisent le « marché » de l'analyse de la pratique pour mieux nous inviter à participer à de « nouveaux » espaces d'étayage à même de restaurer de la responsabilité partagée. Cet article illustre bien les impasses qui s'ouvrent à vouloir faire d'un processus vivant et en large part mystérieux (la nécessité pour tout individu d'être dans un processus d'autocréation permanente en lien avec son environnement social, professionnel, non-humain...), une injonction, un slogan productiviste, un mantra automotivationnel. La « fatigue d'être soi » est une réaction contre cette injonction. La dépression, le *burn out* seraient-ils les ultimes réactions de défense de l'élan vital lorsqu'on tenterait de l'assujettir contre son gré à toute forme d'emprise ? Mais de la même manière, le recours à l'étayage sur le collectif ne se décrète pas... et serait l'objet même d'un travail !

Des absences remarquables

Concluons donc cette introduction en soulignant deux absences remarquables. La première serait plutôt l'insuffisance de contributions thématiques et problématisant les interventions dans les lieux de la précarité (au sens large) alors qu'à l'observatoire nous faisons le constat de l'augmentation de dispositifs fragilisés par l'évolution des modes de financements et par la difficulté à prendre en charge dans de bonnes conditions le public. Ceci n'était pas un choix éditorial : il témoigne de la difficulté à pouvoir élaborer dans un contexte où tout un chacun paraît de plus en plus « sous pression ». Des professionnels, des bénévoles (parfois au prix de tensions entre eux) agissent « jusqu'à l'épuisement ». Le continuum de leur mission est souvent très large (entre accompagner a minima ou chercher à répondre à toutes les problématiques constatées). Par exemple, sur de nombreux territoires, l'augmentation quantitative du nombre de mineurs non-accompagnés (MNA) induit une re-composition en urgence des dispositifs de prise en charge, qu'ils soient à l'initiative de la puissance publique, d'associations ou d'organisations humanitaires. Les missions se partagent, questionnant la spécialisation des structures et des professionnels et bénévoles qui interviennent en leur sein. D'ailleurs, ces évolutions sont aussi « qualitatives ». Il y aurait de plus en plus de personnes avec des troubles de santé mentale (Einhorn-Jardin, 2018) dans les dispositifs d'hébergement et/ou d'accueil des plus précaires. Cela interroge alors la place des intervenants en santé mentale dans (ou aux côtés) de ces dispositifs et leurs profils : quels professionnels sont les plus à même de répondre à la souffrance psychosociale ou liée à des expériences de vie parfois traumatiques ? C'est d'ailleurs un des enjeux de certains programmes innovants (comme ceux s'inscrivant dans les politiques de « logement d'abord »). Mais s'ils permettent de mobiliser de nombreux professionnels qui peuvent avoir des désillusions quant à leurs pratiques actuelles, et sont aussi à ce titre salutaire, ils peuvent aussi les mettre dans une dynamique de concurrence préjudiciable.

La seconde absence concerne celle de personnes concernées par la précarité et/ou traversées par des troubles de santé mentale, pour qui savoir comment appréhender et supporter le travail est souvent une question centrale tant dans l'avènement du trouble que dans le parcours de rétablissement. Autrement dit, le travail

(ou son absence) peut être à l'origine d'une rupture dans un parcours de vie, possiblement déclencheur du trouble, mais aussi le moyen par lequel une autre rupture - inscrite elle dans une autre perspective - se réalise. C'est alors souvent la qualité relationnelle du travail qui est cœur : la relation peut justement dégrader la santé du travailleur, ou alors la soutenir... nécessitant accompagnement et adaptation du travail. Pour des personnes en situation de vulnérabilité, la question n'est pas forcément de supporter le travail mais de se protéger d'un travail qui potentiellement peut affecter psychiquement (Martin, 2017).

Nous faisons ici l'hypothèse que cette absence est en partie en lien avec notre manière de poser la question du support au travail relationnel. Elle sous entendait possiblement un sens assez univoque de la relation : une intervention d'un professionnel à destination d'un usager ou patient. Le changement de paradigme souhaité par de nombreux acteurs qui se réclament du rétablissement peut périmer certaines revendications de professionnels qui feraient l'économie d'intégrer celles des personnes concernées par l'intervention. Au regard de ce constat, nous pouvons entrevoir plusieurs perspectives. La première, qui s'inscrit assez facilement dans la suite de ce numéro², porte sur le développement des activités de médiation et des métiers de médiateurs avec tous les enjeux que cette professionnalisation peut induire particulièrement pour les « médiateurs de santé pair » en santé mentale (Demailly, 2014). La seconde perspective consiste à s'autoriser à penser mettre le travail entre parenthèse. Faut-il sauver le travail ? Si la question se pose aujourd'hui dans l'espace productif (avec la raréfaction du travail épanouissant et émancipateur), notamment avec le développement de l'intelligence artificielle ; suscitant une forte inquiétude sociale, elle commence à faire débat notamment dans le champ de la santé et du travail social. Et si les politiques d'inclusion étaient si efficaces qu'elles nous permettraient d'envisager que le support de la relation ne soit plus le travail ?

BIBLIOGRAPHIE

Demailly, L. (2014). Les médiateurs pairs en santé mentale. *La nouvelle revue du travail*. Repéré à : <http://journals.openedition.org/nrt/1952>.

Doucet, M.-C. et Viviers, S. (2016). *Métiers de la relation. Nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail*. Laval : Presses de l'université de Laval.

Einhorn-Jardin, L. (2018). *Précarité, parcours d'hébergement et santé mentale. Une étude dans les CHRS de l'Ain*. Rapport d'étude. Orspere-Samdarra.

Furtos, J. (2009). *De la précarité à l'auto-exclusion*. Paris : Éditions Rue d'Ulm.

Haraway, D. J. (2016). *Staying with the trouble: making kin*

in the Chthulucene. Durham : Duke University Press.

Grondin, P. (2015). *Destins de la sensorimotricité dans le transfert du transfert : vers une symbolisation institutionnelle. Nouvelles perspectives sur les dispositifs de soin institutionnel dans les autismes et la psychose infantile* (Thèse en psychologie, sous la direction de R. Rousillon, soutenue le 8 décembre 2015 à l'Université Lumière Lyon II).

Kaës, R. (2010). Pulsions et intersubjectivité. L'exigence de travail psychique imposée par la subjectivité de l'objet: La question des pulsions dans le lien intersubjectif. Dans M. Pichon et H. Vermorel, *L'expérience du groupe :*

Approche de l'œuvre de René Kaës. Paris : Dunod, 217-228.

Martin, A. (2017). Travailler pour s'en sortir ?. *Rhizome*, 65-66, (3), 13-14.

Molinier, P. (2009). Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ? *Temporalités*. Repéré à : <https://journals.openedition.org/temporalites/988>

Soulet, M.-H. (2016). Le travail social, une activité d'auto-conception professionnelle en situation d'incertitude. *SociologieS*. Dossiers, Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité. Repéré à : <http://journals.openedition.org/sociologies/5553>

² Les Cahiers de Rhizome qui paraîtra en 2019 portera sur « Médiations en santé ».

Lise Gaignard

Psychanalyste

Tours

VA TE FAIRE SOIGNER !

« *On en a tous une grosse, sauf Lambert qui en a une toute petite !* » Ce dessin humoristique, illustrant un article sur le harcèlement moral dans Libération (2001, p. 28), montre, comme seul l'humour peut parfois le faire, toute la complexité du problème. En effet, l'artifice du dessin permet de voir que ce qu'ils ont « tous » c'est une grosse paie et pas Lambert. Le renvoi à la comparaison des parties anatomiques intimes de Lambert est une manière de mettre en visibilité par le comique une des modalités d'évitement de la question de la légitimité de la différence des salaires. On renvoie l'affaire dans les cabinets des garçons, dans les cours de récré, endroit de prédilection de la construction des rapports de domination entre ceux qui en ont, ceux qui n'en ont pas, ceux qui sont du côté de ceux qui en ont, ceux qui sont opposés à ceux qui en ont, ceux qui préfèrent parler avec les filles (ou les garçons qui ne sont pas dans les toilettes) pendant ce temps-là, etc. Le dessinateur pointe l'évacuation d'une question de travail en la déplaçant sur la sphère intime.

Que Lambert en ait « une petite » personne n'en doute, surtout pas lui. Il ne reste plus qu'une solution, l'envoyer chez le sexologue. D'une part, on peut toujours se dire que le sexologue ne lui fera pas de mal. À notre époque, consulter des spécialistes des pratiques intimes est presque devenu un devoir. D'autre part, la question de son salaire est occultée, c'est toujours cela de pris pour conserver la paix sociale dans l'entreprise.

Nous savons tous combien il est difficile de rester sur la question du travail. Même les pratiques sociologiques ont évolué. On ne parle plus des ouvriers, alors qu'ils représentent 27% des travailleurs¹. Quand leurs personnes sont évoquées, ils sont des jeunes, ou des jeunes « issus de l'immigration », « ou des personnes appartenant à des groupes de bas revenus », etc. Les chômeurs eux, sont des « nouveaux pauvres », des « exclus », sous-entendu de la consommation : même par son absence, le travail ne doit pas être évoqué.

On nous a fait l'annonce de la fin du travail. Comment peut-on le croire alors que chacun d'entre nous travaille trop et qu'on ne rencontre que des gens qui travaillent trop - et des chômeurs. Christophe Dejours et l'ergonomie de langue française nous ont enseigné que le travail était invisible. L'emploi aussi, à plus d'un titre. Nous allons essayer d'analyser comment l'invention des notions même de « souffrance au travail » ou de « Risques Psycho Sociaux » peut apparaître comme une des manières d'occulter la question du travail, de son organisation, de son intensification et de la

¹ Ajoutons que le décompte des ouvriers ne comprend pas les aides-soignantes, infirmières, les pompistes, le personnel du commerce, les facteurs, etc.

redistribution des revenus qu'il engendre. Le travail, comme nous le dit Anne Flottes (2013) est un « enjeu politique du quotidien² ». Pour entrer dans la question de la « souffrance au travail », nous utiliserons deux histoires qui se sont présentées dans le décours de mon travail de psychanalyste en ville. Sachant que je m'intéressais à la question du travail, deux médecins du travail m'ont adressé chacune une patiente en très mauvais état psychique³.

Madame Cynique

La première est une femme de cinquante ans environ, qui se présente en disant « *J'ai tout perdu.* » Elle est habillée de vêtements coûteux, mais mal assortis, elle a mauvaise mine, elle est mal coiffée. Elle est assise sur le bout du fauteuil car elle souffre du dos, elle a une sciatique. Elle dort mal, fait des cauchemars. « *Elle m'a foutue en l'air* », dit-elle sans que je ne comprenne qui était ce « elle ». « *Mon dossier est incohérent* », je l'apprendrai plus tard, il s'agit de son dossier juridique de plainte pour harcèlement. Elle soupire, cherche ses mots, indique enfin qu'elle est « *secrétaire principale de direction* » dans une association caritative.

Son débit est haché, elle peine à trouver ses mots, elle passe d'un sujet à l'autre sans liaison, elle pleure pendant tout le début de l'entretien. Elle critique alors longuement ses collègues, tout l'établissement, et puis « elle », sa supérieure hiérarchique. J'aurais eu droit par le menu à toutes les figures de la perversité dans les rapports de domination au travail si je ne l'avais pas interrompue par une question qui lui apparaît sans intérêt, voire un peu brutale : « *Vous faites quoi exactement comme travail ?* » Curieusement, le rappel du travail paraît déplacé. Mais elle accepte de raconter son embauche, comment elle est passée, il y a quelques années, de bénévole à salariée, au détriment d'autres postulantes, et comment tout le monde a pensé qu'il s'agissait d'une faveur. Ce poste, qui n'était pas très chargé, était par contre très bien rémunéré, elle pouvait faire des jaloux.

Depuis quelques mois, sa directrice a décidé de la faire démissionner en critiquant tout ce qu'elle avait mis en place et en lui retirant progressivement ses responsabilités, puis tout son travail.

Il a fallu poser de nombreuses fois la question de l'activité pour apprendre qu'il s'agissait en fait d'un tri sélectif très fin entre les différentes sortes de pauvres afin de ne pas donner l'argent des français à n'importe qui. Il s'agissait d'une tâche très délicate, sur laquelle, par contre, elles n'entraient pas en conflit parce qu'elles étaient en accord là-dessus, mais, ajoute-t-elle aussitôt, « *on s'en fout, on ne fait pas de politique.* » Par contre, elle trouvait que sa harceuse affichait trop fort son appartenance à l'idéologie raciste, ce qui pouvait nuire à l'image de marque de l'association.

Malgré ma difficulté à rester bienveillante, je pose la question de savoir s'il y a une raison « supérieure », extérieure, qui nécessiterait l'exaspération des rapports conflictuels entre ces deux femmes. Dans le courant de ses explications, on découvrira qu'en fait il s'agit d'un enjeu de politique publique. Par un concours complexe de circonstances, dont je n'ai pas bien compris les tenants et les aboutissants, un parti politique a besoin de cette association pour la campagne électorale prochaine. Le

² Dans son ouvrage *Travailler, quel boulot ! Les conflits du travail, enjeux politiques au quotidien*, Anne Flottes y rend compte de sa pratique de consultation en « souffrance au travail » dans le cadre du « réseau d'accueil et de prévention » mis en place par la fédération Rhône-Alpes des Mutuelles de France.

³ Ce texte est issu d'une intervention remaniée d'une Journée de la Société de Médecine du Travail, « Souffrance, stress, harcèlement », qui s'est déroulée à Blois le 23 mars 2001.

problème réside en fait dans les difficultés que fait cette dame pour coopérer avec ce groupe, pourtant très proche du sien. Elle dit : « *je ne suis pas facile à manipuler, il faut me casser.* » Et bien sûr elle pensait gagner. Malheureusement tous ses appuis dans la ville, pourtant nombreux, la lâchent. Au travail, toutes ses collègues sentent le vent tourner, se désolidarisent et finissent par s'organiser contre elle. Ses meilleurs amis lui conseillent de lâcher, car elle ne fait pas le poids. Quand elle commence à menacer de révéler à la presse de nombreuses manœuvres frauduleuses, elle se retrouve complètement seule. C'est à ce moment-là qu'elle monte un dossier de harcèlement moral. D'autant que cette histoire l'a réellement ébranlée.

Drôle de récit d'activité et pourtant c'était cela son travail. Elle n'est pas sans remarquer ma perplexité. Elle m'explique des tas de choses encore pires sur le fonctionnement de la *gentry* de cette ville, heureusement fort éloignée de chez moi, pour me déniaiser, s'il en était besoin, sur le sujet des politiques municipales.

En attendant, je lui fais remarquer qu'elle parle normalement, qu'elle ne cherche plus ses mots, qu'elle a retrouvé même un certain sens de la formule, une verve qu'elle n'avait pas en arrivant. Elle dit que oui, cela va beaucoup mieux. Elle ajoute « *Vous croyez que c'est tout ? Ils veulent simplement la mairie ?* » Elle est interloquée, on termine là-dessus, je lui donne rendez-vous un mois plus tard.

Elle revient donc une seconde fois, pimpante, coiffée. Elle s'assoit au fond du fauteuil, se met à l'aise et raconte qu'elle a été licenciée, mais qu'elle a du ressort, qu'elle a trois plaintes en cours au pénal, une aux prud'hommes et qu'elle a la ferme intention de leur faire perdre les élections. Je ne peux pas m'empêcher de lui signaler le caractère inégal de sa lutte, qu'elle ne peut malheureusement pas socialiser autrement que par une judiciarisation masquant la vérité de sa souffrance, lâchée par des gens encore plus cyniques qu'elle (et plus nombreux) dans leur lutte pour le pouvoir.

Nous pouvons remarquer combien la compréhension globale de la problématique engendrant sa mise à l'écart de son groupe de pairs et d'amis lui a permis de retrouver dans l'instant un bon fonctionnement psychique. Elle était restée fascinée par l'ampleur que peut prendre une relation de domination quand elle se fait en toute impunité et sur ordre. À partir du moment où elle a saisi la lutte dont elle était l'enjeu, puisqu'elle avait refusé de coopérer, elle a pu prendre du recul, se décaler, changer d'angle. Les somatisations, insomnies, difficultés de concentration se sont estompées. Il restait un problème éthique grave, mais qui ne l'embarassait pas beaucoup, ce n'était pas cela qui la rendait malade.

Harceuse-harcelée ?

La deuxième personne qui m'a été adressée par un médecin du travail pour « harcèlement moral » présente un tableau clinique moins franc. Elle est anxieuse, irritable, elle dort mal. Comme le veut le tableau, elle n'est pas soutenue mais critiquée par ses collègues, elle s'estime par ailleurs lâchée par sa hiérarchie.

En prenant son rendez-vous par téléphone, elle m'avait précisé « *c'est pour un harcèlement moral* », bêtement, j'avais répondu : « *vous êtes harcelée ?* », sa réponse m'avait surprise : « *non, oui, enfin, je ne sais pas, je suis harceuse, mais je suis*

harcélée par celui qu'on dit que je harcèle. » Cela commençait bien. Elle est également venue deux fois, pour des entretiens d'une heure et demie.

Elle annonce la couleur : « *Depuis un an, j'ai pris la responsabilité du service. Pour lui, - un collègue, l'autre protagoniste - je suis passée du côté des gens à abattre. Le directeur m'a dit : "je ne veux plus entendre parler de lui", on m'a choisie pour cela.* »

Il y a deux mois, elle l'a convoqué pour lui ordonner une mutation qu'elle sait ne pas lui convenir, lui ôtant la responsabilité d'un travail qui le passionne. Mais tout ne se passe pas comme prévu, il monte un dossier contre elle, il cherche à lui trouver des fautes professionnelles, avant de s'arrêter deux mois pour dépression.

Je lui demande pourquoi il faut absolument se débarrasser de lui. Elle dit que c'est parce qu'il gêne l'organisation du service. En effet, il ne donne pas ses rapports, on ne sait pas ce qu'il fait. Il travaille très bien, même, on pourrait lui faire confiance, mais il ne laisse pas vérifier, il exagère. À part cela, il est très qualifié, passionné, on peut être certain qu'il fait du bon travail. Ils ont d'ailleurs très longtemps coopéré, elle le connaît bien, c'est un bon professionnel. Mais c'est comme cela maintenant, il doit obéir, et puis il fait du mauvais esprit depuis quelques années, le service ne peut pas se permettre quelqu'un qui ne collabore qu'avec ceux qu'il s'est choisis.

Ce ne sera qu'avec des questions réitérées que j'obtiendrai une compréhension plus globale de la situation. Le service a été réorganisé une première fois il y a quelques années. Certains de leurs collègues ont perdu des responsabilités pour faire entrer des jeunes diplômés. Eux deux ont été de ceux qui ont gardé leur poste. D'autres ont été mis au placard. Un peu plus tard, une unité a été créée pour quelqu'un de mieux placé auprès de la direction, ce qui a déstructuré encore une fois l'organigramme. Elle y a perdu une partie de ses responsabilités. « *J'étais en régression de carrière, mon service a été partagé.* » L'année précédente, tout le service a été restructuré, elle a été nommée chef d'unité, lui a perdu son poste de chef de projet, « *J'ai eu de gros états d'âme pour accepter, je ne suis pas très hiérarchique.* » « *Moi aussi, cela me pend au nez, ce qui lui arrive, pour garder un jeune, on met un vieux au placard. On ne peut pas aller ailleurs et on n'a qu'à fermer nos gueules.* »

Elle se rend compte qu'elle est en grand écart permanent, écartelée entre la peur due à la précarisation de son poste et le sale boulot que lui demandent ses nouvelles responsabilités. Elle a fait des stages de management pour « *acquérir de nouvelles compétences* », dit-elle. Mais tout cela ne la laisse pas tranquille.

Dans le décours du deuxième entretien, elle réussira même à dire qu'elle n'a pas eu d'augmentation pour ce nouveau poste, qu'elle est d'ailleurs moins bien payée que tout le monde. « *Je ne sais pas demander.* » Elle se rend compte de l'absurdité de sa position, cela explique peut-être la rigidité de sa pratique de chef. Au moment du deuxième entretien, son collègue est de nouveau en arrêt de travail pour troubles psychiatriques.

Je ne sais pas si la compréhension globale de la situation qui avait amené à la violence ces deux professionnels de haut niveau, compétents et passionnés pour leur travail, a porté ses fruits concrètement. Peut-être la situation a-t-elle pu se méta-

boliser derrière cette analyse de l'histoire du conflit, qui on a pu le voir, d'un conflit interpersonnel est passée à une conséquence des réorganisations successives du service.

Avant de partir, elle a conclu qu'ils avaient toujours été, en fait, les deux plus concernés par les problèmes éthiques inhérents à leur travail, qu'elle avait réussi à tenir *malgré* la nouvelle organisation, mais que lui essayait de tenir *contre* celle-ci. D'autres sont soit au placard, « *et dans quel état...* » précise-t-elle, soit se taisent et obéissent.

Le seul conseil que je me suis permis de lui donner a été de faire attention à lui, qu'il était en danger, parce que la lutte, pour lui aussi, était inégale.

Souffrance ou pratique de l'injustice ?

On pourra remarquer que dans aucun des deux problèmes exposés ici, il n'a été question de la vie privée des personnes. Nous avons traité la question de la « souffrance » uniquement du côté, d'une part, de l'analyse de la situation d'exclusion des collectifs dans lesquels il semble que se trouvent toujours les « harcelés » et, d'autre part, du côté d'une reprise de l'historique de la dégradation générale et non de la relation interpersonnelle des deux protagonistes « harceleur-harcelé ». Dans les deux cas, les troubles psychiques présentés au début des entretiens ont cédé pour faire place à un embarras pratique très important. La question d'une action sur la situation ne pouvait me concerner vu ma position tout à fait extérieure à leurs lieux de travail. On remarquera que pour l'exprimer, dans le cadre du « harcèlement moral », elles utilisent d'emblée les termes de la situation bourreau-victime plutôt que mettre la question de l'activité sur la table, participant en cela au silence que requiert la stratégie collective de défense⁴ (Dejours, 1993). Elles déplacent la question du côté de la relation duelle, participant ainsi à la stratégie dont elles essaient pourtant confusément de se démarquer.

La secrétaire de direction pose la question du droit, jusqu'où sa directrice peut-elle aller, à quoi a-t-elle droit pour la faire obéir ? Cela lui évite de poser la question de la nature de son travail, on l'a vu, pervertie depuis longtemps. L'harceuse-harcelée pointe chez son collègue des comportements de refus de collaboration avec un management qu'il réprovoe en les traitant comme des refus de coopération avec elle.

Dans les deux cas, la souffrance est réelle, mais voudrait pouvoir s'apaiser dans une « victoire » sur l'autre. La personne « harcelée » voudrait cesser de souffrir de ses conflits internes ou de ses ambitions de carrières déçues sans avoir à les poser. Le renvoi à la sphère du soin psychothérapique, à la recherche du fameux « pervers narcissique », conforte cette position.

On entend la connotation péjorative, méprisante, du « *va te faire soigner* », qui, on le remarquera, est généralement ordonnée sous forme passive. Se soigner serait se poser la question de ce qu'on est venu faire là, se demander pour qui on roule... Et ce n'est pas vers cette posture active que vous envoient vos collègues, en levant les yeux au ciel, excédés ou pleins d'indulgence et de commisération quand vous « craquez » au travail. Ils vous envoient en stage de gestion du stress plutôt que du côté de l'action.

⁴ Il s'agit d'un des outils principaux de la psychodynamique du travail.

On remarquera, dans les deux observations, que nous n'avons pas déployé une interprétation magistrale, qui aurait éclairé la situation, il s'agissait d'un patient travail de rétablissement des liaisons entre différents événements, comme s'ils étaient « oubliés ». Freud nous dit que « l'oubli d'impressions, de scènes, d'événements vécus se réduit généralement à une dissociation de ceux-ci. Lorsque le patient vient à parler de tous ces faits « oubliés », il omet rarement d'ajouter : "À vrai dire, je n'ai jamais cessé de savoir tout cela, mais je n'y pensais pas." Il ajoute plus loin : « l'oubli consiste surtout en une suppression des liens entre idées, une méconnaissance des conclusions à tirer et une isolation de certains souvenirs (Freud, 1914). » Le soin psychothérapeutique d'une « souffrance au travail » pourrait donc, dans un premier temps consister à aider à mettre en lien certains événements entre eux pour que les patients puissent en tirer « les conclusions qui s'imposent pour eux-mêmes ».

Le diagnostic de perversion doit admettre dans ce cas de sérieuses réserves. Autant il est d'évidence que la description des relations entre le harcelé et le harceleur met en scène des postures perverses, autant il est impossible dans ce type de consultation de s'engager sur la structure de personnalité du patient ou de son collègue. Il est assez simple de faire décompenser quelqu'un suivant ses zones de fragilité, de la même façon qu'il est très courant qu'il puisse s'aménager un accès à la sublimation. Mais, de la même façon qu'embaucher quelqu'un ne nécessite pas d'explorer la dynamique de ses pulsions partielles pour savoir si et comment il pourra les sublimer, intervenir sur leurs déconvenues sublimatoires ne nécessite pas d'explorer ses attachements infantiles à une ou plusieurs de ces pulsions. Freud en effet, nous dit que les dispositions perverses sont des fixations à des pulsions partielles déviées de leur dynamique sublimatoire vers une quelconque utilité sociale. La torsion de sens, la mise en concurrence sollicitent les pulsions sadomasochistes de chacun d'entre nous. « La disposition à la perversion, nous dit Freud (1905), n'est pas quelque chose de rare et de particulier, mais c'est une partie de la constitution dite normale. » Chacun d'entre nous peut, ou l'a déjà fait, entrer en relation perverse avec un.e autre. C'est un des ressorts de toutes les formes de dominations qui ne datent pas d'aujourd'hui.

« Va te faire soigner ! »

Nous concluons en disant que le renvoi « chez le psy » participe de la culture du silence nécessaire à l'occultation collective des enjeux de l'activité.

La situation de travail, quand il est réalisable, soulage la plupart du temps celui ou celle qui souffre de désordres psychiques personnels ou d'épreuves passagères. On l'a tous expérimenté, exercer un métier, même quand il est très difficile, engendre de grandes satisfactions. Pourquoi s'aveugle-t-on sur ce que signifie le fait que de plus en plus de gens se présentent en disant qu'ils ne peuvent plus aller travailler (Brygo et Cyran, 2016) ? D'où vient que de nombreux jeunes gens cultivés s'ennuient dans leur emploi et choisissent de se « déclasser » (Cassely, 2016) ? Pourquoi envoyer Lambert chez le sexologue plutôt que poser dans l'espace public la question de la nature de l'activité, des méthodes de management et/ou de redistribution des gains⁵ ?

Les vendeurs de sédatifs, les formateurs à la gestion du stress et autres officines

⁵ On ne peut que conseiller à ce sujet l'excellent livre de Anne Flottes, *Travail et utopie*, paru en novembre 2017 aux Éditions d'une.

du « bien-être au travail », pas plus que les psychothérapeutes n'ont intérêt à faire cesser cette confusion. Ils ne sont sans doute pas les seuls. Nous avons tendance à garder l'attention fixée sur les « nouvelles méthodes de management », ou sur les « nouvelles méthodes d'évaluation » sans prendre plus de recul sur la nature même du travail, ses fins et ses moyens ainsi que sur la politique de l'emploi qui l'encadre. Jusqu'où peut-on aller pour éviter de poser les questions fondamentales de la régulation des rapports sociaux à une époque où les indicateurs de santé au travail se dégradent et où « les entreprises n'ont jamais gagné autant d'argent¹⁸ ! (Le Monde, 2017) » ?

BIBLIOGRAPHIE

- Brygo, J. et Cyran, O. (2016). *Boulots de merde ! Du circur au trader, enquête sur l'utilité et la nuisance sociales des métiers*.
- Cassely, J.-L. (2016). *La révolte des premiers de la classe*. Archê.
- Cosnard, D. (2018, 9 mars). 93,4 milliards d'euros de profits pour le CAC 40 en 2017. *Le Monde*. Repéré à http://www.lemonde.fr/economie/article/2018/03/08/93-4-milliards-d-euros-de-profits-pour-le-cac-40-en-2017_5267523_3234.html
- Dejours, C. (1993). *Travail, usure mentale*. Bayard.
- Flottes, A. (2013). *Travailler, quel boulot ! Les conflits du travail, enjeux politiques au quotidien*. Syllepse.
- Flottes, A. (2017). *Travail et utopie*. Éditions d'une.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la sexualité*. Idées Gallimard (1976).
- Freud, S. (1914). Remémoration, répétition, perlaboration. Dans *La technique psychanalytique* (traduit par A. Berman). PUF.
- Libération. (2001, 6 mars). Illustration de Remi Malingrey. *Libération*, 28.
- Le Monde. (2017, 4 août). *L'administration Trump s'attaque à la « culture de la fuite »*. *Le Monde*. Repéré à http://www.lemonde.fr/donald-trump/article/2017/08/04/trump-lance-la-traque-des-fuites-qui-minent-sa-presidence_5168894_4853715.html

¹⁸ Voir aussi l'article du supplément « Économie et Entreprise » du journal *Le Monde* du 9 mars 2018 dans lequel Denis Cosnard nous apprend qu'« il tombe des profits comme s'il en pleuvait. Ensemble, les 40 groupes de l'indice vedette (le CAC 40) de la Bourse de Paris ont engrangé en un an, 93,4 milliards d'Euros de bénéfice net. C'est 24% de plus qu'en 2016. »

Frédéric Mougeot

Sociologue

Membre du Centre Max Weber (UMR 5283)

Lyon

L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE À L'OMBRE DE LA NOUVELLE GESTION PUBLIQUE

1 Les noms des personnes et des organisations ont été anonymisés. Le matériau mobilisé pour cette contribution est issu de ma recherche doctorale (Mougeot, 2015). Deux unités de soins de deux hôpitaux psychiatriques ont été investiguées par la méthode de l'observation ethnographique et par une série de 61 entretiens semi-directifs auprès des professionnels de santé de la psychiatrie publique hospitalière.

2 Un patient est « sortant » lorsque son départ de l'unité est programmé. Une fois « stabilisé », le patient peut quitter l'hôpital et bénéficier d'un suivi thérapeutique au sein des structures extrahospitalières. La sortie d'un patient est le plus souvent le fruit d'une décision de l'équipe médicale et soignante mais il arrive que des patients sortent contre avis médical lorsqu'ils ne sont pas hospitalisés sous contrainte.

Chaque semaine, l'équipe hospitalière se retrouve pour la réunion de « staff ». Cette réunion débute systématiquement par « un point sur les entrées et les sorties de la semaine ». Animée par Raphaël Favre¹, le médecin responsable de l'unité, cette réunion regroupe l'ensemble des professionnels catégorisés comme « soignants » dans l'unité psychiatrique. Elle est l'occasion d'évoquer les cas des patients hospitalisés, de donner des indications relatives au cadre de soin prévu pour chacun, aux projets mis en place avec eux, et d'évaluer le temps a priori nécessaire pour qu'ils soient en mesure de sortir de l'hôpital.

Cette réunion s'ouvre systématiquement sur ce qu'il est convenu d'appeler les « mouvements » dans l'unité, c'est-à-dire les flux de patients entrant et sortant de l'unité au cours de la semaine. Les échanges qui y prennent place témoignent de la manière dont se reporte la pression des lits sur le travail des soignants (Belorgey, 2010). Les informations retenues comme pertinentes renvoient avant tout à une logique comptable dans laquelle les flux priment sur les cas singuliers. Le médecin responsable de l'unité y énumère les noms des patients en indiquant leur statut en fonction de la proximité de la place qu'ils occupent dans les flux de patients au sein de l'unité :

« Monsieur P. est sortant², Monsieur N., qui était en C.I. (chambre d'isolement), prendra le lit de Monsieur P., Monsieur G. sortira vendredi et Monsieur X. prendra son lit. (...) Mademoiselle I. sortira lundi. Nous avons aujourd'hui une entrée, Mademoiselle Y., qui est en subsistance³ à Pinel 2. Elle est arrivée hier pour une B.D.A. (bouffée délirante aiguë). Nous avons en ce moment quinze patients en subsistance et l'unité des urgences⁴ nous met une pression de plus en plus forte. Nous allons tenter au maximum de garder le cap mais le service des urgences a une politique d'entrée de plus en plus étonnante. Bon⁵. »

Au cours de la réunion de staff, malgré une critique non dissimulée de la politique du chiffre menée au sein de l'établissement et des tentatives de résistance, l'attention aux flux des patients au sein de l'unité s'impose au médecin et à l'équipe soignante. Les informations sélectionnées pour évoquer les patients témoignent de la prégnance de l'urgence à les faire sortir afin de permettre l'accueil de nouveaux

patients. Du fait de la prégnance du flux des patients dans la nouvelle gestion hospitalière, ces derniers sont qualifiés non pas en fonction de leur identité ou de leur pathologie mais plutôt en fonction de leur position dans les mouvements de l'hôpital.

L'ex-compagnement : un mandat impossible

Dans l'hôpital des années 1950 décrit par Erving Goffman (1961), les patients étaient condamnés à une vie de reclus en institution. Les patients d'aujourd'hui séjournent pendant des durées variables à l'hôpital et sont amenés, un jour, à le quitter (Coldefy, 2004). Leur présence à l'hôpital s'est raccourcie et se limite même actuellement au seul temps de la crise. La durée de leur séjour est codifiée et comparée à une durée moyenne de séjour. Ainsi, le statut de l'hôpital psychiatrique a évolué. Il tend ce jour vers une prise en charge du patient pendant les seules phases aiguës de sa maladie. Les séjours des patients sont ainsi marqués par leur brièveté.

3 Un patient en « subsistance » est un patient hospitalisé dans une autre unité de l'hôpital faute de place dans l'unité de laquelle il dépend. Le choix de l'hôpital, du service et de l'unité en charge de l'hospitalisation d'un patient se fait à partir de critères géographiques hérités du secteur.

4 L'unité des urgences de l'hôpital est chargée de gérer les flux entrants de patients. Les unités n'encourageant pas une sortie rapide des patients et ne permettant ainsi pas un turn-over important des malades comptent un grand nombre de subsistants. Ils peuvent faire l'objet de critiques de la part de l'administration hospitalière procédant au suivi des flux de patients dans l'hôpital. Ils peuvent aussi être considérés comme des « outsiders » de la part des professionnels de santé valorisant l'hospitalisation de courte durée.

5 Extrait de journal de terrain, 2009.

Ce recentrement de l'hôpital sur la prise en charge des malades pendant le temps de leur crise est notamment le produit de transformations issues de la nouvelle gestion publique. À partir des années 1980, il s'agit de faire fonctionner la psychiatrie publique hospitalière sur le modèle de l'hôpital général. L'hôpital est alors appréhendé par les pouvoirs publics sous l'angle de ses coûts et non seulement de sa mission. Aujourd'hui, ces transformations de l'hôpital n'autorisent plus les soignants à exercer leur métier selon les idéaux de la psychiatrie de secteur dont ils sont pourtant toujours les héritiers (Mougeot, 2015). Ce malaise dans la transmission vient du fait que les corps de principes et de méthodes à l'œuvre dans le soin en psychiatrie ne peuvent aujourd'hui s'exprimer du fait de la pression des lits. Cet héritage impossible débouche, pour les soignants, sur une expérience paradoxale ou paradoxante (Gaulejac et Hanique, 2015) du travail en psychiatrie. Ce paradoxe réside en particulier, d'une part, dans la cohabitation d'une injonction à libérer les lits et, d'autre part, à l'attachement des soignants à ce qui relève de leur « vrai boulot » (Bidet, 2011), le soin et sa démarche clinique.

En 1991, Lorna Rhodes publiait aux États-Unis *Emptying beds* (Rhodes, 1991, 1995). Elle tirait la sonnette d'alarme et décrivait la manière dont les soignants de la psychiatrie américaine ne parvenaient plus à tenir leur poste de travail et voyaient leur rôle réduit non pas à celui de gardien d'asile mais bien plutôt à celui de gestionnaire des flux de patients. Dans l'introduction de son ouvrage, elle note la manière dont les membres de cette unité disent avoir un « mandat impossible » à mettre en œuvre, devant à la fois « se décharger des patients rapidement et les traiter correctement ». Le constat de Lorna Rhodes doit aujourd'hui être fait en France. Le mandat des soignants y est impossible. La nouvelle gestion publique des hôpitaux induit un nouvel ordre psychiatrique : celui de devoir raccompagner le plus vite possible les patients vers la sortie de l'établissement, celui de libérer des lits à défaut de pouvoir libérer les patients. Ce mandat impossible peut se résumer en un néologisme : celui d'ex-compagnement (Mougeot, 2012).

À l'échelle des unités, mais aussi plus largement des services et des pôles, offre et demande d'hospitalisation sont alors contrôlées à l'aide d'instruments tels que la

file active, la durée de séjour ou la population par type de pathologie. Ceux-ci centralisent le traitement quantifié des flux de patients. Le suivi comptable de ces flux met en concurrence les services en fonction de leur capacité à traiter le plus efficacement possible les demandes d'hospitalisation qui leur sont adressées. Si une résistance est notamment possible par un système d'hospitalisations à répétition⁶, la mise en concurrence des services et la pression à juguler une demande considérée comme difficilement soutenable se reportent sur le travail des soignants.

Ces transformations redéfinissent l'expérience des soignants en organisation. L'urgence à faire sortir les patients de l'hôpital dévie les pratiques professionnelles héritées de la psychiatrie de secteur. Elle ne conduit pas au suivi renforcé des trajectoires de santé des patients et à l'amélioration des liens entre structures du parcours de soin des patients. La sortie des patients de l'unité reste envisagée par les soignants de l'hôpital comme une sortie de la psychiatrie, une conclusion au parcours de soin du patient. Ce raccompagnement vers la sortie est vécu par les professionnels de santé de la psychiatrie intra hospitalière comme une contrainte indépassable. Plus qu'une ambiguïté du quotidien (Vega, 2000), l'expérience actuelle du travail des soignants en psychiatrie est marquée par le paradoxe. La situation actuelle de la psychiatrie publique hospitalière conduit en effet paradoxalement à faire resurgir des images d'asile et à conférer une forme renouvelée de violence aux rapports entre soignants et soignés.

Quelles régulations du soin dans l'hôpital productiviste ?

Ce système paradoxant se répercute sur la prise en charge des patients. La manière dont les soignants peinent à tenir leur rôle trouve un fort écho dans l'expérience que font les patients de l'hôpital psychiatrique. La fragilisation des rôles des différents acteurs de l'hôpital oblige les soignants à inventer de nouvelles régulations, en particulier dans leurs relations avec les patients. Une part importante de l'activité des soignants consiste en particulier à gérer les effets d'une coprésence continue et pesante avec des patients toujours plus en crise.

Pour garder le contrôle sur les patients, les soignants construisent une série de frontières qui les séparent des malades. Les soignants sont contraints de traiter collectivement les patients alors même que les instruments de soin qu'ils mobilisent (cadre de soin, psychopharmacologie, etc.) appelleraient un traitement individualisé des malades. Parvenant difficilement à « contenir » les patients hospitalisés dans leur unité, les soignants multiplient les « recadrages⁷ » des malades qui outrepassent les règles de comportement qui leur sont imposées. La frontière entre soignants et patients est ainsi sans cesse rappelée par l'imposition de règles rugueuses dans l'unité de soin, mais aussi par le marquage des corps des patients ainsi que par l'imperméabilité du monde des soignants à celui des malades.

Ce travail de frontière renforce l'impression de violence du quotidien psychiatrique. Les règles édictées par les soignants sont inflexibles. La distance séparant soignants et soignés est inscrite dans le visible. Les habits enveloppant les corps affichent leurs affiliations, les patients portant le pyjama de l'institution et les soignants la blouse. Un travail d'incorporation de la maladie mentale par le biais du médicament inscrit dans les corps l'appartenance au groupe des patients. Les

⁶ Il arrive en effet que des patients soient réhospitalisés peu de temps après leur sortie de l'hôpital afin de répondre aux nouveaux enjeux de la durée moyenne de séjour en même temps que de la volonté de proposer un soin sur le long cours.

⁷ Les recadrages sont des rappels à la règle de l'équipe soignante en direction de malades outrepassant les limites du cadre thérapeutique qui leur est fixé.

réécits des soignants dressent enfin le portrait de malades étrangers à leur monde. Les patients, quant à eux, doivent obéir aux règles rugueuses de l'organisation.

Dignes ou indignes de la clinique : le choix des patients à investir

L'intensification du travail des infirmiers complique la mission de l'hôpital psychiatrique. Les instruments au service du soin, hérités de la psychiatrie de secteur, ne permettent actuellement pas le traitement satisfaisant de tous les patients. En conséquence, les infirmiers opèrent un « sous-pesage⁸ » afin de déterminer auprès de quel malade s'investir et quel patient délaissier.

Ne bénéficiant pas de suffisamment de temps pour prendre en charge l'ensemble des patients, les soignants de la psychiatrie sont contraints de choisir entre d'une part, accorder un temps restreint à chaque patient et, d'autre part, accorder davantage de temps à un nombre limité de patients. La majeure partie des soignants choisissent la seconde option. Plutôt que de s'investir de façon insatisfaisante auprès de l'ensemble des patients, ils préfèrent procéder à la sélection d'un faible nombre de patients auprès de qui ils exercent leur métier en clinicien. Le soin n'est donc pas déployé de façon égalitaire pour chaque patient. La dimension clinique du travail des soignants n'est mobilisée que dans quelques cas.

Cette sélection des patients n'est pas le fruit du hasard. Un processus continu de sous-pesage est conduit par les infirmiers et permet d'organiser la prise en charge clinique de quelques patients et la sortie ou le faible engagement de l'équipe soignante et médicale auprès des autres patients. Le sous-pesage des patients obéit d'une part à des critères sociaux et culturels (l'âge, l'ancienneté dans la maladie, l'origine ethnique des patients, etc.) et, d'autre part, à des critères moraux venant distinguer les patients qui *veulent* mais ne *peuvent* pas, des patients qui *peuvent* mais ne *veulent* pas. Pour les premiers, ceux qui *veulent* mais ne *peuvent* pas, une carrière de patient méritant leur est offerte par des soignants dont les pratiques et les discours s'inscrivent dans une économie de la compassion (Molinier, 2000). Pour les seconds, ceux qui *peuvent* mais ne *veulent* pas, une carrière de patient indigne de la clinique leur est imposée et une économie du soupçon (Linhardt, 2001) réside à leur prise en charge. Les soignants mobilisent alors l'équipe médicale pour des recadrages réguliers, voire pour l'organisation de leur éviction de l'unité de soin. Un travail de « sous-pesage » moral des patients dresse ainsi une frontière entre différents types de patients traités de façon différenciée au sein de la psychiatrie publique hospitalière.

Conclusion

La politique du chiffre a fait son entrée en psychiatrie. Plus lentement peut-être que dans d'autres domaines de la vie sociale. Elle est néanmoins prégnante aujourd'hui à l'hôpital. Face à ces nouvelles contraintes, les soignants n'ont d'autre choix que de s'adapter. Pour la plupart, ils ont fait le choix de garder les corps de principes et de méthodes qui guidaient leurs pratiques par le passé. Ils adaptent alors leur clinique et dressent malgré eux une série de frontières les séparant des patients, les protégeant autant que faire se peut de la difficulté de gérer une pluralité de

⁸ Cette expression a été proposée lors d'une restitution de mon travail de recherche doctorale.

malades en crise aiguë dans une seule unité de soin. Ces soignants résistent à l'imposition d'un rôle de soignant se limitant à celui de gestionnaire des flux de patients mais ils créent ce faisant les conditions d'une sélection des patients. La pression des lits a en outre transformé en profondeur leur mandat. Devant par le passé libérer des patients, ils doivent dorénavant libérer des lits.

Ce changement de paradigme se répercute inévitablement sur l'expérience que font les patients de la psychiatrie publique hospitalière. D'un lieu asile offrant un rempart contre les turpitudes du monde, l'hôpital psychiatrique actuel est traversé par des injonctions néo-managériales dont les patients ne sont plus protégés. Ces derniers doivent être autonomes, temporiser leurs demandes, faire preuve d'adaptation au contexte tendu des unités de soins, accepter une prise en charge incomplète et sortir de leur crise en un temps comparable à celui défini par la durée moyenne de séjour. Les patients doivent par ailleurs accepter les règles rugueuses imposées par la gestion de la coprésence d'une pluralité de patients en crise aiguë et être acteurs de leur soin.

Ces transformations du quotidien de la psychiatrie publique hospitalière issues de la nouvelle gestion publique sont bien connues des acteurs de la psychiatrie. Elles font l'objet d'une résistance silencieuse. La clinique, cœur du métier des soignants de la psychiatrie, jusqu'alors protégée, est aujourd'hui traversée par des contraintes extérieures à la relation de soin. Un débat sur la clinique à l'heure de l'hôpital productiviste, sur ses possibilités de déploiement dans la psychiatrie publique, devrait s'ouvrir pour éclairer l'ombre envahissante de la nouvelle gestion publique.

BIBLIOGRAPHIE

Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*. Paris : La Découverte.

Bidet, A. (2011). *L'engagement dans le travail. Qu'est-ce que le vrai boulot ?* Collection « Le lien social ». Paris : Presses universitaires de France.

Goffman, E. (1961). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux* (1968, traduit par L. Lainé). Présentation de Robert Castel. Paris : Éditions de Minuit.

Coldefy, M. (2004). *Les secteurs de psychiatrie générale en 2000*. DREES, 42.

Gaulejac (de), V. et Hanique, F. (2015). *Le capitalisme paradoxant : un système qui rend fou*. Paris : Seuil.

Hughes, E. C. (1958). *Men and their work*. Glencoe: The Free Press, 42-56.

Hughes, E. C. (1996). « Le drame social du travail ». Dans *Actes de la recherche en sciences sociales*, 115. Les nouvelles formes de domination dans le travail, (2), 94-99.

Linhardt Dominique (2001). « L'économie du soupçon ». *Genèses*, 3(44), 76-98.

Rhodes, A. L. (1995). *Emptying beds. The work of an emergency psychiatric unit*. Berkeley and Los Angeles : University of California Press.

Molinier, P. (2000). Travail et compassion dans le monde hospitalier. *Cahiers du genre*, (28), 49-70.

Mougeot, F. (2012). Une psychiatrie de l'ex-compagnement ? Regard sur le travail infirmier. *Rhizome*, (44).

Mougeot, F. (2015). *La Pratique Infirmière En Psychiatrie : Entre Contraintes Managériales et Résistances Cliniques*. Lyon II. Repéré à <http://www.theses.fr/2015LYO20130>.

Vega, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Éditions des Archives Contemporaines.

Laura Holdner

Psychologue en Point d'Accueil Écoute Jeunes

Lyon

LA CLINIQUE À L'ÉPREUVE DU TRAVAIL. RÉFLEXION D'UNE JEUNE PSYCHOLOGUE CLINICIENNE

« Supporter le travail ? », le thème de ce numéro pourrait être une affirmation tant les notions de souffrance et d'effort sont couramment associées à l'étymologie du mot « travail », ce qui nous interroge ainsi : qu'y a-t-il aujourd'hui à supporter pour le psychologue clinicien travaillant en institution et, en particulier, pour le jeune clinicien diplômé ?

Le contexte économique actuel, mouvant et incertain, les restrictions budgétaires imposées aux institutions publiques et la progression d'une approche gestionnaire en leur sein tendent à modifier l'organisation du travail et leur rapport au temps.

À partir de notre expérience professionnelle de psychologue en point d'accueil écoute auprès d'adolescents depuis un an, nous souhaitons évoquer ici la difficulté d'y maintenir des temps et des espaces de réflexions cliniques. L'incertitude du maintien des financements, le développement de la recherche de fonds externes, les délais de réponse, courts, des appels à projets et des bilans des financeurs concourent à construire une temporalité autour de l'urgence. Dans ce contexte, comment continuer d'encourager et de supporter le travail d'élaboration ?

Vers de nouvelles organisations du travail ?

Les points d'accueil écoute jeunes ont été créés en 1996 par une circulaire du Ministre du Travail et des Affaires Sociales, en réponse aux préoccupations de l'époque liées à l'exclusion sociale des jeunes marginalisés se livrant à la mendicité (Fassin, 2004). Ils s'inscrivent à l'origine dans le champ de la prévention des conduites à risques, en particulier de la toxicomanie, et ont évolué au fil des années vers une approche plus globale de la prise en compte du mal-être des adolescents (Dessez et De la Vaissière, 2007). Ils permettent aux jeunes entre 12 et 25 ans, à leurs proches et aux professionnels travaillant auprès d'eux, d'être écoutés gratuitement, de façon confidentielle et anonyme dans un lieu neutre, différencié des lieux de soin et avec des délais de prise de rendez-vous rapides. Cette écoute peut être effectuée par un psychologue mais il existe une grande diversité dans le fonctionnement de ces structures (composition d'équipe, modalités d'accueil, localisation) suivant les besoins du territoire (Dessez et De la Vaissière, 2007). Les

liens étroits avec les partenaires de terrain permettent de favoriser les orientations au point écoute et, ainsi, l'accès à un psychologue. Celui dans lequel nous exerçons est composé de trois psychologues et rattaché à un service de promotion de la santé d'une collectivité locale.

Les restrictions budgétaires imposées aux institutions publiques, l'incertitude du maintien des financements et des dispositifs existants modifient leur organisation du travail notamment leur rapport au temps. Nous faisons ici l'hypothèse que dans un contexte où il est difficile pour les structures de se projeter et d'assurer leur pérennité, leurs perspectives temporelles sont perturbées par l'urgence. Par exemple, l'importance accordée aux financements, en particulier aux financements extérieurs, ponctuels, demande aux psychologues de justifier les actions existantes et d'en développer de nouvelles par le biais de réponses d'appels à projets. Le format de ces rendus est défini par les organismes financeurs et appelle un travail d'écriture concis et rapide tant les délais de réponse sont brefs (parfois une quinzaine de jours seulement). Pour y répondre, les temps de coordination d'équipe sont absorbés par différentes tâches opérationnelles (rédaction de bilans, étude de nouveaux projets, transmission d'informations) et les ordres du jour définis, bousculés, peut-être en miroir des vécus institutionnels (l'accumulation de ces tâches peut apparaître comme une tentative de l'institution de se défendre des affects dépressifs liés à la menace de disparaître). Il est devenu difficile, durant ces temps, d'aborder les situations rencontrées et d'étudier les besoins émergents à partir de celles-ci. Les ordres du jour des réunions de coordination avec la direction tendent à être remplis d'études de nouveaux projets en parallèle des missions déjà existantes. Ces réunions ne permettent plus, elles non plus, de garantir un espace de réflexion. Cette pression entre aussi en tension avec les ambitions politiques. Certains projets naissent sans que les discours qui les accompagnent ne puissent garantir leur stabilité. Malgré la volonté politique de soutenir les actions du point écoute, ceux énoncés font plutôt état d'une incertitude quant au renouvellement du contrat d'une des psychologues. Deux discours, ainsi, se contredisent et empêchent une cohérence sur le long terme.

Quels effets sur le psychologue ?

Ce rapport au temps risque d'entraîner une saturation de la pensée chez le psychologue. La pression d'une réponse immédiate et l'accumulation du traitement des informations entravent le déploiement d'une pensée libre et désintéressée qui n'aurait pas l'injonction de déboucher sur des réalisations précises. Le vocabulaire employé par les institutions de « fiches actions » et de « gestion de projets » est révélateur de cette exigence de concrétisation de la pensée. Celle-ci enlève la possibilité d'une pensée imparfaite si elle n'est pas précédée d'échanges. La recherche d'un consensus rapide ou au contraire les désaccords, trouvent moins d'issues alors que les temps de réflexion s'enrichissent de la diversité des points de vues. Il serait plus difficile de faire émerger une pensée commune et les temps de rassemblement risqueraient de se réduire à des temps de dépôts d'affects bruts et individuels (Louchard Chardon, Morhain et Morhain, 2016).

Pour le jeune clinicien, les premiers temps de son exercice sont une découverte. S'il a pu se faire une vision réaliste de sa future profession à travers ses stages, il a aussi construit des représentations idéales que les enseignements théoriques ont participé à alimenter. L'endossement de nouvelles responsabilités et la confrontation à la réalité des institutions lui demandent de les réajuster. La nature des difficultés institutionnelles favorise les vécus d'impuissance du fait de l'absence de causalité accessible : comment envisager les changements quand le système économique lui-même est responsable de ces difficultés ? En témoigne le titre d'un article de Christophe Dejours (2016): « Les psychiatres survivront-ils au néolibéralisme ? ». Ils sont accrus par les attentes contradictoires adressées au psychologue comme lorsqu'il est invoqué en tant qu'expert sur un sujet sans que le temps lui soit accordé pour développer sa pensée. Les représentations du psychologue supposé détenir le savoir persistent et entretiennent l'ambivalence à son égard. En même temps que son avis est souhaité, la pression des institutions à agir rend difficilement supportable qu'il ne se plie pas aux réponses immédiates demandées. En cédant à cette pression, le jeune clinicien risque de favoriser une logique d'auto-engendrement, négligeant l'histoire institutionnelle aux profits de ces nouveaux projets (Louchard Chardon, Morhain et Morhain, 2016).

Se révolter ?

Face à ces nouvelles modalités, l'enjeu de trouver de meilleurs compromis est inévitable pour continuer à travailler dans de bonnes conditions. Comment trouver des espaces communs d'entente et rétablir un meilleur équilibre ?

Si l'idée d'affirmer l'identité et les valeurs nécessaires au métier du psychologue paraît indispensable, celle-ci n'est pas toujours entendue par les institutions. L'absence de valeur légale du code de déontologie, le manque de représentations sociales du métier et l'éloignement des psychologues des pôles décisionnaires n'aident pas à les faire valoir et cela accroît leur vulnérabilité auprès des systèmes hiérarchiques (Luce, 2016).

Les pistes d'ouvertures ne nous semblent pas être du côté de recettes miracles, plutôt dans un positionnement qui ne se fait pas « contre », soit en opposition à un système, mais « avec », en maintenant toujours la possibilité d'un dialogue. Expliquer et affirmer les besoins du psychologue restent nécessaires. Il peut être utile de démontrer le temps consacré à d'autres tâches que la réflexion clinique, afin de révéler les déséquilibres dans l'organisation du travail, de valoriser les temps de réflexion en montrant leur pertinence et les incidences de leur absence sur l'accompagnement du public reçu, en s'appuyant, par exemple, sur la réflexion qui a abouti au temps FIR (Formation Information Recherche) à l'hôpital public. Un travail d'écriture peut permettre de préciser les constats et les possibilités d'amélioration.

BIBLIOGRAPHIE

Dejours, C. (2016). Les psychiatres survivront-ils au néolibéralisme?. *Le Carnet Psy*, 202(8), 39-42. doi:10.3917/lcp.202.0039.

Dessez, P., et De la Vaissière H. (Éds). (2007). *Adolescents et conduites à risque : prévention et écoute*. Pays-Bas : Éditions ASH.

Fassin, D. (2004). *Des maux indicibles : Sociologie des lieux d'écoute*. Paris : La Découverte.

Louchard Chardon, C., Morhain, Y. et Morhain, É. (2016). Organisations et désorganisation dans les pratiques cliniques en « Point Écoute ». *Cahiers de psychologie clinique*, 46(1), 105-121. doi:10.3917/cpc.046.0105.

Luce, C. (2016). Les vulnérabilités des psychologues face à leurs hiérarchies. *Le Journal des psychologues*, 341(9), 20-25. doi:10.3917/jdp.341.0020.

Slimane Zerrouk

*Infirmier à l'Unité pour Malades Difficiles (UMD) du Centre Hospitalier Le Vinatier
Bron*

SOIGNER À L'UNITÉ POUR MALADES DIFFICILES

À travers une étude observationnelle mixte, qui a permis de recueillir 36 questionnaires et de mener 6 entretiens, nous avons réalisé une enquête sur « la contenance soignante à l'Unité pour Malade Difficile (UMD) » (Zerrouk, Katsaros, Vernet et Durr, 2018) dans le cadre du Conseil Scientifique de Recherche (CSR) du Centre Hospitalier Le Vinatier. Cette investigation interroge le quotidien des aides-soignants et des infirmiers travaillant de jour. Le point de départ de notre réflexion reposait sur une hypothèse : lorsque les capacités de contenance d'une équipe sont dépassées, les soignants ont recours à l'isolement.

Contexte

Livia Velpy (2016) explicite dans son article que depuis 2007, les politiques donnent une orientation sécuritaire à la psychiatrie. En quelques années, les UMD passent de cinq à dix établissements. Parallèlement, les chambres d'isolement se multiplient dans les hôpitaux. En décembre 2011, l'UMD de Bron ouvre ses portes en créant une première unité d'admission. C'est une unité de gestion de crise. Les patients sont soumis à un cadre de soin strict sur une période moyenne d'un mois. En juillet 2012, c'est au tour des unités 2 et 3 de faire leur apparition. Elles reçoivent les patients stabilisés. Ces deux structures sont tournées vers l'extérieur et travaillent le lien avec les équipes de secteur. Les soins reposent sur une préparation à la sortie pour un retour dans leur service d'entrée.

Le 26 janvier 2016, un changement s'opère. Une loi de modernisation du système psychiatrique français, et plus particulièrement l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique, instaure un cadre juridique rigoureux concernant l'isolement et la contention en rappelant qu'il s'agit de pratiques de dernier recours. En février 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en les qualifiant de mesures de protection à envisager lorsque toutes les autres alternatives ont échoué.

Évolution des pratiques

À l'ouverture de l'unité 2, j'observais des disparités dans la pratique soignante et des points de vue tranchés. Certains estimaient qu'il ne fallait pas « exciter les patients » et évitaient la relation en dehors des temps qui rythment une journée (levés, administration des traitements médicamenteux, repas, couchers...). D'autres, *a contrario*, se « mélangeaient » et proposaient des moments de partage autour des activités (babyfoot, diffusion de films, jeux de société...). Dans les deux autres unités, lors de remplacements, je découvrais de nouvelles façons de penser le soin et d'agir.

Durant les deux premières années, nous avons tendance à isoler de façon systématique un patient évalué comme agressif, inquiétant ou agité. Les situations de tension étaient résolues par le recours à l'isolement. Progressivement, sans que nous en repérions clairement les causes, notre pratique s'est assouplie. Un grand nombre de soignants traitait davantage les conflits par le dialogue.

Les deux années suivantes, nous avons questionné le dispositif institutionnel. Nous avons ressenti la nécessité d'écrire un règlement intérieur intitulé « règles de vie » pour s'en détacher et permettre au patient de s'y référer. Ce document, porté par l'équipe, était susceptible de faire tiers dans la relation. Dans le même temps, le lien avec l'extérieur était de plus en plus recherché et les sorties se multipliaient : accompagnements achats, visites de musées, groupe cinéma, repas thérapeutiques... Conjointement à cette évolution, le pôle d'activités médiatisées (PAM) s'est développé en offrant un panel de médiations proposées par un éducateur sportif, un infirmier, un aide-soignant, une psychomotricienne et un ergothérapeute.

Nos approches, qui passent du soin relationnel au sécuritaire et du sécuritaire au soin relationnel, ainsi que les évolutions de la pratique au sein même de l'UMD viennent poser la question de la contenance. Les patients que nous rencontrons sur le terrain sont souvent incapables de formuler une demande de soin. Les traumatismes auxquels ils auraient été soumis remonteraient à une période qui se situe avant l'apparition du langage. René Roussillon parle de souffrances primitives. Denis Mellier (2005) fait l'hypothèse que la fonction contenante permet de reconnaître et de traiter ce type de souffrances.

Les équipes de l'UMD sont confrontées quotidiennement aux refus de soin, aux comportements régressifs, adhésifs, à la passivité, à l'énigmatique... et à l'imprévisible. Ces situations mettent en scène une conflictualité non transformée et externalisée. Elles révèlent la souffrance du sujet sous différentes formes et demandent à chaque fois une réponse personnalisée, appropriée, adaptée. Nous pensons qu'il devrait y avoir des corrélations entre le soignant, l'équipe et l'institution.

Spécificité du travail soignant

Les patients admis à l'UMD ont un long passé d'hospitalisation, souvent émaillé de passages à l'acte autos ou hétéro-agressifs. Ils présentent également une mauvaise observance des traitements. Épuisées, les équipes de secteur se tournent

vers ces structures fermées dans l'espoir d'un relais salvateur. Dernier rempart, elles sont conçues pour assurer à la fois un contrôle, une surveillance et un soin. Le soignant se retrouve à devoir assumer cette situation paradoxale.

Chaque mouvement est soumis au diktat d'une clef électronique, objet incontournable, outil indispensable. Retour en chambre, accès aux biens (livres, stylos, vêtements, nécessaire de toilette...) passent par l'ouverture de portes. Des moments très appréciés comme les pauses « cigarettes » sont réparties en cinq temps dans une journée et à heure fixe. Le personnel distribue deux cigarettes par pause et par patient. Regarder un programme télévisé, bénéficier d'une sortie thérapeutique, d'un appel téléphonique ou d'une visite... C'est encore l'équipe qui gère.

La contrainte est là, plus ou moins intense et omniprésente. Ce fonctionnement basé sur une relation asymétrique renforce la dépendance psychique déjà existante. Tous ces facteurs concourent à rendre le soin difficile. Dans ces conditions, la rencontre peut-elle avoir lieu ? Le défi à relever, le tour de force à réaliser serait de créer un espace de liberté dans cet endroit qui en manque cruellement. Ne pas ajouter de contrainte à la contrainte, c'est probablement la voie qu'il faudrait suivre pour rendre l'hospitalisation supportable. La peur d'être débordé et de ne plus pouvoir faire face aux moments de tension seraient à l'origine des mouvements défensifs et au recours à la force.

Le patient dépose son délire, évoque ses hallucinations, se plaint d'un corps douloureux, adopte un comportement étrange, provocant ou agressif... Ces signes et ces symptômes seraient la manifestation de sa vulnérabilité. Elle s'observe à travers l'étayage nécessaire pour les actes de la vie quotidienne : accompagnement pour les soins d'hygiène, pour les démarches d'ordre social, sur le plan cognitif, dans la gestion des émotions et de l'agressivité. La dépendance psychique se dissimule derrière une immédiateté et une toute-puissance. Cette façon « d'être au monde » n'est que le reflet d'un narcissisme primaire qui n'aurait pas su se secondariser. Bernard Golse et René Roussillon (2010) parlent d'une logique du « tout, tout de suite, tout seul ». Notre travail consiste à faire découvrir au patient une temporalité qui intègre à la fois le passé, le présent et le futur. Il s'agit de l'aider à sortir de cet « éternel présent » dans lequel il semble bloqué.

Concrètement, nous rythmons une journée en instaurant une sorte de rituel. Les réveils, les repas, l'administration des traitements médicamenteux et les couchers se font toujours aux mêmes horaires. Les appels téléphoniques, les temps cigarettes, les visites, les sorties et les médiations sont repérés dans une planification hebdomadaire. Chaque patient peut se référer à son cadre de soin qui lui indique ce qui est autorisé et ce qui est interdit. Il est écrit dans le dossier informatisé du patient et est parfois imprimé et affiché dans sa chambre. Il est élaboré en équipe pluridisciplinaire. Les soignants le portent et le font respecter.

Dans le même temps, nous proposons des activités « occupationnelles » autour de jeux de société, de la cuisine, de l'écoute musicale et du film du dimanche après-midi. Il est possible, en fonction des centres d'intérêt du soignant et des souhaits du patient, d'utiliser d'autres supports comme les instruments de musique ou les

livres. Il est important de créer une ambiance détendue où chacun prend plaisir à partager ce moment de divertissement. Une journée est rythmée à la fois par des temps programmés et des temps informels.

Mais comment faire lorsque précisément la temporalité psychique n'est pas intégrée ? Comment faire respecter les « règles de vie » et les consignes des cadres de soin ? Nous avons là une source de frustration et de violence. D'ailleurs, le patient exerce sur nous une pression qui s'apparente parfois à du harcèlement. Dans une relation d'emprise il cherche à faire agir le professionnel dans le sens escompté. Les demandes deviennent impérieuses, elles se multiplient. Nous arrivons à ressentir sa tension interne. Il s'adresse aussi à d'autres collègues pour avoir gain de cause. L'énergie qu'il déploie n'est-elle pas le reflet de l'emprise qu'il ressent soumis aux soins sous contrainte ? Il y a probablement un besoin de maîtrise de part et d'autre. L'exigence immédiate d'un désir qui rencontre un obstacle, une « blouse blanche », favorise l'éclosion d'un conflit. L'agressivité verbale, les provocations ou l'agitation psychomotrice traduisent l'insatisfaction ressentie par le patient. Mais bien souvent cette insatisfaction est réciproque et est également éprouvée par le professionnel. Un ensemble de questions le préoccupe : sommes-nous à l'origine de son mal-être ? Avons-nous bien agi ? Que faut-il faire ?

Notre étude rapporte des témoignages d'infirmiers qui nous renseignent sur le vécu soignant lors de moments de tension. Face à un patient qui adresse des demandes répétées alors que le professionnel n'est pas disponible, les réactions sont variées. Un infirmier se confie : « *Tu répètes avec un ton de plus en plus ferme.* » L'insistance et la répétition des demandes a pour conséquence cet « effet miroir » de la part du soignant. Derrière ce va-et-vient qui n'est pas toujours décodé, le sujet met en scène une souffrance qu'il ne parvient pas à formuler avec des mots, un besoin impérieux qui chercherait à se faire entendre. Le professionnel ajoute : « *Le patient clashe, mais la fois d'après le malade ne refait pas la même chose.* » Ces propos sont intéressants et la confusion qu'ils apportent pour nous l'est tout autant. En effet, il est possible d'en avoir deux lectures très distinctes : le patient est-il en mesure de relier ses actes aux conséquences et donc d'intégrer une notion de responsabilité ? Se soumet-il simplement au « pouvoir infirmier » dans la crainte de représailles ? Le soignant ne confond-il pas soin et soumission ?

Une infirmière raconte que les patients au profil abandonnique adoptent souvent ce genre de comportement. Elle leur apporte une réponse « *si c'est une demande qui est justifiée.* » En effet, elle repère l'angoisse d'abandon derrière « *la demande écran* » mais elle ne la traite pas. Elle réalise que ses capacités de contenance sont mises à mal. Dans ce contexte, elle peut être agressive ou s'agacer : « *Si je me rends compte que j'ai été peut-être un petit peu trop agressive, j'essaie de réfléchir là-dessus et de savoir pourquoi.* » Elle évoque l'effet potentialisateur de n'avoir pas un seul mais de multiples patients difficiles à gérer. La patience et la disponibilité sont mises à rude épreuve. Elle pense que les patients nous poussent dans nos propres limites : « *Il faut se contenir un peu plus pour rester à sa place de soignante.* » La question de la contenance concerne tout le monde, à la fois les patients et les professionnels.

Elle cherche des moyens de régulation. Comment trouver la juste distance ? « *Je me pose beaucoup de questions... J'aurais peut-être tendance parfois à être plus à distance mais je commence un peu plus à me laisser l'opportunité de mettre de l'affect dans le soin et de pouvoir le gérer.* » Il faut compter sur le temps et l'expérience pour comprendre jusqu'où l'on peut aller dans la relation en fonction nos propres limites.

Il est fréquent qu'un membre de l'équipe soit victime d'agression verbale. Là encore les réactions varient d'un soignant à l'autre en fonction de la situation et de son histoire. Un infirmier se remémore une scène : « *Il m'est arrivé d'avoir la boule au ventre quand un patient se sentait très persécuté, il disait que je l'empoisonnais...* » Il ajoute : « *Il était très angoissé et je m'attendais à ce qu'il me tombe dessus.* » Une zone de confusion apparaît comme si une « frontière de différenciation » soignant/soigné s'amenuisait. Dans ce contexte, le professionnel ne repère pas clairement sur le plan émotionnel ce qui vient de lui et ce qui appartient au patient. Perdu dans ses ressentis, il est en difficulté pour comprendre ce qu'il vit dans la relation : comment accueillir et transformer les mouvements transférentiels de cette nature ? Il semblerait qu'un élément de réponse résiderait dans la capacité d'une équipe à faire tiers dans une relation duelle. Le groupe serait le médiateur capable d'étayer à la fois le patient et le soignant.

Cadre de soin et clivage

Tous les moyens sont « bons » pour obtenir la réponse attendue. Les patients, naturellement, s'adressent à plusieurs soignants pour y parvenir. Ils représenteraient un danger pour l'équipe et risqueraient de créer des conflits entre collègues selon une infirmière : « *Les soignants évitent ces situations difficiles mais certains malades utilisent le clivage quand ils sentent que certains soignants sont en désaccord entre eux.* » Elle confond le clivage, mécanisme de défense inconscient et l'effet qu'il peut avoir sur l'équipe. Ce danger supposé provoque une rigidité dans les postures professionnelles : « *C'est le praticien référent qui doit définir le cadre et non les soignants.* » Tout est fait pour éviter le clivage qui pourtant est inévitable puisqu'il est inconscient. Il suscite dans le groupe de la peur et de l'inquiétude. Ce serait un piège, tendu par le patient, qu'il faudrait impérativement éviter. Lorsque le clivage réussit et qu'il empêche l'élaboration de la conflictualité sous-jacente, il est vécu comme un échec et parfois un drame par l'ensemble du personnel. C'est un danger qui pourrait remettre en cause la cohésion et la cohérence d'équipe. Lorsque la contenance groupale est défaillante, n'existe-t-il pas un risque de vouloir renforcer le cadre et la peur du clivage n'est-elle pas exacerbée ?

Une infirmière indique que ce risque est réel. Elle précise que les règles du cadre de soin peuvent être « détournées » à des fins punitives. Il y a bien à cet endroit une emprise du soignant sur le patient. Nous constatons que lutter contre le clivage renforce les défenses et la rigidité de l'équipe. Accepter le clivage pour ce qu'il est, soit un mécanisme de défense, et l'utiliser comme support de réflexion mettrait en évidence des enjeux narcissiques qui traversent le groupe. Cette élaboration aurait pour vertu de resituer le patient au centre du dispositif de soin et de favoriser la

communication entre collègues. Ces récits soulignent l'impact d'une parole ou d'un comportement sur le soignant. En fonction de l'intensité de l'événement ou de la représentation qu'il s'en fait, le professionnel risque d'être affecté, débordé, de devenir agressif ou d'utiliser la contrainte.

Qu'est-ce qui rend ce dispositif thérapeutique ? Il délimite en quelque sorte la scène où se jouent les soins. Les restrictions et les interdits représentent des limites à respecter. Les patients dont la réalité est indifférenciée pourraient, en appui sur ce dispositif qui différencie le réel, amorcer un travail de symbolisation. Ces deux réalités sont éloignées l'une de l'autre à bien des égards. Elles viennent se heurter et faire conflit. « L'immédiateté » des patients, comme nous l'avons mentionné précédemment, se confronte à un cadre qui introduit de la temporalité. Les limites de cette nouvelle temporalité font surgir l'altérité et la dépendance. Cette découverte, essentielle à tout travail d'élaboration, fait violence. Denis Mellier (2003) nous éclaire sur ce point en distinguant conflit et conflictualité. Le conflit serait la part visible, manifeste d'une conflictualité psychique sous-jacente. Dans l'incapacité de penser la conflictualité, le patient ou l'équipe agissent sous forme de conflit. C'est ce qu'indique l'origine étymologique du mot conflit, qui signifie « faire se rencontrer ».

Comment atténuer l'effet du dispositif sur le patient en le rendant le moins violent possible ? Un infirmier apporte une piste de réflexion : « *Il faut arriver à donner du sens... À s'en amuser.* » Il invite à mettre du jeu dans la relation. Cette distanciation dédramatise le soin et insère de la souplesse dans les réponses. Le décalage qu'opère le professionnel par le jeu crée un espace transitionnel évitant l'écueil de l'omnipotence soignante et des risques inhérents à la relation duelle. Pour jouer, ne faut-il pas rencontrer le patient en allant au-delà des symptômes et des troubles ? Cette position, cette façon d'être, tiendrait compte de la singularité et de la complexité du sujet. Elle exige ce qu'appelle Daniel Stern (2003) un accordage affectif, dans le sens d'un partage d'affect. Dans la relation, le soignant et le patient s'ajusteraient l'un à l'autre. Ils s'approviseraient progressivement. Parlant du cadre de soin, un aide-soignant ajoute : « *Il faut qu'il accepte pour que ça fonctionne correctement.* »

Qu'est-ce qui favoriserait l'adhésion du patient ? Probablement un regard qui comprend qu'un sujet ne devrait pas être imaginé *ex nihilo* et devrait être pensé à partir de l'intersubjectivité. Porter ce regard c'est lui transmettre que l'on partage une même condition humaine.

Toute personne est un sujet à part entière à la fois semblable et différent. La spécificité du travail soignant à l'UMD résiderait, dans la mise à disposition d'un espace capable d'accueillir et de transformer un vécu douloureux, la violence et l'agressivité du sujet. Winnicott (1975) parle de survivance de l'objet. C'est maintenir un lien en exerçant ni rétorsion, ni retrait (isolement). C'est montrer au patient que le monde a survécu à sa rage et à sa détresse. Le soignant grâce à sa disposition d'esprit, similaire à la capacité de rêverie de Wilfred R. Bion, met en sens ce qui a été ainsi transféré. Ce travail de transformation, qui s'effectue à la fois au niveau individuel et au niveau groupal, représenterait les capacités de

contenance soignante.

Cette situation n'est pas sans danger pour le personnel. Il est confronté à l'impact émotionnel des souffrances archaïques, aux effets contaminants. Réguler l'impact de ces effets devient indispensable. Pour y parvenir, le professionnel aura recours à l'étayage du groupe.

Impact émotionnel de l'intersubjectivité

À partir d'un questionnement sur le concept de contenance, notre investigation nous pousse à préciser la notion de soin. Nous découvrons que soigner c'est prendre le risque de l'intersubjectivité en allant à la rencontre du sujet. Le professionnel s'expose à un transfert massif. Il accueille et transforme ce qui est mis en scène pour le restituer sous une forme assimilable. Ce travail de contenance a un coût : celui de l'impact émotionnel. La régulation de cet impact s'appuie sur une équipe et sur un dispositif institutionnel proposant des espaces d'élaboration autour de la clinique et des problématiques.

Les témoignages des professionnels placent la question émotionnelle au-devant de la scène. Les vécus douloureux et traumatiques des patients les affectent. René Roussillon utilise le concept d'*identification narcissique de base* pour décrire ce phénomène. Cette identification peut faire résonance avec l'histoire personnelle du soignant, la relation lui ferait alors vivre des émotions et sentiments désagréables. Il s'agit de culpabilité, de peur, de colère, de sentiment d'impuissance... Les patients éprouvent des sensations pénibles et un sentiment diffus de mal-être qu'ils ne sont pas en capacité de traduire en mots. Ce travail de transformation revient au professionnel qui met à disposition son appareil à penser les pensées. Il devrait accueillir et transformer ces ressentis pour les restituer sous une forme métabolisable au patient. Sur le terrain, qu'en est-il ?

Les professionnels adoptent des attitudes variées, dont deux sont diamétralement opposées : éviter l'intersubjectivité (être défensif et se protéger), ou l'accepter avec le risque encouru. Les réponses seront essentiellement influencées par la charge affective.

Un phénomène rare, mais riche d'enseignement, nous fournit des informations importantes. Il s'agit de la question concernant l'agressivité verbale d'un soignant envers un patient. Les causes sont multiples : la fatigue, l'intensité de la relation, l'impact de certains comportements pathologiques. Un infirmier précise que ça peut arriver. Il conseille alors au collègue d'arrêter la relation et de se mettre en retrait. Cette alternative requiert une équipe solidaire et disponible. C'est un moyen de régulation du contre-transfert basé sur la possibilité de s'extraire du soin et de prendre le temps de la réflexion. Selon un aide-soignant, ces situations sont rares mais elles existent. Il raconte : « *Il y a certains patients avec qui au bout de huit heures... vous êtes à reprendre les choses, à recadrer. Quand on est fatigué, on en a marre et il faut savoir passer la main. C'est ça une équipe.* » Son discours parle des mouvements transférentiels « à haute dose » qui épuisent les soignants. L'équipe permettrait de réguler la charge émotionnelle. Les collègues peuvent

prendre le relais. « Savoir passer la main » supposerait une capacité à élaborer, à verbaliser ses propres difficultés aux collègues présents et être en mesure de se reposer sur la contenance offerte par le « groupe soignant ». Ainsi, lorsque l'individu sent que ses ressources ne sont plus suffisantes pour accueillir la souffrance, l'équipe devient une aide précieuse par l'étayage qu'elle procure. Ce constat met en exergue le lien qui existe entre ces deux niveaux de contenance : l'un vient suppléer ou renforcer l'autre.

Un autre aide-soignant aborde la question de la souffrance au travail : « *Au bout de huit heures, on ne peut pas tout encaisser, on n'est pas des machines. Ça m'est arrivé de leur expliquer que ma journée a été difficile, que je suis fatigué et que je ne suis pas prêt à tout entendre.* » Nous pouvons corrélérer la façon d'aborder le soin et l'état émotionnel du soignant.

Les mouvements transférentiels sont inévitables, inconscients et empêchent parfois les professionnels de transformer le message implicite que renferme le symptôme. Les soignants sont en lutte avec leur propre tension. Dans cette scène, le personnel et les patients sont en difficulté pour traiter les angoisses qui « circulent ». Les professionnels adoptent une attitude défensive pour se protéger des effets contaminants de l'intersubjectivité. Une forme d'indifférenciation s'installe. Le soignant se retrouve dans une « zone de confusion » et peine à percevoir ce qui vient de lui et ce qui vient du patient. Wilfred R. Bion parlerait de la contamination du soignant par les éléments bruts (appelés béta) projetés dans la relation par le sujet. Le professionnel se trouve plongé dans « un monde de dé-liaison » qui l'empêche de penser le soin.

Le processus de transformation que le soignant ne peut alors faire seul pourrait être pris en charge par l'équipe. Ainsi, un temps d'élaboration serait salutaire. Il resituerait le soin et permettrait de donner du sens au vécu soignant. Il correspondrait à une réflexion et un partage d'interrogations, lors d'échanges, de synthèses cliniques, d'analyses de la pratique. Nous découvrons que les professionnels ne peuvent pas faire l'économie d'un travail de symbolisation. André Green (2000) a décrit d'ailleurs cette étape : « Le temps où ça se passe n'est pas le temps où ça se signifie. » Cette phrase met en exergue deux temporalités dans le processus de symbolisation : celle de l'expérience, du vécu d'un côté et celle de la réflexion, de l'élaboration de l'autre. L'analyse a posteriori permettrait de créer du sens clinique et d'engager un changement. C'est ce que Philippe Grondin (2015) nous invite à faire en « transformant les faits divers en faits cliniques ».

L'équipe, un étayage essentiel

Le soin en psychiatrie n'est pas facile et les soignants précisent dans leurs discours les difficultés qu'ils rencontrent. Ils ont évoqué à plusieurs reprises la nécessité de pouvoir compter sur les collègues. Un professionnel ne peut rien affronter tout seul. Dans quelles mesures peut-on s'appuyer sur une équipe et quelles en sont les limites ?

Rappelons qu'à l'UMD les patients sont hospitalisés pour de longues périodes. Ils

présentent des pathologies chroniques marquées par la régression et une tendance à résister aux thérapeutiques. Il n'est pas rare également d'accueillir à nouveau les mêmes patients pour une seconde décompensation. Ces allers et retours sont vécus comme des échecs et posent la question de l'utilité des soins. Le doute s'installe et l'interrogation revient comme un leitmotiv : « À quoi sert tout ce qui est fait ? » La démotivation et un sentiment d'impuissance s'emparent du personnel. Albert Camus (1942) parle de ce ressenti, de cette position soignante en écrivant : « L'absurdité naît de la confrontation entre un appel humain et le silence déraisonnable du monde. » L'absence de réponse, de sens, correspond à l'absurdité évoquée par l'auteur. Les discussions parfois polémiques s'invitent pendant la pause-café ou lors des relèves. Dans un mouvement répétitif, comme l'a démontré Freud (1920) avec le concept de compulsion de répétition, ce qui n'a pas été intégré revient sans cesse jusqu'à ce qu'il le soit.

Chaque jour les patients attaquent les liens que nous tissons avec eux. La destructivité et la dé-liaison sont plus ou moins manifestes mais elles sont souvent là dans l'intersubjectivité. Aux attaques du « dedans » s'ajoutent les attaques du « dehors », comme les contraintes budgétaires, une tendance au protocole, une certaine lenteur administrative... À l'UMD, il faut également tenir compte de la dimension médico-légale. Les intrications entre justice et psychiatrie complexifient nos représentations et nos rapports à la folie. Le risque toujours présent serait de mêler au soin la morale et d'endosser le rôle d'un avocat général ou d'un procureur. Ces mouvements conjugués atteignent les équipes dans leurs capacités de penser le soin collectivement. Dans ce contexte, comment une institution hospitalière peut-elle rester un lieu d'accueil, de transformation psychique et de contenance ? Comment éviter qu'elle ne devienne un lieu d'exclusion et de contention ? Sortir de cette impasse est possible dès lors que nous comprenons que le soin en psychiatrie relève de l'accompagnement. L'ambition qui ne devrait pas nous quitter est d'améliorer le quotidien des patients pour atténuer leur souffrance. Penser le soin autour des problématiques, de la clinique est une nécessité. La dynamique d'équipe est un facteur à prendre en compte.

Une infirmière met en exergue des tensions entre médecins et infirmiers. Les conséquences du conflit qui les opposent sont importantes : « *Les relations sont difficiles... Certains médecins ne font pas confiance... Impression d'être une petite main. Au final, les IDE ne font que de la surveillance. Suis-je surveillante ? Matonne ?* » Elle évoque la difficulté à s'épanouir dans un travail qui perd de sa valeur, de son attrait. L'absence d'initiative et l'impression d'être une exécutante diminue sa motivation. Elle souligne l'importance de l'engagement, la nécessité de s'impliquer pour donner du sens à son travail. Son témoignage pose la question des liens possibles entre cohésion d'équipe et cohésion dans le soin. Plus tard dans l'entretien, elle précise qu'elle apprécie son travail et qu'elle se sent bien à l'UMD. Bien-être et plaisir auprès des patients se mélangent à des difficultés relationnelles avec la hiérarchie. Ses ressentis signent un autre phénomène qui peut être propre aux milieux psychiatriques fermés : la difficulté à prendre du recul, à mettre de la distance, et à gérer les émotions que feraient vivre le travail en équipe et le soin à l'UMD. Un aide-soignant ajoute : « *La vie en communauté n'est pas simple,*

déjà pour nous, mais encore moins pour les patients. » René Kaes (1993) nous éclaire sur cet aspect. Ce sont des jeux d'alliances et de pactes inconscients qui assignent des rôles précis aux membres du groupe. Ces alliances et ces pactes reposent sur des enjeux narcissiques privilégiant la dimension affective au détriment de la pensée. Des situations de tension enferment d'autant plus facilement les soignants dans ces rôles, les empêchant de penser.

Analyse de la pratique et formation

Nous avons la chance de bénéficier à l'UMD de séances d'analyse de la pratique chaque mois. Malheureusement, 41,7% du personnel soignant n'y participe jamais et 36,1% rarement. Comment expliquer ou interpréter ce désinvestissement ? Il peut être particulièrement difficile de dévoiler la part intime que l'on apporte dans le soin. Se dévoiler, se mettre à nu présuppose que nous n'avons pas la crainte d'être jugés. C'est la question du regard de l'autre et de la blessure narcissique qui pourrait en découler. Quels rapports entretenons-nous avec nos failles ? Faisons-nous suffisamment confiance aux collègues ? Qu'en est-il de la confiance en soi ? Autant de questions qui pourraient nous éclairer sur les résultats recueillis. Et pourtant, l'utilité d'un médiateur extérieur à l'équipe n'est plus à démontrer.

L'incertitude et la surprise font partie du quotidien des soignants. Accepter de ne pas savoir et supporter le doute constituent les renoncements préalables à toute rencontre. Le professionnel s'y engage sans en connaître l'issue. Conjointement, il est mis dans la situation de trouver sa place dans un groupe. Il s'agit pour lui de sauvegarder sa singularité tout en accueillant les différences. Par ailleurs, le contexte institutionnel se caractérise par une gestion rigoureuse des effectifs qui implique une grande mobilité du personnel.

Les équipes relèvent le défi de créer des espaces de liberté dans un lieu d'enfermement. Les patients admis à l'UMD n'ont pas choisi d'être hospitalisés. Très naturellement, ils parlent de sortie régulièrement et cette idée obsessionnelle vient freiner le soin. De la même façon, les « règles de vie » sont souvent transgressées. À cet endroit les soignants s'efforcent d'être créatifs pour se dégager de ces deux aspects qui envahissent la relation. En effet, travailler à l'UMD, ce n'est pas surveiller et punir pour reprendre le titre d'un texte de Michel Foucault (1975). Les équipes font émerger le soin en tenant compte de la sécurité de tous. Elles s'organisent pour limiter le recours à la contrainte. Dans ces conditions, le soignant est très sollicité et ses capacités de contenance sont mises à rude épreuve. Et pourtant, l'intersubjectivité est incontournable, elle soigne. Dès lors, patients et professionnels sont en quête d'un même sentiment de sécurité.

Notre étude a montré que la contenance est une posture individuelle soignante et une équipe qui régule les mouvements transférentiels, adossée à un dispositif institutionnel. Des connaissances théoriques au service de la pratique sont importantes pour ne pas perdre le fil de la clinique qui aide à rester bienveillant selon René Roussillon. Les échanges d'expériences sur le terrain, en formation et les analyses de la pratique sont essentiels pour engager un travail de transformation

des vécus émotionnels. Penser, pour ne pas passer à l'acte, pour ne pas se perdre dans des relations d'emprise ou de fascination, pour prendre plaisir à travailler... Et agir, en partageant le quotidien des patients, en organisant des sorties thérapeutiques, en participant à des activités médiatisées, en leur transmettant de la considération. Nous les accompagnons dans l'effort quotidien qu'ils fournissent pour tisser des liens et lutter contre une pensée qui en manque.

BIBLIOGRAPHIE

- Camus, A. (1942). *Le mythe de Sisyphe*. Folio essais.
- Delion, P. (2000). *L'enfant autistique, le bébé et la sémiotique*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Payot.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Gallimard.
- Golse, B. et Roussillon, R. (2010). *La naissance de l'objet*. Paris : PUF.
- Green, A. (2000). *Le temps éclaté*. Éditions de Minuit.
- Grondin, P. (2015). *Destins de la sensorimotricité dans le transfert du transfert : vers une symbolisation institutionnelle. Nouvelles perspectives sur les dispositifs de soin institutionnels dans les autismes et la psychose infantile*. Thèse de Doctorat en psychologie soutenue à l'Université Lyon II.
- Guibet-Lafaye, C. (2014). *Se soucier de l'autre, le contraindre et le contenir ?*. *Pratiques en santé mentale*, 60^{ème} année, (4), 17-20. doi:10.3917/psm.144.0017.
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe. Éléments pour une théorie psychanalytique des groupes*. Paris : Dunod.
- Mellier, D. (2002). *L'inconscient à la crèche. Dynamique des équipes et accueil des bébés* (3^{ème} édition). Collection « La vie de l'enfant ». Toulouse : Érès.
- Mellier, D. (2003). Conflits, conflictualité et fonction contenante. De Freud à Bion, une évaluation de la psychanalyse de l'intrapsychique vers l'intersubjectivité. *Cliniques méditerranéennes*, 2(68), 257-276. doi 10.3917/cm.068.257
- Mellier, D. (2005). La fonction à contenir : Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. *La psychiatrie de l'enfant* (vol. 48). Paris : Presses Universitaires de France, 425-499.
- Roussillon, R. (2004). L'intersubjectivité. L'inconscient et le sexuel. *Le Carnet Psy*, 94(8), 22-28.
- Santé mentale. (2016, septembre). Isolement et contention « en dernier recours » [Dossier]. *Santé mentale*.
- Stern, D. (2003). Le monde interpersonnel du nourrisson. Presses universitaires de France.
- Velpry, L. (2016). « Moderniser » l'enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles. *Société contemporaine*, 103(3), 65-90.
- Winnicott, W. D. (1975). *Jeu et réalité*. Gallimard.
- Zerrouk, S., Katsaros, I., Vernet, E., et Durr, L. (2018, janvier). *La contenance individuelle et groupale à l'UMD*. Rapport rédigé dans le cadre du CSR du Centre Hospitalier Le Vinatier.

Jean-Paul Lanquetin

Infirmier de secteur psychiatrique, praticien chercheur en soins infirmiers
Centre Hospitalier Saint-Cyr au Mont d'or

RENDRE VISIBLE LE TRAVAIL INVISIBLE ? PRENDRE SOIN DU TRAVAIL POUR TRAVAILLER LE « *PRENDRE SOIN* »

Au-delà de la nécessaire priorité liée aux questions d'emploi, les questions du travail n'ont jamais été aussi présentes que ces dernières années dans les discours sociaux, managériaux et politiques. Et le travail n'est pas l'emploi. L'emploi désigne avant tout le contrat salarial qui lie le salarié à son employeur, nous sommes alors « au » travail.

Le travail contient des dimensions qualitatives qui dépassent ce cadre. Celles-ci touchent les différentes formes d'investissement de l'homme au travail : les (beaux) gestes, la finalité, les valeurs, la réalisation de soi, l'équilibre contribution/rétribution. Nous sommes alors « en » travail.

Ainsi, je suis infirmier de secteur psychiatrique (ISP), pas « opérateur de productions d'actes de soins ». La définition des métiers du soin englobe cette référence à la productivité, parfois sacralisée, et la dépasse. D'un côté, accomplir des actes de soin, compter et *chiffrer*. De l'autre, *déchiffrer* le réel de cette activité basée sur la sollicitude à autrui, prendre soin, « produire » des attentions et des liens.

L'hôpital et les métiers de la psychiatrie n'échappent pas à ce mouvement d'ensemble. Pour autant, au-delà des résultats d'activité et des procédures, que sait-on réellement du travail des soignants en général et de l'activité concrète déployée par les professionnels infirmiers en particulier ? Que connaît-on du « rôle propre » de l'infirmier en psychiatrie ? Ce dernier est souvent évoqué mais au final faiblement documenté dans la littérature professionnelle. Comment et quels mots peuvent rendre compte de tout ce travail clinique, des savoirs qu'il contient et mobilise ? Existerait-il une pratique, des fondements et des dispositions cliniques spécifiques à l'exercice en psychiatrie ?

Lire le travail discret

À écouter les infirmiers évoluant en psychiatrie, on perçoit assez vite cette difficulté à nommer, identifier et conceptualiser une assise clinique que pourtant ils par-

tagent et autour de laquelle ils peuvent rapidement se retrouver. Chacun de nous aspire à rendre compte de sa pratique à partir d'un niveau d'expression permettant de témoigner de situations complexes. De la même manière, tout un chacun souhaite approcher une formulation qui entraînerait les autres membres du collectif de travail vers un partage des vécus, dégagé de la perte liée à la mise en mots.

Ces périmètres d'actions et les logiques qui les sous-tendent peuvent se trouver en défaut de symbolisation langagière. Cécile Lambert (2002, p. 28-40) le souligne : « L'acte de soin est souvent invisible, car il se tisse à l'intérieur de la relation soignant-soigné. En cela, il ressemble à la technique du tissage invisible. Parce que c'est bien fait, on ne voit plus les traces de la déchirure. Ainsi, bien des soignantes ne sauraient dire comment elles créent la relation dans laquelle va s'insérer l'acte de soin. » En psychiatrie, fort d'une tradition orale, le récit clinique, « ce fil narratif identifiant » (Cadoux, 1999), reste alors la meilleure expression pour retraduire ces expériences relationnelles singulières et saisir les intentions soignantes qui les portent.

La limite du récit clinique tient à la fragilité de son statut, lié à sa difficulté de sortir du champ de la proposition pour entrer dans la catégorie du fait objectif.

Voir le travail sensible

Enchâssé dans l'épaisseur du quotidien et voilé par la densité du milieu naturel dans lequel il se déploie, le propre et la nature du travail invisible tiennent à la difficulté de se dégager et de s'extraire du fond sur lequel ils évoluent. Habituellement, ce qui est reconnu par l'organisation concerne la partie « productive » du travail, la partie visible, mesurable, palpable, quantifiable dans ses déclinaisons statistiques (nombre d'actes, de visites, de consultations, etc.). L'exigence de prise en compte du Travail réel nécessite, d'une part, de considérer les aspects immatériels du travail, les investissements subjectifs, les savoirs et les valeurs, les implications et l'« intelligence rusée, appelée mépris chez les grecs » (Vernant et Détienne, 1974) et, d'autre part, les appuis sur les collectifs sans lesquels ces aspects sont voués au délitement.

Ces distinctions, où résonnent parfois l'opposition entre productivité et sollicitude, ne sont pas nouvelles. Dans la Grèce antique déjà, le « *prattein* » et le « *poiein* », ces deux formes du travail et de l'effort relevant respectivement des activités du paysan et de l'artisan, s'opposaient. Le « *prattein* » correspond « à une activité naturelle dont la fin n'est pas de produire un objet extérieur, mais de se dérouler pour elle-même, sans autre exercice que son but et son accomplissement » (Pidolle, Kremer et Gauthier, 1993, p. 109). Au « *poiein* » correspond le champ de la fabrication et de la production d'objets et de services. Cette distinction, qui n'a plus cours, nous permet de relever l'antériorité de cette activité et son impossibilité de la cerner pour la faire participer au circuit économique en termes de production de soins. Elle ne cesse de réapparaître comme élément consubstantiel du réel du travail, particulièrement en psychiatrie comme le souligne Jérôme Cornier (2018) : « Accepter de reconsidérer la complexité des soins en psychiatrie néces-

site d'accepter que l'activité soignante, comme toute activité, n'est pas simplement productive mais qu'elle est aussi constructive. C'est-à-dire que soigner ce n'est pas simplement faire des actes mais que c'est aussi les revisiter seul et en équipe pour mieux en interroger la pertinence et tenter de passer de l'expérience à l'expertise. »

À la rencontre de ce continent immergé

Illustrons quelques actions de ce travail de support aux mille facettes. La construction du lien et de la relation thérapeutique avec le patient s'appuie sur les situations de soins, le quotidien, mais aussi sur les échanges matériels ou symboliques, les transactions, et toutes formes d'attentions et d'intentions. Ce processus s'effectue par touches successives de « *petits riens* ». La production de lien (social et thérapeutique) nécessite du temps passé avec le patient à expérimenter des modalités relationnelles, puisque cette construction porte en elle des possibilités même de solutions ou d'accompagnement.

Lors de nos observations (Lanquetin et Tchukriel, 2012), ces actions informelles s'affirment dans un foisonnement de registres : aller discrètement au-devant, se rendre disponible, soutenir et offrir sa présence sans l'imposer, repérer et s'arrêter sur une détresse ou une inquiétude, porter un geste qui entoure et conforte, saisir une main qui se tend, alimenter un narcissisme défaillant, s'asseoir au chevet et parfois dans un au-delà ou un au-deçà des mots, offrir une présence silencieuse.

Il s'agit encore de porter attention au confort de l'autre, saisir l'occasion d'ouvrir une fenêtre « relationnelle », voire parfois prêter un livre ou un objet, qui souligne l'engagement dans une transaction sociale marquée par une part de soi. Mais aussi, prendre une position basse dans sa posture physique, laquelle signe l'accueil et l'offre de disponibilité. Travailler sa proxémie est autant d'occasion de réintroduire une symétrie dans la relation de soins qui permettent ensuite d'acter de sa présence.

Nous pouvons remarquer à cet endroit que le terme à valeur d'oxymore. L'acte de présence est souvent connoté de manière négative par contraction de la référence à l'acte productif, opposé ici au terme de présence, improductive donc, et sans doute considérée comme une absence dans sa présence.

Nous parlons quant à nous de juste présence à l'autre, d'une présence pleine dans le sens d'un « être-là » (Orofiamma, 2006), contextualisée, immergée dans son environnement et des effets de modulations de cette qualité de présence.

Avant de travailler l'instauration d'un lien de confiance, il existe des préalables dont la levée de la défiance et l'évacuation de la méfiance font partie. Réhabiliter la parole, être de parole dans la bisémie du terme, pour que la parole nous tienne et nous engage, fait partie de ces préalables. L'acte de parole participe de cette construction. Nous l'évoquons comme un principe d'action qui consiste dans une situation de soin donnée, à souligner l'importance de la parole dans ses caractéristiques de fiabilité et de viabilité. La nature de cette parole vise alors à réduire l'écart entre le faire et le dire pour s'approcher d'un modèle qui pourrait se résumer dans

la congruence fondatrice de l'assertion suivante : « Dire ce que l'on fait et faire ce que l'on dit. »

De même, s'immerger, aller à la rencontre des uns et des autres dans le lieu de soins *sans autre objectif* que d'aller vers l'autre génère des effets. Observation du patient et des interactions dans le milieu ; abaissement du niveau d'interpellation et du seuil d'accès à l'autre distanciee du rôle attendu lié au statut de soignant ; offre de disponibilité renouvelée, ces effets sont autant d'éléments qui favorisent une clinique du coin de l'œil.

Toutes ces actions, ces intentions et ces attentions ont une profonde signification sociale et humaine. Elles dessinent une ambiance, une scène où s'esquisse le soin. Elles ordonnent un langage de l'ordinaire constitué de « petits riens », de compassion¹. Pascale Molinier (2013, p. 132-133) nous dit à propos de ces actions qu'elles « sont les expressions concrètes de cette éthique naturalisée où l'on ne peut distinguer le geste de l'attention particulière qui lui donne son sens, ni techniques, ni recettes à appliquer, juste l'attitude qu'il faut, au bon moment. »

Beaucoup de ces zones de moindres résistances se nichent dans les plis du quotidien. Il s'agit de s'en servir comme autant de support au soin, de facilitateur pour pénétrer l'univers mental de l'autre, que ce soit dans le sens d'un désamorçage, d'une contenance, d'un apaisement, d'un renforcement ou d'une ouverture.

Au niveau de l'équipe, nous pouvons citer l'importance des fonctions de coopérations, de constructions des *accords normatifs de travail* (Dejours, 2010). Ces opérations ne sont pas de l'ordre du prescriptif. Elles s'essayent, s'ajustent, s'expriment voire se justifient entre collègues lors de temps d'entre-deux ou la primauté d'une parole à l'autre peut s'aventurer en sécurité. Une parole délibérative qui rompt les isolements, évacue des ressentiments et des ambivalences, ouvre à l'expression des vécus et des subjectivités, s'emploie et s'entraîne pour s'affirmer secondairement lors des temps plus officiels ou formels. Les ressources d'un collectif se situent à ce niveau. Il faut dans un premier temps qu'une parole sécurisée circule, s'expérimente, se « dispute », parfois se défende lors de ces temps à bas seuil d'expression et d'interpellation, pour que, dans un deuxième temps, les différents outils de parole trouvent leurs pertinences.

Pour évoquer d'autres facettes de ce travail invisible, nous pouvons aborder la place « sentinelle » de plusieurs aspects : les identifications perceptives des enveloppes sensorielles indispensables au repérage d'éléments d'alerte au sein de l'unité ; la pertinence d'une posture réflexive en appui sur les situations que le quotidien génère ; ou encore les mécanismes de réouverture des fenêtres d'empathie quand la confrontation avec l'altérité de l'expression liée à la pathologie vient émousser le capital d'empathie. Toutes ces actions en lien avec l'équipe restent invisibles là où elles concourent à la construction d'une capacité groupale contenante et où elles renforcent le sentiment d'efficacité du groupe au travail.

Ainsi, contribuer à créer du lien, affirmer le primat d'une parole fiable qui engage le professionnel dans son énoncé, participer à la création d'une ambiance relationnelle propice à une quiétude collective, tenir une position sentinelle et renou-

¹ Sans doute pour avoir été fortement attendue et convoquée dans l'histoire des infirmières, la référence à cet affect est moins directement utilisée actuellement. La ressource compassionnelle ne consiste pas simplement à sentir ce que l'autre souffre, mais participe d'une réponse et d'une responsabilité, pour se déployer au sein d'une relation qui vise à contribuer à restaurer une estime de soi.

veler nos modes d'accès en direction des patients supposent l'acquisition et le déploiement de savoirs d'actions. Ces répertoires d'actions s'inscrivent dans une dimension contenant des soins, et à ce titre, participent et incarnent de nombreux registres de prévention primaire et secondaire².

Tels sont, parmi bien d'autres, les attendus, souvent implicites, de la contribution infirmière aux soins.

Les différentes approches du travail invisible

Il existe bien des manières d'aborder et de nommer ces activités déployées par les professionnels dans le quotidien des soins. La conception solaire qui préside à cet abord du travail invisible et du travail de l'ombre constitue un ensemble aux contours poreux et au statut incertain. Ce sont ici principalement les portes d'entrée et les degrés de granulométrie dans les lectures qui diffèrent. Certaines études s'intéressent de manière élective à tel ou tel aspect de ce travail, centré sur le patient, les professionnels et/ou leurs interactions, d'autres sur l'environnement, mais l'objet central reste semblable. Même si le travail invisible touche à la fois au soin direct et indirect, il est nécessaire également de rappeler à ce propos la convergence des auteurs sur la part quantitative du soin direct dans le travail des infirmiers.ières, s'accordant tous sur un volume représentant environ un tiers de l'activité³. Quel sens pour les deux tiers restants ?

Toutefois, toutes ces approches possèdent entre elles des points communs et des invariants :

- Elles visent à mieux connaître le travail et ses savoirs pour les reconnaître, les accompagner ou former autrement.
- Elles souhaitent déchiffrer le réel de l'activité avant de le chiffrer.
- Elles s'organisent dans une logique de rendre compte avant de rendre des comptes.
- Elles s'intéressent au sens et à la qualité *du* soin centré sur le patient au-delà de la qualité *des* soins.

Enfin, faiblement normés, ces actions et ces savoirs du quotidien ne donnent pas lieu à des relevés d'activité, voire à des enseignements. De même, considéré de manière isolée, l'impact de leurs contributions reste discret tant il est vrai que leurs effets se conditionnent de leurs répétitions, de leurs accumulations et de leurs mises en connectivité, comme le souligne Pascale Molinier (2013, p. 157) : « "Des petits riens", mais qui se répètent, beaucoup de petits riens accumulés, auxquels il faut penser toujours. (...) Un ensemble d'activités infimes ou imperceptibles qui défient le dogme de la reconnaissance puisque leur efficacité repose avant tout sur leur discrétion. »

La variable masquée de l'activité, un enjeu pour les soins

L'étude de l'activité de soins implique un certain nombre de difficultés. L'invisibilité

² Nous parlons ici de prévention primaire et secondaire en lien avec le repérage et la prévention des situations d'interactions agressives.

³ 28% (Nadot, 2008) ; 33.5% (Estryn-Behar, 1990) ; 39.2% (Strohl et al., 2007) ; 37% (Pelletier et al., 2005) ; 37% (Duffield et al., 2005) et (Hendrich et al., 2009).

et la banalisation, pour cette partie du travail réel et informel des soignants, en constituent l'obstacle premier. Francine Saillant (1999) nous propose cette image pour approcher ces réalités sur l'observation de l'invisible : « Accepter cette proposition implique de prévoir tout un travail de réfection, comme c'est le cas des œuvres anciennes, oubliées dans un grenier, gommées de leur signature, qu'on ne sait plus voir parce le temps s'est incrusté dans les pigments et en a altéré la brillance. Le préalable est de savoir voir ce qui est invisible. »

Ce travail réel ne devient visible essentiellement par défaut. Sortir le travail de son invisibilité suppose de préparer son regard vis-à-vis de son objet. Le mouvement systématisé d'éloignement puis de rapprochement, de construction/déconstruction de l'objet participe à cette vigilance épistémologique qui caractérise une position de chercheur. Pour aller à la rencontre de ces « dessous du soin », la démarche de recherche qualitative permet ici de proposer diverses méthodes et outils d'investigation⁴.

Une part importante de cette activité a trait à la relation aux patients et aux effets de celle-ci, constituée de micro-actes et de micro-interventions. Elle est par nature immatérielle et faiblement visible. Notons que ce réel de l'activité, qui souvent conditionne le soin, avance alors comme une *variable masquée* dans l'appréciation et l'évaluation du réel du travail.

Le contrat qui lie les soignants à leur employeur répond à une nomenclature d'actes. Le travail du lien y est minimisé, la charge des affects et la place des émotions abrasées. À l'inverse, permettre au soignant de déployer cette part de soi dans son activité peut lui donner la liberté et la possibilité « d'habiter » les situations de soins. Cette part personnelle, ce style, se définit par ce supplément personnel que le soignant injecte dans ses activités et qui dépasse les attendus du moment. Elle fonde ainsi la transitionalité. Elle en constitue un puissant vecteur de sens.

Des invariants du travail soignant

Toutes les actions informelles citées précédemment entretiennent de nombreux points communs :

- *Elles s'organisent dans une socialité primaire*, dans le sens où plus un milieu se rapproche d'un fonctionnement « familier⁵ », plus les échanges prennent une forme spontanée. Ces soins « au quotidien » contribuent à créer « du quotidien » entendu ici dans le sens de connu et de rassurant.
- *Elles adviennent dans une temporalité choisie par le soignant*. En faire un petit peu plus que ce que nous sommes censés faire. Ici, la plus-value de ces actions, c'est le temps. Un temps donné, un temps précis et précieux, trop souvent disqualifié quand on l'apparente à des « temps perdus » (Fustier, 1999).
- *Ces actions portent la valeur ajoutée* de la part personnelle qu'injecte le professionnel dans son activité. Offre de temps et de disponibilité,

⁴ Nous faisons référence ici aux méthodologies en sciences humaines et sociales appliquées au domaine des soins infirmiers. Les principaux outils d'investigation évoqués sont l'observation de type ethnographique, l'action dialoguée (un réfléchissement et une invitation à une mise en mots de l'action), l'autoconfrontation (utilisation d'un support vidéo et confrontation au réel de l'action), l'entretien d'explicitation, l'instruction à sosie (faire parler le comment de l'action et non le pourquoi).

⁵ Le quotidien et le familier se soutiennent d'une valence en forme de paradoxe, d'une part il s'agit d'entretenir une forme de stabilité et d'autre part il faut se défendre d'une forme de routine et laisser ouvert la place de l'imprévu et de la surprise.

offre de ses émotions ou d'éléments de soi qui ouvrent le jeu des identifications partielles pour le patient. Cet espace ouvre un entre-deux qui désigne l'écart entre ce que le patient peut attendre du professionnel (« Fait-elle, ou il, cela parce que c'est sa fonction ? ») et ce qui pourrait relever de sa part intentionnelle et personnelle (« Fait-elle, ou il, cela parce c'est elle ou lui et que je suis moi ? »). La réponse est liée à l'interprétation du patient dans la subjectivité de l'interrelation.

L'élaboration de l'échange passe par cette oscillation. L'important est ce qui vient faire signe pour lui lorsqu'il peut éprouver le sentiment qu'un « en plus » a été fourni par la proximité du soignant. À ce moment-là, des indicateurs de satisfaction peuvent se manifester et on peut même, parfois, parler de « déclic ».

Conclusion

Paul Fustier (1999, p. 133) définit deux types de professionnalités :

- Une « professionnalité de niveau un », définie par le contrat de travail.
- Une deuxième, une métaprofessionnalité qui déborde et intègre ce qui échappe au premier niveau : l'intention, la part de soi qui donne sens à son travail.

La nature du travail infirmier en psychiatrie peut se définir dans l'idée de préparer et de prêter son appareil psychique au transfert. Cette qualité passe et s'appuie puissamment sur le quotidien et ces actions informelles. Les intentions, les scénarios psychiques professionnels, une représentation finalisée de l'action sont du registre de cette métaprofessionnalité. « Une méta professionnalité rend le professionnel capable de laisser venir, de contenir et de mettre au travail des situations qui sont hors "professionnalité niveau un". »

Lors de nos investigations de recherche en soins, la quatorzième et dernière question de notre guide d'entretien concluait l'interview sur cette interrogation : « Pour vous, quels sont les éléments à réunir pour dire que vous avez passé une bonne journée au travail ? » La réponse est quasi unanime. Pour les professionnels concernés, une bonne journée au travail passe par la réunion et le solde de la double tension d'activité. *Faire ce qui doit être fait et faire ce que le professionnel pense ou souhaite réaliser pendant sa séquence.*

La satisfaction au travail (Lanquetin, 2014), avec ses effets protecteurs est alors au rendez-vous, sans elle le soignant se replie alors derrière son contrat salarial : « *Je ne ferai pas une minute de plus !* »

Si la possibilité d'exercer cette dimension humaine de l'activité soignante disparaît, la souffrance et l'insatisfaction sont au rendez-vous. Les slogans des infirmières lors des manifestations ne disent pas autre chose. En effet, sans ces dimensions de soi, cette part personnelle, cet échange et ce plus qui colore, fait vivre et donne sa tonalité singulière à une relation de soins, comment supporter le travail, dans la double assertion du terme ? Sans cela, pourquoi être soignant ?

BIBLIOGRAPHIE

- Cadoux, B. (1999). *Écriture de la psychose*. Éditions Aubier.
- Cornier, J. (2018). Faut-il se taire, s'exprimer ou s'en foutre ? *Site Infirmiers.com*. Repéré à <https://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/faut-se-taire-ou-exprimer.html>
- Dejours, C. (2010). Le soin en psychiatrie, entre souffrance et plaisir. Dans C. Chiland, C. Bonnet et A. Braconnier (dir.), *Le souci de l'humain: un défi pour la psychiatrie*. Éditions Érès, 399-421.
- Estryn-Béhar, M., Van der Heijden, B. I. J. M., Ogifska, H., Camerino, D., Le Nezet, O., Conway, P. M., et al. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical Care*, 45(10).
- Fustier, P. (1999). *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial. Professionnalité niveau un et métaprofessionnalité*. Paris : Éditions Dunod.
- Lambert, C. (2002). Qui voudra devenir infirmière demain ? *Perspectives Soignantes*, (14-15), 28-40.
- Lanquetin, J.-P. (2014). Le sentiment de satisfaction au travail. *Santé Mentale*, (190).
- Lanquetin, J.-P. et Tchukriel, S. (2012). *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*. Rapport non publié. Repéré à <http://crmc-psy.fr/wp-content/uploads/2016/05/linformel-dans-le-travail-infirmier.pdf> et disponible auprès des auteurs : garsi@ch-st-cyr69.fr
- Nadot, M. (2012). Recherche fondamentale en science infirmière: La recherche historique sur les fondements d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 109(2).
- Girault, A. & Minvielle, É. (2015). Performance et qualité des établissements de santé. Dans *Performance et innovation dans les établissements de santé*. Paris : Dunod.
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Collection « Le genre du monde ». La Dispute.
- Orofiamma, R. (2006). *Être-là, être avec. Les savoirs infirmiers en psychiatrie*. Coordonné par la CNAM. Édition Éducation Permanente.
- Pidolle, A., Kremer, V. et Gauthier, P. (1993). *Nouvelles technologies et spécificités du travail intra et extra hospitalier des infirmiers de secteur psychiatrique*. Recherche menée par la MIRE (Mission interministérielle Recherche Expérimentation), l'A.R.P. (Association recherche en psychiatrie) et le Centre Hospitalier Spécialisé-Lorquin. Convention de Recherche n°278/87.
- Saillant, F. (1999). Chercher l'invisible : épistémologie et méthode de l'étude de soins. *Recherches qualitatives*, 20, 125-158.
- Vernant, J.-P. et Détéienne, M. (1974). *Les ruses de l'intelligence. La métis des Grecs*. Paris : Édition Flammarion.

Céline Gabarro*Sociologue, Chercheure associée**Urmis, Université Paris Diderot*

ÉVOLUTION DU TRAVAIL À L'ASSURANCE MALADIE. QUAND LE RECOURS À LA NOUVELLE GESTION PUBLIQUE REDÉFINIT L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE DES GUICHETIERS

Le travail dans les caisses d'assurance maladie a beaucoup évolué depuis les années 1980. Après l'informatisation des tâches et le développement de nouveaux métiers, c'est le mode de management qui change à partir des années 2000 (Leduc et Munoz, 2015). Un nouveau paradigme s'est en effet diffusé dans les caisses et les ministères : pour sauvegarder le système social français, il faut limiter ses coûts (remboursements sociaux, mais aussi frais de fonctionnement) (Hassen-teufel et *al.*, 1999). À partir de 1996, le budget de l'Assurance maladie est voté par le Parlement et des objectifs à remplir en termes de baisse des dépenses sont fixés par contrats d'objectifs et de gestion (COG) aux différentes caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) (Pierru, 2007). Les caisses doivent diminuer leurs masses salariales, regrouper leurs accueils pour avoir moins de frais de location et recourir à des outils de management issus du privé. Les hauts fonctionnaires légitiment ces réformes en expliquant qu'en augmentant la productivité des agents, elles garantissent aux assurés une moindre attente au guichet et dans l'instruction de leur dossier et donc une meilleure qualité de service. Nous pouvons néanmoins nous interroger quant aux conséquences de ces réformes managériales sur l'accessibilité aux droits, l'évolution des conditions de travail des agents et de leurs missions.

À partir d'une enquête ethnographique réalisée pendant un mois et demi par observations et entretiens informels au sein de trois centres d'accueil d'une même CPAM, dans le cadre d'une thèse de sociologie (Gabarro, 2017), nous nous intéresserons aux transformations du travail aux guichets de l'Assurance maladie. Notre travail de thèse portait sur l'attribution de l'aide médicale d'État (AME), une couverture maladie réservée aux étrangers en situation irrégulière. Il visait à com-

prendre quels éléments pouvaient freiner l'accès à cette prestation. Pour cela une comparaison avec la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) a été effectuée. En effet, ces deux prestations concernent des publics à faibles ressources¹, mais la CMU-C ne s'adresse qu'aux Français et étrangers en situation régulière. Lors de ce travail, notre attention s'est particulièrement portée sur les réformes managériales car nous constatons qu'elles engendraient de nombreuses difficultés d'accès aux droits et des délais d'obtention très longs pour les personnes précaires. Nous remarquons également qu'en modifiant l'essence même du travail des agents, elles contribuaient à changer la forme et la nature des interactions au guichet.

Dans cet article nous nous intéresserons plus particulièrement aux transformations du métier de guichetier. Plus précisément, nous chercherons à comprendre comment la réorganisation du travail pèse sur leurs missions, par quels moyens les agents tentent de redéfinir leur identité professionnelle et comment la réception des usagers précaires se déroule dans ce contexte. Pour cela, nous documenterons tout d'abord les évolutions concrètes du travail, tout en nous intéressant à la manière dont elles transforment l'identité professionnelle des guichetiers. Puis, nous nous intéresserons aux stratégies que développent ces derniers pour continuer à donner un sens à leur travail.

Une identité professionnelle transformée

Le travail au guichet, bien que reconnu comme difficile, est une fonction valorisée dans les CPAM car il requiert une grande connaissance de la réglementation. Le guichetier doit pouvoir répondre à n'importe quelle question. La polyvalence et le savoir réglementaire sont ainsi au cœur de son identité professionnelle. À partir des années 2000, l'évolution des conditions de travail, la recherche de productivité et la limitation des coûts de fonctionnement contribuent néanmoins à limiter ces compétences.

Une activité chronométrée et contrôlée

Depuis le début des années 2000, la réception des usagers dans les CPAM est divisée en trois temps : le pré-accueil, le deuxième niveau et les rendez-vous. L'utilisateur est d'abord reçu au pré-accueil. Les agents ont alors trois minutes pour répondre à sa demande. S'ils n'y arrivent pas, ils l'envoient ensuite en « deuxième niveau ». Là, l'agent a vingt minutes pour traiter le dossier. S'il ne peut résoudre le problème, il oriente alors l'utilisateur vers un « rendez-vous » (à fixer à l'avance), lors duquel il disposera de trente minutes. Le respect de ces délais est contrôlé par la cadre d'accueil grâce à un logiciel de gestion de la file d'attente, Sirius, qui se met en route dès que l'agent appelle un usager. À son arrivée dans le centre, ce dernier prend un ticket délivré par une machine connectée au logiciel. Dès l'émission du ticket, l'ensemble de son parcours, les temps d'entretien comme les délais d'attente, sont chronométrés et enregistrés.

Les agents et les cadres sont évalués selon le respect de ces délais d'entretien,

¹ L'AME tout comme la CMU-C sont soumises à un plafond de ressources de 734 euros mensuels pour une personne seule.

mais également selon les délais d'attente des usagers. En effet, pour la caisse nationale, supérieure hiérarchique des CPAM, un accueil de « qualité » est un accueil où l'on n'attend pas. Pour que ce taux soit faible, la réception des usagers doit donc être rapide et le renvoi vers le deuxième niveau – où moins d'agents sont présents, les temps de réception plus longs et donc l'attente potentiellement plus grande – doit être limité. Dans ce but, la direction de la Caisse encourage les agents à traiter 80% des demandes au pré-accueil et à ne faire passer que 20% des personnes en deuxième niveau.

Les agents sont ainsi évalués, promus et augmentés en fonction du respect de ces délais d'attente et d'entretien. Ces objectifs leur sont rappelés lors des entretiens annuels d'évaluation mais également lors de suivis mensuels. Un agent d'accueil expliquait à ce propos : « *On a beau nous dire que cela ne compte pas, qu'il n'y a pas que ça, tous les mois quand on a nos entretiens individuels on nous en parle : "Ah t'as fait trois minutes trente, c'est un peu trop..."* » Ces indicateurs sont très importants pour les cadres d'accueil car c'est également en fonction de leur respect qu'elles sont elles-mêmes évaluées par leur direction, elle-même évaluée à son tour selon ces mêmes critères. Les caisses sont en effet classées au niveau national sur la base de ces éléments et la rémunération des directeurs des caisses dépend de ce classement. Le respect de ces objectifs ne se réduit donc pas à une question individuelle, mais bien à une pression hiérarchique et collective.

Des automates : perte de polyvalence et perte de décision

Avec la recherche de productivité, les tâches des agents évoluent. Avant les années 2000, ces derniers avaient leurs propres portefeuilles d'usagers. Ils recevaient toujours les mêmes assurés et répondaient immédiatement à leurs questions, allant même jusqu'à instruire leur dossier sur place. Ils effectuaient ainsi à la fois un travail de « front office » (accueil) et de « back office » (instruction). La polyvalence était au cœur de leur métier et source de prestige. Le fait de suivre une demande de bout en bout leur permettait de jouer un rôle dans l'issue du dossier.

Dorénavant, l'accueil des usagers n'est plus personnalisé. Ces derniers n'ont plus de conseillers attitrés et doivent passer par plusieurs guichets (pré-accueil, deuxième niveau, rendez-vous) et plusieurs agents qui changent à chaque fois. De plus, le travail des guichetiers est désormais partagé en deux temps distincts : une phase d'accueil des usagers (le « front office ») et une phase d'instruction des dossiers (le « back office »). Plus aucun dossier n'est instruit en face à face.

Cette division des tâches a des conséquences en termes de savoir-faire pour les guichetiers. Alors qu'ils sont censés tourner entre ces deux postes, ils consacrent en fait la majorité, voire la quasi-totalité, de leur temps au front office. Avec la politique de baisse des effectifs et le nombre important d'arrêts maladie à l'accueil, les agents ne sont plus assez nombreux pour pouvoir alterner. Or, l'accueil des usagers doit être assuré en priorité. Les agents se retrouvent ainsi cantonnés au travail de guichet et plus particulièrement au pré-accueil, poste considéré comme étant le moins intéressant, le moins épanouissant et le plus dur. Ce poste étant destiné

au renseignement, à l'information et à la distribution de formulaires, les agents ne font que distribuer des dossiers, répétant les mêmes phrases et les mêmes actions toute la journée, ne réfléchissant plus à rien et agissant de manière robotisée.

Les agents regrettent de ne pas passer plus de temps en back office. En effet, cette activité est considérée comme plus agréable et reposante, puisqu'elle n'est pas effectuée au contact d'assurés potentiellement stressants et agressifs. Mais surtout, cette fonction leur permet de maintenir leur polyvalence et leur compétence réglementaire. C'est parce qu'ils connaissent la procédure de traitement d'un dossier, qu'ils savent ensuite renseigner les demandeurs. Cela leur permet également d'être au fait des nouveautés en matière de réglementation et de procédure, ce qu'ils n'ont pas le temps de faire à l'accueil à cause de la cadence de travail.

Quand la relation de guichet devient source de discrédit

À côté de cette réduction des activités, c'est aussi le métier en lui-même qui perd en prestige et ce notamment dans la relation tissée avec les usagers. La question du rapport au public joue un rôle important dans la façon dont les guichetiers définissent leur métier et le vivent. Ce rapport est en effet ambivalent puisqu'il est à la fois source de valorisation et de discrédit (Jeantet, 2003). La présence des usagers permet tout d'abord de sortir de la routine bureaucratique, de tisser des liens, d'en apprendre plus sur la culture de chacun ou sur des situations particulières, et donc de se divertir et de s'échapper des contraintes professionnelles ou de la pression hiérarchique.

Mais la présence du public permet aussi aux guichetiers de donner un intérêt à leur travail : pouvoir s'impliquer dans des dossiers, chercher une solution de manière visible et donc exercer un rôle plus social et être reconnu par l'utilisateur pour ce zèle et cet investissement personnel en leur faveur. Ces interactions leur permettent aussi d'être plus autonomes et maîtres de leurs décisions et donc de se positionner en acteurs clés de la procédure et donc en acteurs nécessaires et incontournables. Le rapport au public est alors source de gratification et de reconnaissance et est apprécié et valorisé pour toutes ces raisons.

Or, la nouvelle organisation du travail laisse peu de marge de manœuvre aux agents, qui ne peuvent plus décider du temps qu'ils vont accorder à chacun. Ils ne peuvent dès lors plus aisément rendre service aux usagers et obtenir ainsi une source de gratification. De plus, cette organisation engendre aussi de nombreux conflits à l'accueil, les usagers estimant que les guichetiers ne les renseignent pas suffisamment, ou ne comprenant pas pourquoi leurs dossiers leur sont sans cesse retournés (ce qui est particulièrement redondant pour les dossiers de CMU-C). Les agents ne pouvant pas toujours répondre à leurs questions, leur compétence est également discutée. D'autant plus que la direction de la Caisse enjoint les guichetiers à refuser d'envoyer les demandeurs de la CMU-C en deuxième niveau. Ces deniers étant nombreux et l'étude de leur dossier complexe, ne pas les recevoir permet à la CPAM de mieux atteindre ses objectifs de productivité en termes de délais d'attente. Cette stratégie provoque néanmoins de nombreuses tensions à

l'accueil. Dès lors, la relation de guichet est plus assimilée par les agents à une source de contrainte et de discrédit qu'à une source de valorisation.

Stratégies et résistances des agents

Face à ces transformations du travail, les agents usent de différentes stratégies pour redonner du sens à leur mission. La manière dont ils la définissent dépend toutefois de leur profil, de leur ancienneté dans l'institution et de leur stratégie de carrière.

Deux figures de guichetiers

Dans notre enquête, nous avons distingué deux catégories d'agents : ceux qui cherchent à appliquer du mieux qu'ils peuvent les injonctions à la productivité, que nous nommerons « les pragmatiques », et ceux qui revendiquent une vision plus sociale de leur métier, ne cherchant pas à respecter les délais, que nous appellerons « les sociaux ».

Parmi les sociaux, on retrouve plus généralement des agents en fin de carrière, proches de la retraite, qui ne cherchent plus à obtenir de promotions ou d'augmentations. C'est le cas de Gladys, 55 ans, qui travaille à la Caisse depuis ses 16 ans. On y retrouve également des personnes plus jeunes qui ne cherchent pas à obtenir de promotion à l'intérieur de la Caisse mais plutôt à la quitter. C'est le cas de Claire, 30 ans, entrée à la Caisse en 2000 en tant qu'emploi jeune pour traiter les dossiers de CMU-C. Claire revendique le fait d'être entrée à l'Assurance maladie pour son côté social : « *Je ne vois pas l'intérêt de faire ce travail si je n'aide pas les gens. Sinon ce serait quoi ? Seulement donner des renseignements ?! Ça ne m'intéresse pas ! Moi ce que j'aime à l'accueil, c'est aider les gens. Il ne faut pas tout faire. Il ne faut pas remplir les dossiers à leur place, mais les aider.* »

Les pragmatiques, quant à eux, accordent une plus grande attention aux statistiques, cherchant à les appliquer au mieux. La plupart les critiquent, estimant qu'il est impossible de recevoir une personne en si peu de temps, mais s'y soumettent. Souvent plus jeunes et n'ayant pas connu l'ancienne organisation, ils sont plus réceptifs à ce nouveau mode d'évaluation (Martin, 2011), d'autant plus qu'ils y ont été sensibilisés lors de leur formation, contrairement aux agents en poste depuis plus longtemps. Ces règles leur paraissent ainsi plus évidentes et naturelles, d'autant plus que certains d'entre eux viennent du secteur privé et sont habitués à être ainsi évalués. C'est le cas de Diane et Marion.

Les agents en début de carrière sont surreprésentés dans cette catégorie puisque le respect des objectifs leur permet de monter à l'échelon supérieur. On retrouve également des agents qui ont plus d'ancienneté mais veulent se présenter à un concours, comme Monique, 50 ans, qui souhaite devenir cadre. Le respect des objectifs est d'autant plus important pour elle qu'elle se destine à les faire appliquer. Ainsi, plus l'agent veut évoluer au sein de la caisse, plus il est contraint de respecter ces directives.

Bien que pragmatiques, tous les agents n'appliquent pas forcément les règles de manière stricte et trouvent des subterfuges pour répondre aux demandes des usagers tout en tenant leur temps, par exemple en vérifiant rapidement un dossier au pré-accueil, au lieu d'orienter la personne vers la boîte aux lettres ou la faire attendre plus d'une heure pour accéder au deuxième niveau. Le temps de réception des trois minutes étant un délai moyen, Medhi se fiche ainsi de le dépasser de temps en temps, estimant qu'il arrivera à le rattraper ensuite. De son côté Marion, lorsqu'elle le peut, effectue elle-même les mises à jour des dossiers reçus en deuxième niveau et prend le numéro des usagers pour les tenir au courant de l'évolution de leur dossier. Ces petites dérogations à la règle permettent aux agents d'obtenir une certaine reconnaissance des demandeurs pour qui ils effectuent ainsi un traitement privilégié, et également de sortir de ce rôle d'automate que leur impose cette nouvelle organisation du travail.

Un mode de management qui empêche le développement d'un collectif

Le respect des objectifs ne se réduit néanmoins pas à une question individuelle, mais se traduit également par une pression du groupe qui s'explique par l'organisation pyramidale de la notation et du système de distribution des promotions. Il ne suffit en effet pas de remplir parfaitement ses objectifs pour être promu, faut-il encore que l'ensemble des agents du service les atteigne. Cette forme d'évaluation entraîne du contrôle, des remontrances et des rappels à l'ordre entre agents.

Des tensions apparaissent ainsi entre pragmatiques et sociaux. Les premiers reprochent aux seconds de faire baisser la productivité du centre, les empêchant d'obtenir des promotions et les obligeant à effectuer une part de leur travail pour assurer un accueil correct aux usagers et des délais d'attente supportables pour tous. Medhi critique ainsi Gladys, la qualifiant « d'escargot ». Pour lui, l'accueil traîne lorsqu'elle est là, et il est obligé de faire son travail à elle pour que les assurés n'attendent pas trop longtemps. Dans un autre centre, certains agents pragmatiques s'opposent au fait qu'une agent dite sociale fasse du pré-accueil, estimant qu'elle passe trop de temps avec les assurés et engorge ainsi les files d'attente, là où le rôle du pré-accueil est justement d'épurer le nombre de demandes.

Les agents « lents » ou « qui prennent le temps » sont ainsi perçus comme empirant et rendant plus stressantes les conditions de travail – déjà mauvaises – des pragmatiques, car ces derniers doivent alors gérer des usagers encore plus énervés à cause de l'attente et sont obligés de partir plus tard, les personnes envoyées en deuxième niveau étant reçues malgré la fermeture du centre. Or, beaucoup d'entre eux, comme Diane et Marion, ont fait le choix de travailler à l'Assurance maladie pour pouvoir finir tôt et avoir une vie de famille à côté.

Enfin, les petits services rendus par les sociaux peuvent également être perçus par les pragmatiques comme des comportements qui cassent leur autorité et remettent en cause leur décision notamment quand ils ont pour leur part refusé de relire rapidement un dossier ou de donner tel renseignement à l'usager.

Conclusion

L'évolution des conditions de travail, la recherche de productivité qui passe par le management par objectifs et la spécialisation des tâches, entraînent ainsi une déprofessionnalisation des guichetiers de l'assurance maladie. Auparavant instructeurs, à même de conseiller la personne sur son dossier, ils sont devenus, selon leurs propres termes, des « *boîtes aux lettres* » ou des « *distributeurs de dossiers* ». Face à ces transformations, certains résistent en tentant de continuer à rendre service, comme les sociaux. D'autres, au contraire, s'adaptent en tentant de remplir leurs objectifs. Ils s'aménagent néanmoins également des petites marges d'autonomie pour rendre aussi service à certains usagers. Au final, les sociaux comme les pragmatiques valorisent ainsi leur mission en rapport avec la figure de l'utilisateur et via le recours au service rendu. Dans le premier cas, cela est permis par le temps que l'agent accorde à la personne et le fait de superviser l'ensemble de son dossier. Dans le deuxième, c'est la faiblesse du délai d'attente qui définit le service rendu. Pragmatiques comme sociaux souffrent ainsi des transformations de leur métier.

Au-delà de ces aménagements, les uns comme les autres cherchent finalement à quitter les postes d'accueil qu'ils jugent trop fatigants à assurer, épuisants, abrutissants et stressants. Dans ce cadre, la réception de personnes en situation précaire, qui ont du mal à comprendre les démarches et dont la réception nécessite du temps, comme les demandeurs de l'AME et de la CMU-C, est vécue comme particulièrement pesante par les guichetiers, puisque les renvoyant d'autant plus à une position d'incapacité et d'inutilité.

BIBLIOGRAPHIE

Gabarro, C. (2017). *L'attribution de l'aide médicale d'État (AME) par les agents de l'Assurance maladie. Entre soupçon de fraude, figure de l'Étranger et injonctions gestionnaires* (Thèse de doctorat). Université Paris Diderot, Paris.

Hassenteufel, P. et al. (1999). *L'émergence d'une « élite du welfare » ? Sociologie des sommets de l'État en interaction. Le cas des politiques de protection maladie et matière de prestations*

familiales (1981-1997) (Rapport pour la MIRE). Rennes, CRAPS.

Jeantet, A. (2003). « À votre service ! » La relation de service comme rapport social. *Sociologie du travail*, 45, 191-209.

Leduc, S. et Munoz, J. (dir.) (2015). *Le travail à l'assurance maladie. Du projet politique au projet gestionnaire*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Martin, P. (2011). *Gestion de la*

file d'attente et invisibilisation des précaires. Mensonge institutionnalisé dans une caisse d'assurance maladie. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 189(4), 34-41.

Pierru, F. (2007). *Hippocrate malade de ses réformes*. Paris : Éditions du Croquant.

Emilie Perault

Doctorante

Centre de Sociologie de l'Innovation, Mines ParisTech – PSL

Paris

DU TRAVAIL À L'ACTIVITÉ : L'EXPÉRIMENTATION DE LA ROTATION DANS UN PROJET DE FERME D'ACCUEIL

S'il peut sembler évident que le travail existe au sein des associations, qui par ailleurs concluent également des contrats de travail et ont recours au modèle du salariat à côté du recours au bénévolat, la question du sens donné aux tâches et du lien de subordination peut être posée : c'est le cas du projet 1AD, une organisation qui se donne pour objectif principal d'accueillir des personnes en situation de fragilité et qui cherche à dépasser la question classique du travail et du lien de subordination en proposant une autre formule, celle de l'activité-rotation¹.

Une Autre Destination (1AD) est un projet de ferme d'accueil au sein d'une association créée en 2013 en Ardèche. Il a été impulsé par trois fondateurs inspirés par la philosophie et l'agroécologie de Pierre Rabhi et l'expérience communautaire d'Emmaüs. La ferme d'accueil se destine à accueillir une trentaine de personnes. Elle sera couplée par une production agricole et une activité de valorisation des déchets, deux activités déjà présentes dans le projet (deux recycleries et un terrain agricole), et dans lesquelles les habitants devront participer en échange d'un logement et d'un pécule.

Pour les fondateurs, il s'agissait de construire une alternative au « système capitaliste », système qui selon eux court à la « catastrophe » tant il est dévastateur pour l'environnement et vecteur d'exclusion. En même temps qu'il se veut être une réponse aux dysfonctionnements du capitalisme, ce projet est censé le dépasser par la démonstration d'un autre mode de vie. Pour ce faire, les fondateurs ont souhaité rester « autonomes » vis-à-vis des institutions et ils ont mis l'accent sur « l'échelle communale » délaissée par la globalisation de l'économie. Leur projet se veut « généreux » et s'adresse aux autres ; des personnes en « situation de fragilité » et/ou « en quête d'alternatives ». Par « fragilité », les fondateurs entendent des situations où les besoins fondamentaux ne sont pas assurés, à savoir : un toit, une

¹ Remerciements à Nassim Harket, Antoine Hennion et Vincent-Arnaud Chappe.

activité, une alimentation saine et du lien social. Il est admis qu'une fois la vie des personnes « sécurisée », elles peuvent retrouver leur « dignité ». Cette idée s'inspire de la notion d'« accueil inconditionnel » de l'abbé Pierre. Les fondateurs avaient la volonté que le projet reste ouvert à tous, qu'il n'y ait aucune sélection par l'argent².

Pour financer le projet, les fondateurs ont d'abord développé une activité de valorisation des déchets telle qu'on en trouve à Emmaüs. L'activité offrant un rythme et cadre au quotidien, les recycleries ont permis d'expérimenter l'accueil avant la concrétisation de la ferme. L'expérience des membres en leur sein a étendu la notion de fragilité aux situations administratives irrégulières (sans-papiers) et à la santé (maladies graves, dépressions). Bien que les membres tiennent au concept d'« accueil inconditionnel » (abbé Pierre), il est assuré « en fonction des moyens du bord » par les membres des recycleries (besoins de l'équipe, possibilité d'hébergement chez les uns et les autres, etc.). En fonction des situations, les demandes d'accueil peuvent déboucher sur l'évaluation du degré d'urgence. Lorsque l'accueil n'est pas possible ou ne peut être complet – hébergement notamment –, les personnes sont redirigées vers d'autres structures. La « dignité retrouvée » passe également par « la mise en responsabilité ». La célèbre phrase de l'abbé Pierre – « je ne peux pas t'aider mais toi tu peux m'aider à aider les autres » – est souvent reprise par les membres. Elle implique pour eux l'égalité de participation et sous-tend l'idée qu'en prenant soin de l'autre, on prend soin de soi. Ainsi, il n'y a pas de frontière rigide entre les aidants et les aidés et nous verrons comment la mise en place de la rotation est censée faire de cette écologie du care une ressource là où elle peut aussi poser problème aux acteurs. Une fois la « dignité retrouvée », les personnes prennent « conscience » du projet et se responsabilisent par rapport à leur trajectoire en son sein. Ce mouvement est censé constituer un *tremplin* dans leur vie ; la forme que prend le *rebond* n'étant pas encore stabilisée (laisser sa place aux autres ? « essaimer » ?). La « mise en responsabilité » est déjà expérimentée dans les recycleries, étant donné les diverses tâches et responsabilités que leur fonctionnement implique.

Les recycleries ont été fondées sur une économie du don. Des objets sont donnés ou collectés par l'association (« récuaps »), ensuite ils sont triés. S'ils sont jugés inutilisables, ils sont jetés en respectant les catégories de tri de la déchetterie la plus proche. Si on estime qu'ils sont vendables, ils sont insérés dans les espaces de vente (fripe, livres, bibelots, meubles, vaisselle, etc.), ou réparés dans les ateliers (appareils électroniques notamment) avant d'aller à la vente. Quand un client souhaite acheter des objets, il s'adresse à la personne qui s'occupe des « tickets ». Elle fait le calcul du montant total, l'inscrit sur un ticket et le client se dirige à la caisse pour régler. On lui demande sa carte d'adhérent. S'il n'en a pas, on lui explique le projet de ferme d'accueil. Il adhère à l'association à prix libre. Il paie et repart avec ses objets une fois qu'ils ont été listés sur l'ordinateur de la caisse. Cette trajectoire des dons nécessite des activités de tri et de recyclage, de déplacement des objets, de réparation et de rangement des espaces de vente, implique de fixer des prix, de renseigner les clients, de les encaisser et de leur transmettre le projet, de répondre au téléphone et de tenir le calendrier des « récuaps ». À cela s'ajoutent la préparation et l'achat du café, le nettoyage des toilettes, la formalisation des

² Soit un challenge difficile pour des projets dont le financement se veut autonome. À ce titre, les fondateurs mettent en avant l'accueil de certaines initiatives d'habitat partagé dont le mode de financement par apport financier induit que « l'écologie n'est pas ouverte à tous ».

plannings, la clôture de la caisse et d'amener le chiffre d'affaire à la banque, etc. Les coordinateurs de recyclerie s'assurent de la répartition de l'équipe sur ces tâches et que l'activité fonctionne dans le respect des « valeurs partagées ». Les responsables d'atelier veillent à coordonner les activités de réparation. Les responsables des espaces de vente sont les personnes référentes auprès des bénévoles ponctuels. En dehors des recycleries, les trois fondateurs coordonnent le projet dans son ensemble en tenant la « vision source ». Toutes ces responsabilités sont à distinguer de l'autorité pour les acteurs : « à 1AD, il n'y a pas de chefs. » En effet, dès le lancement du projet, il était question pour les fondateurs de se distinguer de l'organisation capitaliste du travail et d'instaurer un système d'activité sans chef ni autorité. Dans un premier temps, le salariat est gardé. Le temps-partiel (25h) est choisi pour laisser du temps libre aux membres et il est admis qu'aucune distinction ne doit être faite entre les salariés et les bénévoles dans la répartition des tâches et dans le quotidien des recycleries. En 2016, on compte quatre salariés (certains en CDD, d'autres en CDI) et une dizaine de bénévoles permanents dont la moitié est défrayée (remboursement des trajets, bons alimentaires). Cette année marque aussi la crise la plus importante du collectif. Elle s'est soldée par l'exclusion de cinq personnes. À la suite de la crise, la réflexion collective a débouché sur la mise à jour d'une tension entre l'activité et l'accueil. C'est pour résoudre cette tension que les membres ont décidé d'étendre la rotation, un instrument déjà expérimenté dans l'une des recycleries pour le partage des tâches, à l'organisation générale du projet pour les tenir ensemble.

À partir de ces considérations, il s'agirait de suivre à 1AD le passage du « travail » à « l'activité » en suivant l'expérimentation du système par rotation. L'activité étant elle-même une forme de l'accueil, la rotation constitue aussi bien un instrument au sein des recycleries que pour l'écologie du projet. Bien que la rotation rappelle les modèles de management des entreprises capitalistes³, son expérimentation à 1AD a pour but d'ouvrir une autre voie – combinant promesse d'activité et promesse d'accueil – face à la « catastrophe » à venir. Ces deux notions sont éprouvées en même temps que les acteurs portent le projet et restent évolutives pour ces derniers. Ainsi, leur construction ne peut être réalisée purement *in abstracto* et la négociation de la définition de l'activité n'est pas pensable en dehors de celle de l'accueil. L'activité prend place dans un réseau d'attachements (Hennion, 2015) qui constitue le projet, réseau dynamique et pouvant parfois échapper aux acteurs. Cela implique que lorsque les acteurs touchent à l'activité, ils impactent aussi l'accueil, et inversement. Suivre l'expérimentation de la rotation nous permettra de ne pas isoler la négociation de l'activité de celle de l'accueil puisque pour les acteurs, elle doit y contribuer tout en se défaisant du lien de subordination au *travail*. En suivant la mise en place de la rotation, il s'agirait ainsi de regarder la construction des possibles comme un processus de substitution, processus demandant un travail de bricolage minutieux de la part des acteurs : par quels petits gestes et ajustements, les acteurs se bricolent des points d'appuis pour se défaire des « mauvaises attaches » et s'en construire de « bonnes » (Latour, 2000) ? Si les attachements sont ce à quoi l'on tient et ce qui nous tient, ils constituent ce par quoi le projet advient et ce sont dans les situations d'épreuve qu'on peut mesurer

³ Il serait trop long d'en dresser une liste exhaustive ici, mais à titre de d'exemple voir Dubar (1996) sur l'émergence du modèle de la compétence. Voir Boltanski & Chiapello (1999) sur l'exigence de mobilité et d'agilité dans la « cité par projet ». Plus récemment, voir Danièle Linhart (2017) sur l'auto-entrepreneuriat et l'économie dite « collaborative » et son concept de « patron-plateforme » pour qualifier l'actuelle reconfiguration du lien de subordination au travail.

leur qualité et la solidité du réseau dans lequel ils prennent place. C'est donc en partant des problèmes posés par la rotation que nous tenterons de rendre compte de la manière dont les acteurs tentent d'instaurer un autre rapport au travail tout en tenant la vocation d'accueil du projet. À chaque problème qui fait intervenir la rotation, nous verrons comment la définition de l'activité se transforme et s'affine, en même temps qu'elle fait émerger une forme de *care*.

Pour ce faire, nous prendrons trois épreuves. Le cas du « Bateau-Pirates » permettra de saisir l'apparition de la rotation au sein de l'activité de 1AD et la manière dont la construction d'un nouvel attachement au projet la met à l'épreuve. La crise du « Bateau-Pirates », nous permettra de saisir comment les acteurs définissent une « bonne attache » au projet d'une « mauvaise » et la façon dont l'activité des recycleries devient une forme d'accueil partagée. C'est à la suite de cette épreuve que la rotation devient un modèle d'organisation de l'activité et du collectif. Enfin le cas des réparateurs en électro nous permettra de voir comment une situation de détournement de l'engagement peut déstabiliser l'organisation par rotation et réintroduire la question de l'autorité dans l'activité.

Le Bateau-Pirates

En 2015, alors que la première recyclerie (la Chataigneraie) se porte bien, les fondateurs se décident à ouvrir une seconde recyclerie à Vallon pour anticiper l'achat du terrain de la future ferme d'accueil. Deux des fondateurs se concentrent sur la finalisation du permis de construire et deux membres très engagés, Sophia et Vincent, sont « mis en responsabilité » pour coordonner chaque recyclerie avec l'aide du troisième fondateur (Pierre). Deux équipes se forment. Elles ont leur identité propre et reconnue par tous et les coordinateurs définissent pour chacune un mode d'organisation spécifique. À la Chataigneraie, l'achat du terrain est vécu comme une pression économique et l'équipe mise sur sa recyclerie qui est la plus connue des Ardéchois car la plus ancienne. La coordinatrice, Sophia, opte pour la spécialisation dans les tâches afin de mieux gérer les flux et augmenter les bénéfices. Les cinq membres les plus investis de cette équipe commencent à « valoriser la recyclerie ». Ils trient les espaces de vente. Le site étant à l'air libre, ils isolent ceux dont les objets sont sensibles à la pluie (par exemple les livres).

Bien que Pierre, fondateur qui accompagne les deux équipes, soit gêné par cette métaphore, ils reprennent à leur compte la notion de « pirates », amenée par Baptiste, fondateur, pour qui la configuration du site faisait penser à un bateau. Petit à petit, tous ces éléments offrent une prise (Bessy & Chateauraynaud, 2014) à la construction d'une association entre l'équipe de la Chataigneraie et la recyclerie : c'est le « Bateau-Pirates ». Les Pirates sont fiers et mettent en avant leur sentiment d'utilité. Alors qu'ils ont eu des trajectoires difficiles avant d'entrer dans le projet, ils sentent qu'ils se sont trouvé une « place dans un projet qui a du sens » pour eux. Malgré l'élargissement des horaires d'ouverture et la fatigue, ils n'ont pas « l'impression de travailler ». Munis de leurs statistiques, ils commencent à se différencier de l'autre équipe en comparant les montants de leur chiffre d'affaire à ceux de Vallon qui vient d'ouvrir et qui est plus petite.

À Vallon, en dehors de la coordination, on choisit de tourner autant que possible en fonction des compétences et des appétences de chacun et on s'assure que « l'activité n'est pas à perte » (Vincent). Néanmoins, l'équipe se heurte à l'impossibilité de faire tourner certaines tâches qui demandent des compétences très spécialisées ou multiples. C'est le cas de la tâche des « tickets » assurée par Abou : elle demande du tact, de l'humour et de la patience face aux clients qui négocient. Pour l'équipe de Vallon, le système fonctionne bien dans l'ensemble. Il permet de réduire les horaires d'ouverture. Pierre, fondateur, et Vincent, coordinateur, sont confiants et n'ont aucun doute sur la comptabilité. L'attitude des Pirates pose problème à l'équipe de Vallon parce qu'elle fait entrer le projet dans une logique de spécialisation et de concurrence jugée non conforme aux « valeurs partagées ».

Coexistent ainsi deux modes d'organisation différents au sein du projet : l'un fondé sur la spécialisation, l'autre sur la rotation. L'ouverture de la recyclerie de Vallon offre la possibilité d'apparition de la rotation au sein de l'activité de 1AD. Elle est mise en problème au sein de l'équipe qui l'expérimente (ex : « tickets ») et par le Bateau-Pirates qui porte la voie de la spécialisation et la concurrence. Les Pirates la dénigrent et c'est en partie par ce geste qu'ils ont pu se penser autrement. L'accueil a donc été éprouvé (sentiment d'utilité, place trouvée) mais il vient aussi déstabiliser l'organisation par rotation fraîchement apparu. De plus, avec l'émergence du Bateau-Pirates, un nouvel attachement au projet surgit et vient reconfigurer l'engagement de cinq membres qui se territorialisent sur l'activité.

La crise du Bateau-Pirates

4 Il faut savoir qu'en dehors de la conception « généreuse » des fondateurs de 1AD, qui suppose une rotation intérieure/extérieure pour laisser sa place aux autres, les projets à initiative citoyenne d'habitat partagé sont marqués par le temps long. Cela implique que le groupe fluctue beaucoup durant la phase projet. À ce sujet, voir Nicole Roux (2014) sur l'habitat participatif. Les fondateurs d'1AD ayant choisi de développer une activité économique, la sortie du Code du Travail est donc un enjeu majeur car elle permettrait de s'affranchir d'une réglementation inadaptée aux temporalités du projet et aux aller-venues des membres.

En parallèle à l'activité des recycleries, les fondateurs identifient un statut juridique – l'OACAS (Organisme d'Accueil Communautaire et d'Activités Solidaires) – créé sur mesure pour les communautés d'Emmaüs. Ils se mettent en relation avec Christophe Deltombe, l'initiateur du statut, pour bénéficier de son expertise. Ils retraduisent le statut en ces termes : pour eux, l'OACAS permettrait de sortir du Code du Travail et du lien de subordination, de faciliter la dynamique d'entrée et sortie qui caractérise le projet⁴ et de lier le pôle activité (recycleries) au pôle habitat (ferme d'accueil) pour que les futurs *compagnons* participent aux recycleries en échange d'un logement et d'un pécule.

Une fois, ce statut approprié par les fondateurs, un comité s'ouvre aux volontaires pour réfléchir à son acquisition. Alors qu'il allait de soi pour eux, le Bateau-Pirates s'y oppose. Entre-temps, leur attachement a territorialisé leur engagement et ils ne souhaitent pas délocaliser leur participation. Sophia se pose en porte-parole et s'oppose à l'idée d'« insertion » inscrite dans l'agrément du statut : à quoi bon réinsérer des personnes dans un système qui les a exclues ? Alors que le compagnon est supposé être un habitant et un actif, les Pirates font savoir qu'ils ne se projettent plus sur le lieu de vie, à moins qu'une « mini ferme » soit construite près de la Chataigneraie. Bien que ces revendications posent la nécessité d'éclaircir le statut des « compagnons extérieurs », les autres membres considèrent que les Pirates se sont trop « accrochés » à leur recyclerie et qu'ils font preuve d'intérêt personnel. Pour eux, l'idée d'insertion ne détermine pas les orientations du projet puisque

l'accueil est déjà pratiqué et que le collectif a toujours fluctué. Les revendications des Pirates indiquent qu'ils ont perdu la « générosité » du projet ; s'ils ne souhaitent pas délocaliser leur participation, ils créent de l'inertie et menacent ainsi la vocation d'accueil. La discussion fait aussi émerger une opposition de conception sur la forme de l'accueil. Pour les Pirates, les recycleries constituent l'accueil alors que pour les autres, c'est la future ferme. « Elle est la finalité » alors que les recycleries sont des « moyens » pour y parvenir. Enfin, pour certains membres, les plans de la ferme d'accueil ont été pensés selon des catégories d'usages (non des typologies d'habitants), car on ne peut prédire qui y vivra et pour combien de temps. L'un des membres fait aussi valoir qu'une « sélection » aura lieu pour définir qui seront les accompagnateurs. Cette dernière idée, qui n'est pas partagée par tout le monde, accentue l'incertitude pour les Pirates. Maintenant qu'ils se pensent autrement, sont-ils les aidants ou les aidés ? S'il n'y a pas de frontières rigides entre les deux, qui pourra prétendre à vivre sur la ferme d'accueil ? Alors que le « Bateau-Pirates » est considéré comme une mauvaise attache au projet par la majorité du collectif, pour les Pirates, cette attache située sur l'activité est beaucoup moins incertaine que l'abstraction de la ferme d'accueil.

Par la suite, plusieurs événements durcissent l'opposition et les « pirates » tentent de « s'approprier » la recyclerie. Les tentatives de compromis ne donnent rien et l'exclusion est votée. Elle est vécue comme un échec par les membres restants et elle entraîne une réaction violente de la part des Pirates, qui saccagent la recyclerie de la Chataigneraie et coupent leur attache au projet. Le bilan est lourd. Les fondateurs diminuent leur engagement et la Chataigneraie ferme pendant un temps. La « crise » est déclarée et les membres entament une réflexion collective. Entre-temps, les anciens Pirates créent leur propre activité dans un village proche, et renaissent sous le nom des « Survivants ». La métamorphose du Bateau-Pirates est accueillie comme une bonne nouvelle par les membres restants (ils ont créé leur propre activité grâce à l'expérience de l'accueil) et certains commencent à changer d'idée quant au statut des recycleries : elles ne sont pas « sous-traitantes » mais constitutives du projet. Elles remplissent déjà la fonction d'accueil et coexisteront comme forme de l'accueil aux côtés de la ferme.

Il est aussi décidé de séparer l'activité de la logique de spécialisation et de concurrence : la hiérarchisation des tâches et le pouvoir qui a été laissé à la coordinatrice de la Chataigneraie, devenue porte-parole du Bateau-Pirates, ont ramené l'activité au « modèle classique ». Après la fermeture de la Chataigneraie, l'équipe est rapatriée temporairement sur Vallon où l'organisation par rotation est déjà expérimentée. Elle s'impose comme modèle de l'activité, et les acteurs décident de l'étendre à la coordination. Cependant, le collectif s'est réduit et il y a trop peu de membres pour que la rotation soit optimale. Aussi, le rôle étant pensé sur la base du volontariat, l'accompagnement suppose de ne pas forcer des personnes ne se sentant pas assez en « sécurité » pour l'endosser. La coordination sera la plupart du temps endossée par Vincent, ancien coordinateur, et Agathe, une membre très investie.

Le cas des réparateurs électro

Après le rapatriement des équipes sur Vallon, un local est trouvé pour installer l'atelier des réparateurs en électronique à quatre cent mètres de la recyclerie. Une nouvelle séparation géographique apparaît et vient mettre à l'épreuve la rotation car elle éloigne les deux réparateurs de leur espace de vente situé au sein de la recyclerie et dont ils sont censés avoir la responsabilité.

Les réparateurs, salariés, commencent à délaisser leur espace de vente et lorsque Vincent, coordinateur, leur fait la remarque, Halim et Jordan lui rétorquent que le rangement est le « travail des bénévoles » et qu'il n'a pas à leur dire quoi faire puisque « à 1AD, il n'y a pas de chef ». Vincent se retrouve face à un dilemme. L'absence de hiérarchie entre les rôles est invoquée pour en instaurer une autre dans les tâches, et entre bénévoles et salariés. Néanmoins, le rôle de coordinateur se définit par l'accountability, soit l'obligation morale de bien faire dans l'intérêt de l'association et des membres, et la rotation a aussi été préférée pour éviter les abus. Vincent, ne pouvant pas faire autorité, il se tourne vers d'autres membres pour mettre en place une vigilance distribuée. La mise en place de cet instrument parie sur une meilleure circulation des membres afin de pallier à la séparation géographique et augmenter l'état de veille pour améliorer la circulation de l'information. Seulement, les membres conviés « à jeter un œil sur l'atelier » se retrouvent face au même dilemme que Vincent et cela échoue. Alexis, responsable de l'atelier, propose d'expérimenter « la mise en autonomie » des réparateurs et de l'encadrer. Néanmoins, les incidents se succèdent et les membres du collectif décident de « revenir au Code du Travail ». Les avertissements se multiplient. Un jour, les coordinateurs s'aperçoivent que les réparateurs ont développé une activité « au black » et qu'ils ont détourné leur compétence des intérêts de l'association à leurs fins personnelles. L'exclusion n'est pas votée mais, pour l'un, le CDD arrive à échéance et pour l'autre, la rupture conventionnelle est négociée⁵. Il est décidé que l'activité se passera de leur compétence au détriment de celle de recyclage.

La vigilance distribuée ayant montré ses limites sur un cas de détournement de l'engagement, une nouvelle réflexion collective s'amorce autour de l'autorité. Elle a partagé les acteurs. Certains pensent que ces cas nécessitent l'intervention d'une autorité pour retourner au cadre et invitent à « clarifier les rôles ». Pour d'autres, il faut « dépaternaliser » le lien de subordination. Cependant, comme des membres le font remarquer, « quand le chat n'est pas là, les souris dansent », et cela implique une *surveillance* à temps plein. Ce débat ne trouve pas de résolution satisfaisante pour les acteurs mais en attendant, ils s'entendent sur l'idée de séparer les rôles des personnes et s'attèlent à la formalisation d'un nouvel outil – la fiche-référent – pour accompagner la rotation de ce rôle à forte responsabilité. Elle engage une négociation collective de la définition du cadre de mission du référent. À ce jour, elle n'est toujours pas terminée. Ils s'accordent aussi pour que le rôle de « coordinateur » soit remplacé par la fonction de « référent » qui veille au *fonctionnement* et peut faire preuve d'autorité lorsque les valeurs ne sont plus partagées et mettent en péril le projet. Dans cette conception, l'autorité peut se manifester en cas de situation exceptionnelle nécessitant la protection du projet. Cela soulève la

⁵ Selon les autres membres, Halim avait accepté le CDD sachant qu'il serait temporairement salarié et son échéance est « tombée à pic » car elle a permis de mettre fin à l'accueil aux vues des circonstances. Le contrat de travail a donc été mobilisé pour le « pousser vers la sortie ». Pour ce qui concerne Jordan qui était en CDI, le collectif avait décidé de le sortir de son « autonomie » et de le réintégrer à la rotation dans l'activité pour qu'il se reconnecte au projet global. Lorsque Jordan a vu les plannings, il s'est mis en maladie et a fini par demander une rupture conventionnelle. Il n'y a donc pas eu d'exclusion votée mais Jordan a été mis face au choix de se plier au collectif et au projet global ou bien d'en sortir.

question suivante : comment faire vivre l'aspiration démocratique du projet (« gouvernance partagée ») face aux situations exceptionnelles ou urgentes ? Ou dit autrement, face à ce type de situation, comment faire vivre le pluralisme et l'égalité des « voix » pour décider collectivement de la direction à prendre et ainsi éviter le déni de démocratie ?

Conclusion

La notion d'activité est une notion évolutive et expérimentale pour les acteurs : elle est elle-même une partie de l'accueil – qui aujourd'hui prend la forme de l'activité de recyclerie mais ne se limite pas à celle-ci –, et s'appuie sur le mécanisme de rotation qui en tant qu'instrument expérimental, est mis à l'épreuve et constamment réajusté. Les épreuves que nous avons déroulées pointent la difficulté de transmettre une conception à des membres qui savent tous que l'association travail et lien de subordination est une référence puissante, au point que certaines situations de crise les y ramènent. Elles éclairent aussi la manière dont la substitution d'un attachement pour l'ouverture d'un possible alternatif⁶ suppose un travail minutieux, qui n'implique pas une rupture nette mais de permanents réajustements comme en témoigne la difficulté pour les acteurs de 1AD de toucher à l'activité sans se confronter à l'accueil. Néanmoins, nous avons vu aussi que ces collectifs ne manquent pas d'inspiration et loin des dogmatismes qui caractérisent certains débats sur le dépassement du lien de subordination et du salariat, ces acteurs préfèrent recourir à des solutions expérimentales, temporaires et réajustables, qui en retour, contribuent à enrichir l'analyse des transformations de l'organisation du travail. L'échec de la vigilance distribuée et le débat qu'il ouvre à 1AD sur la notion d'autorité, nous invite chercheurs et acteurs, à nous intéresser aux modalités de participation et à leur mise à l'épreuve dans le cadre décisionnel.

BIBLIOGRAPHIE

Bessy, C. et Chateauraynaud, F. (2014). *Experts et faussaires : Pour une sociologie de la perception*. Paris : Éditions Pétra.

Boltanski, L. et Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris : Gallimard.

Debaise, D. et Stengers, I. (2017). L'insistance des possibles. Pour un pragmatisme spéculatif. *Multitudes*, (65), 82-89.

Dubar, C. (1996). *La sociologie*

du travail face à la qualification et à la compétence. *Sociologie du Travail*, 38(2), 179-193.

Hennion, A. (2015). Enquêter sur nos attachements. Comment hériter de William James ?, *SociologieS*. Repéré à <http://journals.openedition.org/sociologies/4953>

Latour, B. (2000). *Factures/fractures. De la notion de réseau à celle d'attachement*. Dans A. Micoud et M. Peroni, *Ce qui nous relie*. La Tour d'Aigues: Éditions de l'Aube, 189-208.

Linhart, D. (2017). Imaginer un salariat sans subordination. *Le Monde diplomatique*, 20-21.

Roux, N. (2014). Habiter autrement, un autre rapport au temps. *Écologie et politique*, (48), 37-47.

⁶ Voir Didier Debaise et Isabelle Stengers (2017) et leur belle critique du « possible impératif ».

Fabrice Guilbaud

Maître de conférences en sociologie

Membre du CURAPP, CNRS et Université de Picardie Jules Verne

Amiens

TRAVAILLER QUAND ON EST DÉTENU : UN SUPPORT POUR MIEUX VIVRE LA DÉTENTION ?

Pour un·e sociologue du travail et des institutions, l'idée d'un travail insupportable prise dans un sens général pourrait d'abord l'orienter vers une critique ou une remise en cause de la place du travail dans nos sociétés et éventuellement de la centralité que celui-ci semble revêtir dans la vie de toutes sortes de travailleurs et de travailleuses, ou de celles et ceux qui en sont privés.ées involontairement.

Supporter le travail ? Poser la question semble supposer qu'il est plus ou moins supportable ou insupportable de travailler, ce qui oriente alors vers la mesure et l'analyse de ce qui est supporté par les individus dans l'expérience du travail et renvoie vers les questions des conditions de travail et d'emploi, de pénibilité et de satisfaction ou de bonheur dans le travail (Baudelot et Gollac 2001).

La critique du travail d'une part, et, d'autre part, la mesure et l'analyse de ce qui est supporté par les individus dans l'expérience du travail ne sont pas antinomiques : ces deux aspects peuvent fort bien se conjuguer et dessiner une remise en cause de l'organisation du travail en vue de son amélioration et de l'épanouissement ou du mieux-être des personnes - c'est la démarche adoptée par Yves Clot et Michel Gollac (2014). Ces deux auteurs n'oublient bien sûr pas de rappeler qu'une telle démarche est possible dans un cadre qui permet une expression démocratique régulière.

La prison, contexte d'exercice de travail pour un peu plus d'une personne détenue sur trois en France¹, présente un tout autre cadre : plutôt un envers de la démocratie en matière de libertés, plutôt un reflet déformé en matière de condition juridique au travail. Comment les travailleurs et travailleuses détenus² supportent le travail et les conditions de travail et d'emploi qui leurs sont proposées ? J'y répondrai d'abord dans l'optique d'un consentement à la production (Burawoy, 1979), pour expliquer ensuite le processus ambivalent d'adhésion au travail produit par l'expérience sociale de l'incarcération et de son système de privations (Sykes, 1958) : dans un contexte insupportable, ou difficilement supportable, comme l'est celui de la privation de liberté, comment le travail devient-il une ressource sociale ?

1 Soit environ 24 000 sur 67 000 personnes détenues et écrouées. La population dite sous écrou, sous la responsabilité et la surveillance de l'administration pénitentiaire, est augmentée d'environ 11 000 personnes placées sous bracelet électronique.

2 Ce bref article est d'abord fondé sur des résultats d'enquêtes menées dans des prisons pour hommes, à de nombreux égards ce que j'écris à leur sujet est vrai aussi pour les femmes détenues auprès de qui une enquête de terrain a également été conduite (Guilbaud, 2011).

Conditions de travail au rabais, extrême flexibilité de l'emploi et bas salaires

Le droit du travail ne s'applique pas au travail des personnes détenues, celui-ci est entièrement régi par le droit pénal. Or, le Code de procédure pénale exclut toute possibilité de contractualisation entre un détenu et un employeur. Il interdit aussi toute forme de représentation et d'expression collective auprès des employeurs ou de l'administration pénitentiaire. Le SMIC ne s'applique pas et les rémunérations s'élèvent en moyenne à 254 euros par mois pour un emploi au service général (qui rassemble un peu plus de 40% des emplois dédiés à l'entretien et à la vie interne de la prison), 408 euros pour un emploi en atelier de concession de main-d'œuvre (environ 35% des emplois), 532 euros pour un emploi dans un atelier de la Régie industrielle des établissements pénitentiaires (environ 5%) et 2,26 euros l'heure pour la formation professionnelle (les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, 2014)³.

Globalement, le travail est une denrée rare : il concerne une personne détenue sur trois en Maison d'Arrêt, plutôt une sur deux, voire deux sur trois, dans les établissements pour peine, comme les Centres de détention ou les Maisons centrales.

Néanmoins, on peut tout à fait considérer l'activité de travail qu'exercent librement les personnes détenues comme du travail salarié parce qu'il n'est pas forcé (rappelez que le travail obligatoire pour les condamnés a été supprimé en 1987) et parce qu'il est effectué en échange d'une rémunération. Un formalisme juridique singeant le droit commun (Guilbaud, 2012) a d'ailleurs introduit l'usage d'un « acte d'engagement », ersatz de contrat de travail signé par la personne détenue ; il a également remis au goût du jour l'application d'un salaire minimum pénitentiaire à travers le seuil minimum de rémunération (SMR). L'application de ce dernier reste régulièrement minée par l'usage du salaire à la pièce (Guilbaud, 2015) et de ses cadences infernales, souvent dénoncées par les hommes et les femmes travaillant dans les ateliers dans lesquels j'ai pu enquêter longuement⁴.

Il s'agit par ailleurs de mettre des personnes détenues au travail afin qu'elles produisent des biens ou des services pour autrui (pour le « marché », ou pour un usage collectif interne) : c'est ainsi les constituer en une main-d'œuvre commandée par et dans des entités organisationnelles (entreprise concessionnaire, entreprise gestionnaire de prisons, administration pénitentiaire, régie industrielle de l'emploi pénitentiaire), une main-d'œuvre subordonnée – il ne s'agit donc pas de travail indépendant. La présence de cotisations sociales, éléments de protection sociale associés au salaire, peut être considérée comme un marqueur d'appartenance au salariat contemporain (Friot, 1997). La condition sociale et juridique des travailleurs et travailleuses détenus est régie par un droit qui considère que la qualité de personne détenue interdit que cette dernière puisse être, en matière de travail, sujet de droit, c'est-à-dire un sujet contractant, partie d'un contrat de travail classique. Par ailleurs, en cas de contestation individuelle ou collective, la sanction tombe vite : on est privé de travail quelque temps (« déclassé » au moins) et éventuellement puni d'une sanction disciplinaire (Guilbaud, 2012).

³ Pour schématiser on peut préciser que les ateliers pénitentiaires relèvent majoritairement de petites industries de main d'œuvre dans lesquels l'outillage est faible. On trouve des ateliers mécanisés ou semi-mécanisés dans les prisons pour longue peine organisés par la Régie industrielle ou par les entreprises privées (souvent des TPE/PME) à qui la main d'œuvre détenue est concédée par l'Administration pénitentiaire.

4 Les enquêtes de terrain ont été menées dans cinq prisons pour hommes entre 2004 et 2006 et deux prisons pour femmes en 2009 et 2010 (financées par le GIP Mission de Recherche Droit et Justice), sélectionnées notamment selon les critères de durée des peines et le niveau de sécurité : trois maisons d'arrêt (MA), ce type de prison concerne des personnes prévenues (en attente de jugement) ou condamnées à moins d'un an ou reliquât de peine équivalent ; trois centres de détention (CD) et une maison centrale (MC) qui rassemblent des condamnés à des peines plus longues. On affecte dans les MC ceux qui sont évalués comme plus « dangereux » les CD, axés sur la « resocialisation », offrent davantage d'activités et fonctionnent sous le régime des « portes ouvertes » (cellules ouvertes la journée et fermées la nuit). Le recueil des données combine observations d'ateliers (sept à douze semaines par prison), recueil documentaire (rapports d'activité, règlements d'ateliers, notes de service, contrats de concession, relevés des salaires) et entretiens : une vingtaine par prison auprès de détenu.e.s soit 137 entretiens et 65 auprès de membres de l'AP, des personnels privés et publics d'encadrement des ateliers.

Enfin, compte-tenu du fait que la très grande majorité⁵ des travaux proposés consiste en du travail manuel simple (collage, triage, conditionnement divers, petite transformation, montage, assemblage d'éléments) que nombre de personnes détenues rencontrées sur mes terrains d'enquête qualifient de « pénible », « nul », « abrutissant », on peut se demander pourquoi les hommes et les femmes détenus expriment néanmoins fortement le souhait de travailler ? Comment se fait-il qu'ils et elles « supportent » ces conditions ? On procédera à une réponse en deux temps et à deux niveaux : le collectif et l'individuel.

Un espace professionnel pacificateur

Il ressort de mes diverses enquêtes que le cadre du travail productif en atelier pénitentiaire engendre de la coopération : d'une part, entre les surveillants.es et les détenus.es, d'autre part entre les différentes catégories de détenus.es dans l'échelle des crimes⁶. Ces coopérations sont produites dans et par un processus de production, conformément à ce qu'avait repéré Michael Burawoy dans « *Manufacturing consent* » (1979), qui, ici, prend place dans le « dispositif guerrier » caractérisé par son « despotisme ordinaire » qu'est la prison (Chauvenet, 2006).

L'atelier est ainsi le lieu d'une reconnaissance réciproque du statut de travailleur entre personnes détenues, comme en témoigne l'extrait d'entretien suivant :

« J'aime bien l'ambiance, on a des pauses, on prend un café, on fume une cigarette. En fait, je vois des collègues de boulot tous les jours. Ici (à l'atelier), il faut pas se considérer comme détenus tandis que si on se considère comme des collègues de boulot, c'est bien. Sinon, ça serait pas la même (i.e. ça serait une autre ambiance). » Condamné à trois ans pour infractions sur les stupéfiants, 28 ans et incarcéré depuis 6 mois, troisième incarcération.

En maison centrale où, a priori, le classement hiérarchique entre hommes détenus selon une échelle de valeurs carcérales joue le plus, l'un d'eux m'a également dit :

« Il y a des mésententes, des discordes oui ça arrive, mais c'est très différent. Là (au travail) on n'est pas vraiment codétenus, on est des collègues de travail, et chacun est responsable de sa prestation, il doit l'assumer. Il y en a qu'on voit pas en dehors sauf parfois comme ça autour du téléphone. Et chacun a ses relations avec les autres aussi. » Condamné à perpétuité pour meurtres, 46 ans et incarcéré depuis 20 ans.

Les discordes éventuelles portent, semble-t-il, davantage sur le travail que sur autre chose : ce détenu m'a ensuite donné comme exemple un de ses « collègues » qui cherchait à acquérir les faveurs de l'encadrement pour obtenir un nouvel outil de travail.

Dans l'espace professionnel de l'atelier, les détenus.es et les surveillants.es coopèrent et ne s'opposent que très rarement sur des bases qui seraient liées aux intérêts rivaux des deux groupes. Évoquant les deux surveillants de son atelier de

petit conditionnement d'éléments de plomberie ou visserie, un travailleur détenu dit : « *Ils sont gueulards mais franchement ça va ! Dès que vous travaillez, vous les connaissez mieux et ça va mieux, ils sont réglos quoi !* » 22 ans, deuxième incarcération, détenu depuis deux ans en Maison d'arrêt.

Opposés à l'extérieur de l'espace productif, les deux groupes acceptent de sacrifier leurs intérêts antagoniques le temps du travail. Et du point de vue du groupe des détenus·es, les uns·es et les autres se soumettent à ce qui apparaît comme un enjeu supérieur : celui de la division du travail. Celle-ci est organisée par des tiers, les contremaîtres, qui initient des pratiques et usent de catégories professionnelles dans leurs relations avec les travailleurs·euses détenus·es, pour atteindre des objectifs économiques et productifs (« sortir la production »). Situés aux conflits de l'antagonisme structurel de la prison, les contremaîtres incarnent le monde du travail et en sont les passeurs à travers leur fonction d'organiseurs de la production. Si les rapports entre détenus·es et entre surveillants·es et détenus·es sont modifiés le temps du travail, on peut penser qu'au long cours les relations en détention le sont également probablement. Aujourd'hui, dans les prisons françaises, il paraît peu vraisemblable de concevoir l'exercice d'une activité de travail comme un pur produit d'une sous-culture carcérale mais il est impossible de réfuter absolument l'existence de certains aspects d'une telle sous-culture par ailleurs. Le principe de cloisonnement invite en effet à la prudence tant « chaque lieu d'activité constitue une prison dans la prison. De certains lieux les détenus·es ne connaîtront jamais l'existence. De ce cloisonnement résulte une multitude de mondes sociaux distincts, presque étanches les uns par rapport aux autres (Chauvenet, Rostaing et Orlic, 2008, p. 5-6). »

5 Ce qui doit être tempéré par l'existence de travaux qualifiés et qualifiants en différents métiers de l'imprimerie, de la métallerie, du bois, de la couture.

6 On renvoie ici à l'échelle des crimes et des délits du point de vue des personnes détenues. Beaucoup de travaux de sociologie des prisons aux États-Unis se sont intéressés à cette question et aux thèmes qui tournent autour du concept de sous-culture pénitentiaire. On pense ici aux travaux pionniers de David Clemmer (1940 [1958]) et à son concept de prizonisation. En France, une ethnologue (Le Caisne, 2000, p. 95-116), dans une perspective qui prend en compte les cadres moraux des détenus, a montré que les détenus se distribuent sur une échelle allant du « politique » au « peinteur », en haut de l'échelle, les détenus politiques, les « braqueurs », les « escrocs », en bas (dans l'ordre), les « stupés », les « proxénètes » et les « peinteurs » (incarcérés pour crimes et délits sexuels).

7 Tant au niveau de l'âge moyen, que des durées d'incarcération.

Qu'est-ce que travailler fait à la vie d'une personne détenue ?

Le fait d'occuper un emploi n'est pas qu'un moyen de « faire son temps ». Des raisons plus profondes sont liées au passé des personnes détenues, parfois à leur attachement au travail tout au long de leur vie et à leur volonté de vivre au plus près de la condition (passée et à venir) de personnes en liberté. Ce condamné en centre de détention insiste sur la permanence de son activité ; libre ou enfermé, c'est un *homo faber* :

« *Moi, le boulot, c'est pas parce que je suis en prison, j'ai toujours fait quelque chose, tout le temps, j'ai toujours travaillé. Et j'ai toujours appris : j'ai fait une maison, je savais pas le faire, après je l'ai agrandie, j'ai fait un garage, une salle-de-bains, des toilettes en plus, un cellier, j'ai fait la toiture, j'ai fait mes petits plans, j'ai tout refait, c'était une ruine. (...) Même en prison, j'ai toujours travaillé, sauf pendant cinq mois - j'étais en transfert dans une maison d'arrêt. Je suis comme ça : faut toujours que je fasse des choses.* » Condamné à 18 ans pour viol, 38 ans, douzième année de détention, première incarcération.

Les détenus·es incarcérés·ées en établissements pour peines (les Centres de dé-

tention et les Maisons centrales) ont des emplois du temps beaucoup plus réglés et remplis. Les populations de ces prisons se distinguent de celles des maisons d'arrêt⁷. Plus âgés, les détenus ont également des passés professionnels plus importants. En entrant dans ce type de prison, ils ont souvent déjà vécu plusieurs années de détention, mais certains, du fait du peu d'offres de travail ou de certaines interdictions fixées par le juge d'application des peines⁸, n'ont pas eu accès aux ateliers en maisons d'arrêt. En général, l'accès au travail se fait plus facilement dans les établissements pour peines. Ce qui émerge des entretiens pour des détenus qui sont davantage « installés » dans la peine, c'est que le travail donne du sens au temps pénitentiaire ; on entend plus souvent parler, dans ce type de prison, d'utilité sociale et de valorisation de soi :

« Au travail, on s'investit, ça ouvre des perspectives. C'est extrêmement important de nous confier des responsabilités, ça prouve de la reconnaissance, on devient plus crédible. » Condamné à vingt ans pour meurtre, 35 ans, treizième année de détention.

Un autre condamné, en maison centrale, vivant depuis treize ans en prison, incarcéré peu après ses vingt ans, précise qu'il avait commencé à travailler à l'âge de quatorze ans et qu'il ne s'était jamais arrêté sauf à l'occasion de sa première année d'incarcération en maison d'arrêt. Pour lui, le travail est « *une raison de vivre* » et « *une façon d'être utile* » :

« Je peux pas rester sans travail, c'est pas possible, ça me détruirait. Quelles que soient les tâches qu'on me demande, je les fais. On dit, il est docile ou je sais pas quoi, mais non ! Moi j'aime bien ça et c'est ma façon d'être utile. Il me faut une raison de vivre, sans objectif je peux pas. » Condamné à perpétuité, 34 ans, treizième année de détention, première incarcération.

L'exercice d'une activité de travail rémunéré, surtout si elle est régulière, opère un découpage du temps bien différent qu'en son absence et s'avère très structurant dans la vie des personnes incarcérées. Pour ceux et celles qui vivent et travaillent sur le même lieu, « vie de travail » et « vie privée » ne se confondent pas en un même temps. La perméabilité de la prison à la société environnante se manifeste notamment dans la permanence de la norme du travail dans la vie recluse, à travers une caractéristique essentielle du travail salarié : le rapport au temps clivé du travail et du loisir. Ce rapport semble la ressource la plus décisive : elle rend possible la permanence d'un statut et permet ainsi aux détenus.es de mieux faire face au temps de la peine. Ainsi, continuer à travailler en prison, lorsqu'on est détenu.e, c'est certes se soumettre à une surexploitation, mais c'est aussi introduire dans son existence la possibilité de *se considérer* et *d'être considéré.ée* en dehors des statuts octroyés de délinquant et de criminel. La norme du travail « vient » avec ses contraintes et ses injonctions morales vers des détenus.es qui s'affirment comme individus dans l'action du travail. En effet ils et elles mobilisent un répertoire d'actions tout à fait typique de ceux qui sont observés dans le monde salarié libre, notamment au sein du monde ouvrier.

Globalement, le rapport au travail des détenus.es est extrêmement ambivalent, et en cela proche de celui des ouvriers spécialisés (Linhart, 1981), parce qu'il est fondé sur une aversion généralisée pour le travail (pour ces « tâches » relevant du « sale boulot ») qui s'accompagne d'un attachement fort au travail

⁸ Interdiction de communiquer (en cas d'affaires criminelles impliquant plusieurs individus) ou à une mesure d'isolement (cas de détenus.es incarcérés.ées suite à des faits médiatisés dont la sécurité pourrait ne pas être assurée). L'isolement peut aussi être demandé par les détenus.es.

(parce qu'il permet de mieux vivre tous les jours, pour le statut social d'actif, les relations sociales dans l'atelier et au dehors). Les détenus.es sont conscients.es de l'exploitation salariale, de l'absence de droits sociaux et de la dévalorisation sociale des travaux qu'ils et elles exécutent. Les différences qui existent envers les salariés du monde libre sont généralement bien objectivées par les personnes détenues, puisqu'elles-mêmes en étaient, à quelques exceptions près⁹, avant leur incarcération. Cette conscience ne provoque pas un retrait qui pourrait se traduire par un refus du travail ; au contraire les détenus.es sont très liés.ées à leur travail. Les sources de ce lien fort se trouvent dans un besoin de s'extraire du temps et de la promiscuité de la cellule, ainsi que dans une volonté d'échapper à la dépendance à l'égard de l'extérieur en gagnant son propre salaire afin de consommer et parfois de donner aux proches.

À travers leurs pratiques collectives dans l'espace de l'atelier et le rapport entretenu avec leur travail, les travailleurs.euses détenus.es affirment l'irréductibilité de leur individualité, se posent comme sujets et, in fine, défendent leur liberté et leur intégrité. Ces résultats révèlent, en creux, ce que constitue l'incarcération : une expérience sociale extrême où règne un ordre disciplinaire plus oppressant que celui qui a cours dans l'espace de l'atelier. La prison organise la privation généralisée et la mutilation d'un temps de vie au cours duquel le travail vient s'imposer comme une ressource, un « travail à soi », comme l'avait formulé Philippe Bernoux (1981), fait d'appropriations concrètes et parfois collectives (pratiques de freinage – ralentissement de la production ; aménagement d'espaces de pauses ; arrêt du travail) et d'appropriations subjectives multiples. Travailler offre aux détenus.es un cadre occupationnel en dehors de la cellule où l'expression et la possibilité d'appropriations (Guilbaud, 2008) et de contestations (Guilbaud, 2012), quoiqu'il en coûte parfois, devient possible.

BIBLIOGRAPHIE

Baudelot, C. et Gollac, M. (2003). *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*. Paris : Fayard.

Bernoux, P. (1981). *Un travail à soi*. Toulouse : Privat.

Burawoy, M. (1979). *Manufacturing consent : Changes in the Labor Process Under Monopoly Capitalism*. Chicago : University of Chicago Press.

Clot, Y. et Gollac, M. (2014). *Le Travail peut-il devenir supportable ?*. Paris : Armand Colin.

Clemmer, D. (1940). *The Prison Community*. New-York : Holt Rinehart and Winston.

Chauvenet, A. (2006). *Privation de liberté et violence : le despotisme ordinaire en prison*.

Déviance et société, 30(3), 373-388.

Chauvenet, A., Rostaing, C. et Orlic, F. (2008). *La Violence carcérale en question*. Paris : PUF.

Friot, B. (1998). *Puissances du salariat*. Paris : La Dispute

Goffman, E. (1961). *Asiles* (traduction par L. Lainé, 1968). Paris : Éditions de Minuit.

Guilbaud, F. (2008). *Le travail pénitentiaire : sens et articulation des temps vécus des travailleurs incarcérés*. *Revue française de sociologie*, 49(4), 763-791.

Guilbaud, F. (2011). *Femmes détenues au travail. Rapport pour la Mission de recherche droit et justice*. Paris : Crespap-CSU.

Guilbaud, F. (2012). *Contester et subir : formes et fondements de la critique sociale des travailleurs détenus*. *Sociétés contemporaines*, n°87, 99-121.

Guilbaud, F. (2015). *La question salariale des travailleurs détenus, un défi sociologique pour l'imagination juridique*. Dans P. Auvergnon (dir.), *Droit du travail en prison : du déni à une reconnaissance ?*. Bordeaux : Presses Universitaires de Bordeaux, 51-70.

Linhart, D. (1981). *L'Appel de la sirène*. Paris : Le Sycomore.

Sykes, G. (1999, 1958). *The Society of Captives*. Princeton New jersey : Princeton University Press.

⁹ Une enquête menée par l'Insee en 2001 sur les hommes détenus mesurait une proportion de 15% qui n'avaient jamais travaillé (Insee, (2002). *L'Histoire familiale des hommes détenus*. Synthèses, n°59).

Hélène Liotard

Assistante sociale au Centre Hospitalier Saint Jean De Dieu

Sociologue

Lyon

SANTÉ MENTALE : L'INCERTITUDE COMME PRINCIPE DU TRAVAIL INTERINSTITUTIONNEL

Ma fonction d'assistante sociale en psychiatrie situe ma pratique professionnelle dans une zone à l'interface de mondes professionnels, de cultures et d'identités différents. Il s'agit de manier différents langages, différentes logiques, différentes ressources afin de soutenir les parcours toujours singuliers des personnes malades ou en souffrance psychique. L'enjeu de ce travail est de tenir ensemble, d'accorder les logiques professionnelles et les contraintes spécifiques des champs d'intervention professionnelle de la psychiatrie, du social et du médico-social. Ma formation de sociologue m'a permis de revenir sur ma pratique de terrain et de l'alimenter. Il m'importe de porter un regard critique sur la notion de décloisonnement des pratiques professionnelles en santé mentale et de mettre en valeur les pratiques expérimentées par les professionnels pour œuvrer dans les zones interinstitutionnelles.

Les paradoxes de l'injonction au décloisonnement

Jusque dans les années 1960-70, la question de la santé mentale était essentiellement basée sur les connaissances des professionnels du soin, et ainsi, déléguée aux psychiatres. Il s'agissait essentiellement de distinguer le normal du pathologique et seul le pathologique pouvait relever d'une préoccupation publique. La discipline psychiatrique s'est constituée comme une thérapeutique globale de la personne et même totale autour de l'asile. La notion de santé mentale s'est construite contre cette institution totale, dans un souci humaniste, dont les psychiatres se sont saisis pour faire évoluer leurs pratiques, s'appuyant sur la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle.

Mais définir les contours du champ professionnel d'intervention en santé mentale n'est pas aisé. Avec le mouvement de désaliénation, la santé mentale n'a plus seulement concerné les soignants, mais également les acteurs des champs du social et du médico-social qui ont pris en charge les malades en dehors de l'hôpital, dans leur lieu de vie, de travail ou leurs activités sociales ou de loisirs. La santé mentale apparaît comme un champ d'intervention pluridisciplinaire où le but n'est plus seulement de soigner. Une multitude d'acteurs interviennent auprès des personnes en souffrance psychique, qu'elles soient touchées par des pathologies psychiatriques

au long cours ou bien fragilisées dans une période particulière de leur existence. Il n'est plus seulement question d'une ouverture de la prise en charge des personnes malades en dehors de l'institution psychiatrique. La notion de santé mentale s'est modifiée, élargie et a pris corps dans l'action publique par les influences de changements sociaux. Lise Demailly (2012) a souligné le rôle de trois principales modifications socioculturelles : la montée du mal-être dans la société et celle de la demande de soin, la montée de la demande de sécurité, la montée de la demande de « respect ». Ces transformations sociétales ont accompagné une transformation des modes de régulation politique en France. Alors que les institutions publiques produisaient jadis une norme à laquelle se conformer, chaque individu a désormais la responsabilité de se ressaisir de moyens mis à sa disposition.

Ces mutations ont eu un impact fort sur le champ de la psychiatrie. Elle est reconvenue comme une discipline médicale, sollicitée pour son expertise, une prise en charge spécialisée, alors que sa spécificité est fondée sur une approche globale. Le soin psychique, par nature relationnel, s'appuie sur un cadre qui a pour vocation de contenir, d'élaborer et de *transformer* des tensions, conflits, émotions et affects, entre le professionnel et la personne soignée. Du fait du poids des restrictions budgétaires et de la difficile traduction du cœur de ce travail en actes quantifiables, ce champ est traversé par une tension forte entre le temps long du prendre soin relationnel et le temps court du « diagnostic-traitement-orientation ».

La question du décloisonnement, reprise dans différentes directives politiques, apparaît récurrente dans les discours institutionnels à travers son corollaire, la notion de parcours de l'usager. Qui pourrait remettre en cause l'idée que face à un problème personnel, une pathologie complexe, il est difficile d'être renvoyé d'une institution à une autre, d'un spécialiste à un autre ? Qui contesterait l'idée que la fluidification des parcours favoriserait le bien-être de tous ? Mais cette nécessité échappe à toute modélisation, à tout mode d'emploi applicable largement. Le paysage institutionnel français s'est construit à partir de la spécialisation rigoureuse de champs d'intervention, de domaines de compétences, d'administrations. Cela a permis des progrès scientifiques et la construction d'identités professionnelles fortes. Mais, la santé mentale, comme problème public, déborde les cadres d'intervention construits et établis. La frontière entre les champs sanitaires et sociaux est aujourd'hui dénoncée mais elle reste encore organisée institutionnellement et l'objectif d'une meilleure articulation du sanitaire et du social plus incitatif que concret. Paradoxalement, c'est finalement aux professionnels de terrain de porter le souci du décloisonnement des pratiques, tout en mettant en œuvre leurs missions de travail, elles-mêmes définies et prescrites par les institutions historiques. Pourtant, il est intéressant de voir au plus près de chaque acteur, ce que cette double injonction fait faire.

Les acteurs institutionnels, les responsables d'établissements de santé ou médico-sociaux notamment, vivent au quotidien les freins du cloisonnement. Pour construire et développer leur projet, ils sont confrontés aux cadres contraints d'administrations spécialisées. À partir des problèmes posés par le cloisonnement dans la réalité, le décloisonnement se transforme en injonction pour les institutions.

Celles-ci doivent, de façon autonome, *transformer* la contrainte en un projet innovant ; projet à défendre comme un choix stratégique pour qu'il soit en retour validé et financé par les organismes de tutelle. Les services de l'État ne contrôlent plus vraiment la réalisation d'objectifs qu'ils auraient prescrits. Ils soutiennent par contre des projets qui correspondent aux contraintes qu'ils définissent. Les acteurs institutionnels se saisissent de l'injonction au décloisonnement et l'intègrent dans leur projet d'établissement, mettant en avant leur dynamique, leur mise en mouvement, propice à la valorisation de leur institution auprès des financeurs.

Pour les professionnels de terrain, la question du décloisonnement fait plus écho à un souci pratique du quotidien pour mettre en œuvre leur mission qu'à un défi politique à mener. Ils ont besoin de connaître les autres acteurs de leur territoire et de développer des réseaux de partenaires dans le souci d'orienter au mieux les publics qu'ils accompagnent. Mais l'injonction au décloisonnement peut se révéler, pour eux, source de confusion et d'insécurité. Pour chaque situation singulière qu'ils accompagnent, les professionnels interviennent au nom d'une mission professionnelle qui leur est propre. La frontière entre les services constitue donc le fondement de leur action. Cette cloison, aujourd'hui dénoncée, est constitutive de leur identité et permet à chaque intervenant de se différencier. En développant un réseau de partenaires, ils reconnaissent l'incomplétude de leur mission pour répondre aux problématiques de santé mentale. Malgré leurs collaborations régulières, il est commun d'entendre des stéréotypes et préjugés dans le discours des travailleurs sociaux et des soignants, les uns envers les autres. Au-delà des difficultés inhérentes à la « répartition des tâches » autour de situations complexes, je crois que ces discours critiques viennent souligner leur besoin de caractériser leur spécificité, pour pouvoir continuer à agir. Dans cette logique, le décloisonnement pourrait alors conduire à une indifférenciation des acteurs qui serait probablement plus risquée pour eux que le cloisonnement actuel. C'est pourquoi, plutôt que de penser les frontières entre les champs d'intervention professionnelle en santé mentale, à partir d'une ligne verticale, abrupte, figée et imperméable (comme une cloison), il me semblerait plus judicieux de penser cette ligne comme une courbe, une paroi, au sens d'une membrane souple qui pourrait être ajustée dans son environnement et perméable, pour permettre des échanges et des façons de la traverser, la remodeler, la *transformer*.

Si cette nécessité de décloisonner est au centre des attentions, c'est peut-être qu'elle permet de désigner un espace particulier. En effet, cette notion de décloisonnement me semble avoir un pouvoir performatif. S'il est difficile de définir précisément les contours du champ de la santé mentale, parler de décloisonnement désigne, par la négative, des frontières à effacer, déplacer ou remodeler. Il me semble important de considérer la santé mentale comme un espace véritable, dans ses reliefs, pour éviter l'écueil de la mise en concurrence des professionnels que produit le fait de se centrer sur les cloisonnements et frontières. Si la santé mentale n'est pas portée, appropriée par une institution unique, cela ne suffit pas à annuler la réalité qu'elle constitue sur le terrain. Le champ du travail en santé mentale est un espace réel qui se remodèle autour de situations toujours singulières des personnes concernées, que les professionnels accompagnent au nom de leur

mission professionnelle propre. En ce sens, le champ de la santé mentale pourrait être défini comme un espace potentiel qui prend forme, au cas par cas, et mobilise à chaque fois, différentes institutions. Les institutions construites historiquement autour de missions fixes deviennent alors des institutions « satellites », sollicitées ou non selon les problématiques des personnes concernées. L'intervention en santé mentale crée alors des partenariats toujours incertains et à durée limitée. Ce travail répétitif dans les zones de frontières des administrations historiques et instituées dessine alors le champ d'intervention en santé mentale.

L'incertitude comme principe du travail interinstitutionnel

La réflexion que je propose sur la notion de décloisonnement n'a pas qu'un but critique. Elle m'a permis de redonner du sens aux dissonances que je percevais, aux écarts que je ressentais entre mon travail quotidien réel et les discours officiels sur mon travail. Car les pratiques de coopérations interinstitutionnelles existent sur le terrain et se développent. Je souhaite les mettre en valeur, sans chercher à les modéliser, car elles sont par nature singulières. Je m'appuierai sur l'expérience de la création d'une instance de coopération partenariale autour de situations complexes en santé mentale.

La Métropole de Lyon anime, depuis 2002, une démarche partenariale sur le thème de la Santé psychique, de l'hébergement et du logement (SPHEL). Une formation-action propose d'accompagner les territoires qui le souhaitent dans la création d'instances de coordination sur ce thème. Il est intéressant de souligner que la mise en place de tels dispositifs interinstitutionnels s'inscrit toujours dans une histoire locale particulière. Sur notre secteur, la préoccupation de mettre en place un groupe pour étudier les situations complexes de personnes prises en charge par les travailleurs sociaux et pouvant relever d'un soin psychique est ancienne. Cette question a été soulevée de façon récurrente au sein du CLSM (Conseil Local de Santé Mentale). Dix ans avant la création du « groupe SPHEL », cet objectif avait été inscrit dans le règlement intérieur, sans être mis en œuvre. Puis, les premiers groupes de travail du CLSM faisaient tous remonter le besoin de tels dispositifs de parole entre professionnels. Ceux qui ont essayé de concrétiser cet objectif n'ont pas perduré. Quel que soit le chemin de cet objectif, il est régulièrement revenu, soit par la demande du terrain, soit sur sollicitation des acteurs institutionnels.

La formation-action SPHEL a constitué pour les participants une véritable expérience commune bien que laborieuse. Le projet de cette formation entre partenaires locaux avait surtout été présenté comme une occasion de mieux se connaître, de favoriser une culture en commun. Mais les institutions n'avaient pas formulé, aux professionnels participants, de commande concernant la mise en place d'une instance de travail collaboratif. Les participants ont découvert, dans le cours de la formation-*action*, qu'ils étaient en position d'auteurs d'un projet à construire ensemble. Le partage d'une phase de perplexité a été une première expérience collective et fondatrice pour notre groupe. Un travail sur nos besoins, ressources et représentations respectifs a permis de cheminer vers la construction d'un projet en commun. Un groupe partenarial naît à partir de la reconnaissance d'un besoin partageable et

de l'idée fondatrice qu'un travail en commun pourrait réduire la complexité à agir. Car, au quotidien, les problématiques de santé mentale confrontent les professionnels aux limites de leur intervention. Les situations complexes concernant la santé psychique et le logement ont, en effet, pour caractéristique principale de ne pouvoir être résolues par les réponses professionnelles routinières. Elles peuvent constituer des épreuves de professionnalités (Ravon et Vidal-Naquet, 2014, p. 268-272) qui se jouent tant au niveau institutionnel, professionnel que personnel. Les professionnels développent des dispositifs d'échange sur leurs difficultés, pour les dépasser, et mener à bien leur mission. Ces dispositifs relèvent de la nécessité d'espaces de paroles qui soutiennent le sens de leur action dans un espace interinstitutionnel. En ce sens, ce sont des espaces de travail collaboratif qui aident à supporter le travail. À la fois, ces dispositifs exposent également les professionnels et il est important de pouvoir en mesurer la fragilité.

Grâce aux apports de la formation-action, nous avons pris soin de nous constituer en tant que groupe. Cela est passé par l'appropriation du sens de notre action commune, à travers le travail de rédaction collégial de notre charte et de notre règlement de fonctionnement. Nous avons ainsi choisi, ensemble, les mots qui définiraient le cadre de notre action. Cette étape a été source de débats intenses et a permis de tester la résistance de notre projet face aux désaccords internes. En quelque sorte, ces textes ont été rédigés par un groupe qui s'est constitué en tant que groupe à travers la rédaction de ces mêmes textes. Mais le sens de ces textes a également une portée vis-à-vis de l'extérieur du groupe. Pour que notre action commune soit rendue possible, il fallait que notre projet soit validé par nos institutions respectives, réunies dans le comité de pilotage du CLSM. L'enjeu pour les acteurs de terrain-auteurs d'un projet interinstitutionnel est que le groupe ouvre un espace de liberté quant aux pratiques habituelles. Cela demande, en retour, aux institutions d'accepter cette autonomie d'un groupe sans avoir accès à la totalité de ce qui s'y déroule. À la fois, pour fonctionner, le groupe a besoin que son existence soit officiellement reconnue et validée. Le travail interinstitutionnel ouvre donc un « jeu de visibilité-invisibilité » entre les professionnels et leurs institutions de référence. Les professionnels participants sont mis à disposition par leur institution pour travailler le lien avec d'autres institutions partenaires. Ces dernières délèguent ainsi à ces groupes, ce qu'elles ne sont pas en mesure de résoudre seules.

Ces espaces de parole et de travail à l'interface des frontières d'intervention instituées ont un potentiel très riche mais ils n'épargnent pas les professionnels de l'incertitude quant à leur pratique. Énoncer au sein du groupe les doutes et les freins de nos interventions quotidiennes est un acte de parole fort qui permet de construire le sens de notre action et, en même temps, de l'ajuster. Produire le récit d'une situation et d'un accompagnement complexes constitue déjà un travail de *transformation* d'un manque, d'une plainte. Ce partage est nourri par des intentions de différents ordres : la reconnaissance de l'épreuve traversée professionnellement et la demande que d'autres puissent intervenir. Mais les réponses ne sont jamais certaines. Le groupe ouvre la possibilité de construire un cadre d'intervention novateur mais les professionnels restent tenus à leur mission prescrite institutionnellement. Il s'agit d'être en mesure de partager la difficulté en essayant de

comprendre plus finement la clinique de la personne concernée, mais pas toujours de la résoudre.

Ces dispositifs de paroles interinstitutionnels fonctionnent en auto-régulation, sans personne tierce pour animer les débats. Il est d'autant plus nécessaire de prendre le temps de construire un groupe suffisamment sécurisant pour qu'il soit en capacité d'accueillir et de résister aux désaccords inhérents à l'intervention en santé mentale. Il s'agit également de capitaliser les expériences positives pour alimenter sans cesse le sens de cette action commune. Mais elles ne seront pas pour autant modélisables ou reproductibles. Je crois même que cet espoir pourrait mettre en péril le fonctionnement d'un groupe. Ces dispositifs de parole interinstitutionnels se construisent comme des espaces potentiels, souples, fluides, « en état de dispersion » pour faire référence au contrat narcissique de Piera Aulagnier (1975). Si l'expertise des uns prend le dessus sur celle des autres, si les places de chacun deviennent fixes et prédéterminées, cela fige la dynamique du groupe. L'incertitude inhérente à ces pratiques en serait finalement le principe organisateur. C'est elle qui préserverait le pouvoir créatif de l'échange en cours, le plaisir d'occuper une place différente que celle du quotidien professionnel, l'espace de reconnaissance de la singularité de ce que le professionnel supporte au quotidien. Ce principe d'incertitude est une façon d'accorder et de préserver une marque d'altérité irréductible et de différenciation à chaque membre du groupe. Il apporte au groupe la possibilité et le pouvoir d'accueillir et de *transformer* les éprouvés, les contraintes et les désaccords qui le traversent irrémédiablement. « Ne pas prédire ce qu'il va se passer mais savoir qu'il va se passer quelque chose (Puget, 2004). »

BIBLIOGRAPHIE

Aulagnier, P. (1975). Le contrat narcissique. Dans P. Aulagnier, *La violence de l'interprétation*. Paris : PUF.

Demailly, L. et Autès, M. (2012). *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*. Paris : Armand Colin.

Puget, J. (2004). *Penser la subjectivité sociale*. *Psychothérapies*, 24(4), 183-188.

Ravon, B. et Vidal-Naquet, P. (2014). Épreuve de professionnalité. Dans P. Zawieja et F. Guarnieri, *Dictionnaire des risques*

psychosociaux. Paris : Éditions du Seuil.

Bertrand Ravon

Sociologue
Université de Lumière Lyon II
Centre Max Weber
Lyon

Pierre Vidal-Naquet

Sociologue
CERPE
Centre Max Weber
Lyon

LES ÉPREUVES DE PROFESSIONNALITÉ, ENTRE AUTO-MANDAT ET DÉLIBÉRATION COLLECTIVE. L'EXEMPLE DU TRAVAIL SOCIAL

Les difficultés que rencontrent les professionnels engagés dans des relations d'aide et de soin peuvent être considérées comme des « épreuves ». Ce rapprochement entre difficultés et épreuves suggère que la pénibilité du travail est source de souffrances – physiques ou morales – et peut conduire, à force de répétitions, à l'usure professionnelle. Les exemples sont légions de soignants ou d'aidants, qui, face à des tâches éprouvantes qui sont à réaliser sous la pression de l'efficacité et de l'urgence, en viennent à considérer leur travail comme impossible et insupportable.

Nous voudrions dans cet article effectuer un pas de côté en abordant ces difficultés sous l'angle de ce que nous avons appelé les « épreuves de professionnalité » (Ravon, 2010 ; Ravon et Vidal-Naquet, 2014). Ce léger déplacement ne consiste pas à nier que la charge de travail, dans la relation d'aide et de soin, puisse devenir intenable. Nous voulons simplement indiquer, par cette expression, que les épreuves dont il est question n'ont pas seulement comme conséquence d'éprouver les aidants ou les soignants. Elles ont aussi pour effet de bousculer leur professionnalité, aussi bien négativement que positivement.

Nous nous appuyons pour cela sur plusieurs enquêtes de type ethnographique qui nous ont amenés à observer le travail de professionnels intervenant dans les champs social, sanitaire ou médico-social. Le présent article s'appuie plutôt sur des enquêtes menées auprès de travailleurs sociaux et fait donc référence aux évolutions dans les secteurs social et médico-social (Hennion et Vidal-Naquet, 2015 ; Ravon et Laval, 2015 ; Ravon et Vidal-Naquet, 2016). Il convient cependant de préciser que si les épreuves de professionnalité sont de même nature, quel que soit le domaine d'intervention – sanitaire, social ou médico-social –, elles s'actualisent sous des formes très différentes selon les situations concrètes rencontrées et

selon le mandat des intéressés. Les travailleurs sociaux par exemple, qui exercent leur profession en tant qu'éducateurs de prévention ou d'auxiliaire de vie, ne sont pas soumis aux mêmes pressions et ne rencontrent pas les mêmes problèmes que les professionnels qui ont en charge l'accompagnement des usagers dans leur accès aux droits, ou que les intervenants sociaux qui œuvrent dans le secteur de l'enfance, ou qui interviennent en direction d'adolescents dits « difficiles ».

Troubles dans la professionnalité

Quels que soient les domaines d'activité, quels que soient leurs métiers, les professionnels nous semblent confrontés à des épreuves qui questionnent à nouveaux frais leur professionnalité, c'est-à-dire leur façon très concrète d'exercer leur métier. La professionnalité, selon nous, est cette capacité issue de l'expérience, qui permet à des professionnels à la fois de respecter les règles du métier – ils ont été formés dans cette perspective – et de les transgresser afin de s'adapter aux situations. D'où ce paradoxe : les professionnels sont investis d'un ou plusieurs mandats précis qui relèvent du travail prescrit. Mais en même temps, lorsque les situations deviennent complexes, ils doivent s'adapter à elles, au besoin en s'éloignant du mandat initial. Dans ces situations, ils peuvent s'écarter du mandat prescrit pour s'attribuer un mandat adapté aux circonstances et que nous proposons d'appeler « auto-mandat ». Avec la notion de professionnalité, le pas de côté que nous proposons ne consiste pas tant à analyser les rapports de conflits entre mandat prescrit et auto-mandat qu'à rendre compte des manières de tenir ensemble la même chose et son contraire, à savoir ce que l'on est dans l'obligation de faire et ce que l'on fait en réalité. C'est une telle tension – qui, on le verra, tend à s'inscrire dans la durée – que nous considérons ici comme une épreuve de professionnalité.

L'« épreuve » dont on peut faire l'expérience dans l'examen scolaire révèle ce dont les candidats sont capables. Elle peut être franchie avec succès ou se solder par un échec. Les aptitudes de l'impétrant sont alors évaluées au regard de critères, de barèmes ou de règles du jeu prédéfinis. Les épreuves de professionnalité dont nous parlons sont d'une autre nature car ni les critères ni les procédures à l'aune desquels sont jugés les protagonistes ne sont ici préalablement déterminés. La réussite ou l'échec deviennent bien souvent indécidables. La légitimité des ajustements qui se produisent dans le cours de l'action ne bénéficie d'aucune garantie. L'épreuve de professionnalité renvoie donc à un moment d'indétermination de l'action au cours duquel les forces en présence se révèlent dans toutes leurs disparités. Devant ces situations inextricables et indécidables, et cependant tout à fait ordinaires, les intervenants hésitent : leurs savoirs prédéfinis sont pris en défaut, les normes et les règles sont instables, leurs diagnostics deviennent discutables. Ils ne sont jamais à l'abri du risque d'un jugement « subjectif », « partial », voire de l'« arbitraire ».

Prenons l'exemple de la prise en charge de Sam – un adolescent dit « difficile » – sur laquelle nous reviendrons au cours de cet article. Quel arbitrage doit faire le juge entre le rapport social de l'éducateur qui soupçonne les parents de ce jeune de ne pas adhérer à l'aide éducative proposée et qui plaide en faveur d'une

intervention judiciaire, et l'avis du psychiatre qui considère au contraire que les parents sont tout à fait capables d'éduquer leur enfant ? Que faire plus généralement lorsque les appréciations des uns et des autres ne convergent pas, voire s'opposent ? Quelle stratégie déployer dans l'attente qu'une place dans un foyer adapté à la problématique de Sam se libère ? Il n'y a pas de réponse vraiment satisfaisante. Toute réponse est alors porteuse de nouveaux problèmes éventuels. L'épreuve n'est pas un moment, aussi difficile soit-il, qu'il s'agit de franchir. Elle tend au contraire à s'étirer dans le temps.

Telle que nous l'envisageons, l'épreuve de professionnalité est en effet un processus ponctué par un enchaînement de séquences, depuis la situation – souvent paroxystique – à laquelle les professionnels sont confrontés jusqu'au moment où le problème, éventuellement redéfini, trouve une issue. Mais ce terme existe-t-il ? Dans le cas de Sam, la nouvelle mesure éducative imposée par le juge semble mettre fin à l'épreuve. En fait, il n'en est rien. Le nouveau mandat qui attend l'éducateur ne fait que définir un autre cadrage du problème et ne fait donc que prolonger l'épreuve en ce qu'elle a d'incertain.

Souvent, les temps de reprise permettent aux intervenants impliqués de mettre les choses à plat, de se poser, de prendre de la hauteur, sans que pour autant l'incident initial ne soit réglé. Le moment de reprise de l'action ne vient pas seulement valider ou non l'action ; il la prolonge, au sens où les protagonistes présents redistribuent les cartes du jeu pour voir le problème avec un nouveau cadrage. Certes, lorsque le problème ne fait plus l'objet de délibération, il peut être considéré comme « réglé ». Mais peut-être aussi, ne l'est-il pas complètement. D'autant que les épreuves se manifestent non pas sur un seul registre, mais sur plusieurs, ce qui complique leur discernement.

Les professionnels dont nous avons observé les pratiques sont en effet soumis à plusieurs types d'épreuves qui, bien souvent, s'enchevêtrent. Dans le cadre de cet article, nous en retiendrions trois : les épreuves émotionnelles, les épreuves organisationnelles et les épreuves politico-éthiques. De telles épreuves peuvent se combiner ou non, se renforcer mutuellement, ou bien encore se neutraliser. Si l'incertitude de leur issue est ce qu'elles ont de commun, ces épreuves ne sont pas forcément négatives et ne sont pas à voir nécessairement comme des expériences douloureuses ou pénibles. D'autant que, comme nous le verrons, les professionnels ne les subissent pas forcément. Selon différentes modalités, individuelles ou collectives, ils les régulent et en transforment le sens.

Épreuves émotionnelles

Toute relation d'aide est soumise au débordement d'affects. Ces débordements peuvent prendre la forme d'une mise à distance de l'utilisateur lorsque le professionnel ne parvient pas à surmonter ses sentiments de dégoût, de colère ou d'indifférence. À l'inverse, ils peuvent se manifester par une trop grande proximité compassionnelle et se traduire par une emprise du professionnel sur l'utilisateur. Pendant longtemps, c'est surtout la position « distanciée » qui a retenu l'attention. Aujourd'hui,

suite aux études sur le *care*, l'accent est mis sur l'importance d'être au plus près des situations concrètes pour les traiter avec justesse, notamment de manière à s'assurer que l'aide apportée répond bien aux attentes sinon aux demandes du bénéficiaire. C'est en ce sens que le travail social revendique aujourd'hui davantage de proximité (IGAS, 2005). Quoi qu'il en soit, la « bonne distance » ou la « bonne proximité » est un entre-deux que tout professionnel se doit de trouver pour éviter la trop grande froideur ou bien la chaleur excessive. Mais si l'on suit les travaux d'Arlie Russel Hochschild (2017), la « bonne distance » n'est pas une affaire de positionnement. Elle relève plutôt d'un travail incessant dont l'issue dépend essentiellement des interactions. Pour la sociologue en effet, le travail émotionnel désigne cette recherche intensive d'une relation suffisamment bonne, selon deux directions. D'une part, le travail émotionnel sur soi consiste, pour le professionnel, aussi bien à contenir ses propres émotions – celles qui ne sont pas appropriées à la situation – qu'à promouvoir et exprimer les émotions qui le sont. D'autre part, le travail émotionnel consiste aussi à agir sur l'état mental des personnes, par exemple, en neutralisant l'expression de leur découragement pour valoriser au contraire leurs espérances et leurs désirs. Les travailleurs sociaux en effet sont appelés aujourd'hui à soutenir les capacités des personnes, et par conséquent à travailler en partie sur leurs émotions. Dans ces conditions, la « bonne distance » ou la « bonne proximité » n'est pas une position à trouver, mais le produit d'un travail relationnel à réaliser, lequel ne peut être prédéfini, et doit au contraire s'inventer et se négocier dans le cours même de l'action. Dans ce cadre, la résolution de l'épreuve ne peut qu'être incertaine. C'est ce que donne à voir l'arrivée de Sam dans un lieu de vie animé par des permanents extérieurs au monde du travail social et choisis justement pour cela. Les travailleurs sociaux référents attendent en effet de ces intervenants qu'ils sortent d'une logique éducative, qui à l'évidence ne correspond plus aux attentes de ce jeune, pour tenter une aide relationnelle davantage centrée sur « le quotidien ». Dans un premier temps, l'expérience se révélera concluante, les permanents arrivant à « raccrocher » Sam aux « réalités de la vie » et à s'attacher à lui. Elle fera ensuite l'objet d'une dégradation.

Épreuves organisationnelles

À partir des années 1980, le problème de l'usure professionnelle a été plus généralement posé du côté de l'organisation qui, à la faveur de nombreuses mutations, soumet les professionnels à d'importantes pressions bien souvent contradictoires. D'un côté en effet, on assiste à une parcellisation et une flexibilisation du travail portées par la recherche obsessionnelle des coûts, à une individualisation des responsabilités en matière de résultats et d'un autre côté, à une prolifération des procédures, à une augmentation de la charge et de l'intensité du travail, à une précarisation des statuts. Ces phénomènes ont largement été documentés et analysés par les travaux en psychosociologie clinique du travail ou en sociologie du travail et des organisations. Ceux-ci constatent que le risque d'usure et de *burn out* est élevé lorsque l'engagement personnel et émotionnel des salariés est fortement sollicité alors que ceux-ci n'ont qu'une faible latitude décisionnelle et que, en raison de leur isolement, de la concurrence entre pairs et de l'absence de reconnaissance

institutionnelle, ils ne bénéficient pas de soutien social. Ces travaux ont surtout porté sur le monde industriel, dans le champ des services et notamment dans celui de la santé. Ils ont peu concerné le travail social qui ne semblait pas être la profession la plus exposée aux risques psycho-sociaux. Or cette situation se modifie non seulement en raison de la massification de l'exclusion et de la précarité mais aussi en raison de l'importation dans le secteur de la culture des résultats. L'activité des travailleurs sociaux a alors tendance à être de plus en plus évaluée au regard des flux d'entrée des usagers dans les différents dispositifs de prise en charge. Le phénomène de segmentation, repérable dans d'autres champs, touche aussi le travail social qui se décline maintenant au « singulier », en sorte que les professionnels se trouvent eux aussi dans des situations d'isolement pour affronter les épreuves organisationnelles. Quelles que soient leurs appartenances institutionnelles, les professionnels doivent se conformer aux protocoles et aux procédures, mais aussi les dépasser pour s'adapter au mieux aux situations singulières. Leur mandat institutionnel ne leur suffit plus. Dans chaque situation, c'est alors sans garantie qu'ils sont conduits à affronter l'épreuve de l'auto-mandat. La référente ASE de Sam en est un bon exemple : chargée depuis plusieurs années de mobiliser des ressources (hébergement, remédiation cognitive, suivi psychologique, etc.) avec des moyens réduits, et de coordonner les interventions de professionnels d'appartenance institutionnelle et disciplinaire multiples, elle se trouve régulièrement confrontée à des situations inextricables, sans possibilité d'obtenir le soutien de sa cheffe de service, prise elle-même par bien d'autres priorités...

Épreuves politico-éthiques

Tel qu'il a été historiquement conçu, le travail social avait principalement pour objectif d'« intégrer » les personnes un moment fragilisées par des événements divers (maladie, accident du travail, perte d'emploi, conflit familial, etc.), en leur attribuant des droits ou des allocations, ou mieux encore en les aidant à s'insérer ; il s'agissait, autrement dit, d'accompagner des changements « d'état » ou de « statut ». La déportation actuelle de la focale sur l'incitation des personnes vulnérables à s'engager dans un « parcours » qu'il s'agit d'accompagner dans la durée, signale que, dans le contexte de précarité et de désinstitutionnalisation, c'est la capacité des individus à gérer les ruptures qui devient l'un des axes majeurs du travail social. Dans ce cadre, la perspective d'émancipation change de temporalité. Il ne s'agit plus de considérer seulement l'autonomie comme le résultat à terme d'une éventuelle insertion autrement dit d'un changement « d'état ». Il s'agit de la construire au présent en soutenant la capacité des individus à autogérer leurs parcours et à en assurer la fluidité. Autrement dit, il est demandé aux professionnels de l'action sociale de maintenir l'objectif propre à l'État-Providence d'égalisation des conditions, tout en favorisant la logique néolibérale d'activation des « parcours », ceci dans un contexte où l'horizon est particulièrement sombre.

Cette double logique, qui vise à tenir ensemble protection et liberté, conduit à une multiplication des situations « indécidables » lorsque les individus sont incités à faire l'impossible pour s'en sortir ou lorsque par leurs propres choix, ils s'écartent

des normes sociales, se mettent en danger, compromettent leur qualité de vie, et par voie de conséquence leur autonomie. Pour les professionnels du social, les épreuves sont à la fois de nature politique et éthique : politique au sens où ce qu'il convient de faire en situation n'est plus éclairé par les perspectives d'avenir et la dynamique du progrès social ; éthique au sens où ce qu'il convient de faire ne peut plus s'apprécier au regard des critères du bien et du mal, dont les fondements sont aujourd'hui discutés et surtout éminemment subjectifs. Ces épreuves politico-éthiques érodent la dimension collective et politique du travail social et renvoient les professionnels à leurs propres éthiques personnelles pour traiter des situations devenues indécidables.

Reprenons l'exemple de Sam, qui est un fumeur invétéré de cannabis. Malgré les règles de droit très strictes en la matière et la volonté de l'équipe éducative de poser un cadre clair et constant, il s'avère qu'il est impensable de lui interdire toute consommation, la privation de cannabis se payant à chaque fois par des fugues ou des passages à l'acte très violents. Aussi, un jeune éducateur et une psychologue ont monté un projet inspiré de la RDR – réduction des risques – et pour lequel Sam a exprimé son intérêt. Cependant, l'avis du psychiatre, qui craint une évolution psychotique de l'adolescent, a relancé les doutes de l'équipe éducative... Tirillés entre ces normes contradictoires (droit réglementaire, cohérence éducative, prévention, adhésion au soin, etc.), les intervenants sont conduits à redéfinir au jour le jour ce qu'il convient de faire en fonction des circonstances et des convictions du moment.

Faire face : tâtonnement, réflexivité, délibération

En elle-même chacune de ces épreuves (émotionnelles, organisationnelles, politico-éthiques) ne conduit pas forcément à l'épuisement. Lorsqu'elles sont franchies avec succès, elles contribuent même au bien-être et à la valorisation de soi. Ce sont les échecs, et plus particulièrement les échecs répétés qui peuvent être facteur d'usure en révélant aux agents leur incapacité à accomplir convenablement leur travail. Le degré d'usure varie en fonction de la façon dont se combinent les épreuves. C'est probablement lorsque que les échecs concernent simultanément les trois types d'épreuves que les risques de *burn out* sont les plus forts. Ainsi, on peut comprendre que c'est lorsqu'ils sont confrontés à des souffrances insupportables, dans un contexte organisationnel délétère, alors que leurs interventions ne font plus sens, que les professionnels peuvent ressentir des sentiments d'épuisement. En revanche, la relation de face à face est peut-être plus supportable lorsque le milieu de travail est solidaire et que le sens de l'intervention semble aller de soi.

Mais ni les professionnels ni les organisations ne sont passifs dans les épreuves qui se présentent. On peut distinguer plusieurs types de stratégies de défense, de résistance ou de soutien qui permettent de tenir ou de se sortir des difficultés rencontrées. Formelles ou informelles, individuelles ou collectives, ces manières de faire face font partie intégrante de l'épreuve que les intervenants cherchent à traverser.

Commençons par distinguer les moyens du bord avec lesquels les agents se

débrouillent. Ceux-ci peuvent par exemple mobiliser des ressources hors travail (sport, analyse personnelle, yoga, etc.) comme autant de supports susceptibles de les aider dans leur travail. La famille peut également être mise à contribution aussi bien comme espace de délibération privée que comme refuge, lorsque les événements du travail n'y ont pas droit de cité. Mais de leur côté, les institutions peuvent proposer des soutiens individuels en mobilisant des psychologues et autres « superviseurs » qu'elles mettent à disposition des salariés. S'il conforte les agents dans leurs épreuves, ce type de soutien à la professionnalité peut aussi favoriser le mouvement d'atomisation du travail social, l'auto-mandat, et paradoxalement aggraver l'usure en cas d'échec, celui-ci pouvant alors être perçu comme un échec personnel et non point comme un échec collectif. À défaut de superviseurs, les pairs peuvent aussi jouer ce rôle de façon informelle d'autant que le personnel d'encadrement est de plus en plus pris par des tâches de management et ne peut offrir un soutien aux professionnels de première ligne que de façon limitée.

Lorsqu'elle est collective, la réactivité peut prendre au moins deux directions, politique ou institutionnelle. Dans le premier cas, les agents, au lieu de se retirer et de se résigner, donnent de la voix, se syndiquent pour contrer le dysfonctionnement institutionnel et les risques psycho-sociaux, ou s'engagent politiquement pour donner un sens à leur travail. Ce genre d'engagement est aujourd'hui relativement mineur, car faiblement relayé dans l'espace public¹. Dans le second cas, les organisations peuvent recourir à différentes méthodes de reprise de l'action : analyse institutionnelle, groupes d'analyse de pratiques, etc. Si on peut observer une tendance à l'extension des dispositifs de soutien aux professionnels, il faut indissociablement noter la disparité des usages ; pas de comparaison possible par exemple entre une commission de salariés animée par un chef de service et censée promouvoir la « qualité de vie au travail » et un groupe d'analyse critique des pratiques d'une équipe sans présence hiérarchique et animé par un tiers extérieur ; il s'agit également de distinguer les méthodes plutôt centrées sur les affects qui tendent à soutenir la personnalité du professionnel de celles davantage centrées sur l'analyse de l'activité et de ce fait cherchant à interroger ses enjeux groupaux, organisationnels voire institutionnels.

Les différents intervenants qui ont croisé Sam ont pu reprendre les difficultés rencontrées sous différentes formes. Après une nouvelle exclusion de Sam d'un foyer éducatif, sa référente a pu soumettre la situation à la commission des cas complexes du Département, constituée de juges, psychiatres, chefs de service éducatifs ou socio-judiciaires. De nouvelles pistes ont été ouvertes. L'éducateur du foyer qui suivait Sam a demandé lors d'une séance d'analyse des pratiques à revenir sur la décision d'exclusion contre laquelle il s'était élevé, sans succès. L'un des permanents du lieu de vie, à l'occasion d'une journée d'étude, a pu interpeller l'assistance sur les dégâts causés par de telles décisions. Ainsi, une même situation peut être l'objet de différentes discussions qui viennent non seulement éclairer le problème traité, mais aussi proposer, localement et temporairement, de nouvelles prises pour l'action.

¹ C'est le cas du mouvement social avorté des travailleurs sociaux parisiens en février dernier et qui n'a pas fait grand bruit.

Les pratiques prudentielles

Les épreuves de professionnalité peuvent être abordées de différentes manières. Comme une remise en cause du sens du travail social, mais peut-être aussi comme le vecteur d'un renouvellement des pratiques. Dans de nombreuses situations en effet – celles qui sont indécidables – les professionnels sont amenés à faire des paris, à agir de façon probabiliste, à expérimenter différentes issues possibles, à avancer par approximations successives, en tâtonnant et en jouant sur tous les tableaux, bien souvent en payant de leur personne. Dans ces conditions, le cadrage de leurs pratiques est internalisé et adossé au mandat qu'ils se donnent dans la situation.

De telles pratiques peuvent être qualifiées de « prudentielles » (Champy, 2015). Risquées, hésitantes, peu formalisées, nécessitant un fort engagement personnel, ces pratiques, faiblement dépendantes de la règle et de la norme, sont particulièrement fragiles. Elles peuvent faire l'objet de profonds désaccords entre les intervenants. La légitimité de l'auto-mandat n'est jamais acquise. Les évaluations effectuées autour des situations inextricables et évolutives ne sont pas en effet à l'abri du risque d'« arbitraire ». Elles deviennent donc éminemment discutables. Les pratiques prudentielles, qui accompagnent en partie les épreuves émotionnelles, organisationnelles et éthiques que nous avons évoquées, modifient en profondeur la professionnalité du travail social en plaçant l'incertitude, le risque et la fragilité au cœur de l'activité. La pertinence de cette professionnalité n'est pas assurée par le rappel en amont de la règle et de la norme. Elle repose en grande partie sur l'existence d'instances de réflexion collective, que celles-ci soient informelles (autour de la machine à café par exemple) ou plus formelles (réunions cliniques, dispositifs d'analyse de la pratique, etc.) qui assurent le pilotage de l'action « par l'aval » et la délibération.

BIBLIOGRAPHIE

Champy, F. (2015). Pourquoi le soin n'est pas qu'une question de technique ? La « sagesse pratique » dans les activités médicales et paramédicales. Dans C. Georges-Tarragano (dir.), *Soigner (l')humain, Manifeste pour un juste soin au juste coût*. Presses de l'EHESP, 167-168.

Hennion, A. et Vidal-Naquet, P. (2015). Enfermer maman ! Épreuves et arrangements : le care comme éthique de situation. *Sciences Sociales et santé*, 33(3).

Hochschild, A. R. (2017). *Le prix des sentiments. Au cœur*

du travail émotionnel. La Découverte.

Inspection générale des affaires sociales (2005). *L'intervention sociale, un travail de proximité*. La Documentation Française.

Ravon, B. (2010). Travail social, souci de l'action publique et épreuves de professionnalité. Dans C. Felix et J. Tardif (éd.), *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance*.

Ravon, B. et Laval, L. (2015). *L'aide aux adolescents difficiles. Chroniques d'un problème public (1980-2012)*. Éditions Érès.

Ravon, B. et Vidal-Naquet,

P. (coord.) (2016). Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité [Dossier]. *SociologieS*. Repéré à <http://journals.openedition.org/sociologies/5363>.

Ravon, B. et Vidal-Naquet, P. (2014). Épreuve de professionnalité. Dans P. Zawieja et F. Guarnieri, *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Le seuil, 268-272.

Mylène Zittoun

Psychologue du travail
Membre de l'équipe Psychologie du travail
et clinique de l'activité
Conservatoire National des Arts et Métiers
Paris (CRTD-CNAM, EA 4132)

Didier Larchevêque

Directeur de l'Établissement Public
Départementale de Grugny

UNE EXPÉRIMENTATION SOCIALE EN CLINIQUE DE L'ACTIVITÉ

Rhizome : *Pouvez-vous présenter la structure dans laquelle vous intervenez ?*

Didier Larchevêque : L'établissement public départemental (EPD) de Grugny (76) est un établissement médico-social de plus de 500 lits, constitué d'un pôle adultes handicapés (175 lits) et gériatrique (331 lits).

Mylène Zittoun : Psychologue du travail, membre de l'Équipe Psychologie du travail et clinique de l'activité, Centre de Recherche sur le Travail et le Développement, Conservatoire National des Arts et Métiers (CRTD-CNAM, EA 4132), créée et dirigée jusqu'il y a peu par le Pr. Yves Clot, j'interviens en milieu de travail ordinaire.

Cette équipe de recherche a développé un savoir-faire dans le champ de l'intervention en milieu professionnel sur les questions de santé au travail et produit des connaissances qui ont donné lieu à de nombreuses publications. Elle a pour perspective la transformation des situations de travail, le développement du pouvoir d'agir des professionnels et des collectifs de travail, et pour moyen, l'intervention directe dans les milieux de travail.

Les liens entre pouvoir d'agir et santé ont été mis en évidence, analysés et constituent un axe spécifique de prévention des risques psychosociaux.

L'intervention telle que nous la pratiquons en clinique de l'activité vise à installer les moyens et les conditions d'un milieu durable de co-analyse du travail.

Didier Larchevêque : L'intervention « *Dispositif de développement des ressources psychosociales favorables à la santé et à l'efficacité au travail* » qui fait l'objet de cet entretien s'est déroulée entre 2014 et 2017 dans l'EPD de Grugny. Elle a concerné une unité de chaque pôle : un foyer d'accueil médicalisé de 45 places (45 agents) et un EHPAD de 98 places (45 agents).

L'intervention s'est déroulée en deux temps : 18 mois dans le cadre d'un contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT), puis, instauration d'un dispositif pour pérenniser l'action (12 mois).

Dans l'anamnèse du recours à l'équipe du Cnam, il y avait une dégradation du climat social dans une unité du pôle gérontologique. Plusieurs agents se plaignent du mode de management de la cadre.

Pour le foyer d'accueil médicalisé, des tensions entre certains agents et la cadre apparaissent de temps à autre.

Suite à des remontées de ces conflits à l'Agence Régionale de Santé (ARS), celle-ci propose qu'un CLACT sur la problématique des risques psychosociaux soit passé, le financement étant assuré par l'ARS. En termes d'organismes et de forme de l'action, l'ARS a une attente assez formatée, le risque psychosocial étant appréhendé comme un risque qu'il faut réduire, voire éliminer. Le principe étant que, de par sa fonction, le personnel soignant est en souffrance et que celui-ci a besoin d'être pris en charge.

Suite à un article sur la pratique du Cnam, dans la revue de *L'aide-soignante* et à la lecture du « Travail à cœur » d'Yves Clot (2010), nous avons pris contact avec lui. Le fait que ce soit un établissement médico-social l'intéresse et l'approche proposée, qui replace les conflits de métiers au centre des discussions entre protagonistes, me paraît une porte d'entrée prometteuse pour des professionnels qui ont des points de vue différents et, en même temps, une grande implication dans la qualité de l'accompagnement des personnes fragiles, personnes âgées dépendantes ou adultes handicapés.

Sur la base de la proposition d'intervention du Cnam, il ne reste plus qu'à faire adhérer l'ARS. Le fait que cette proposition ait un caractère expérimental et émane d'un centre de recherche suscite quelques réserves de la part de nos interlocuteurs. Outre sa référence à la formule du Général de Gaulle sur sa préférence pour les « trouveurs », l'ARS reste attachée à une démarche projet classique : diagnostic, objectifs, plan d'actions et indicateurs quantitatifs, même si cet « objet non-identifié » suscite de leur part une curiosité certaine.

Quelques aménagements à la proposition initiale sont effectués et le principe de remontées avec l'ARS à mi-parcours et en fin d'intervention permettent de lever les obstacles.

Le CLACT étant signé, l'équipe du Cnam rencontre en mai 2014 les différents protagonistes : équipe de direction, encadrement, représentants du personnel. Elle confirme les griefs accumulés à l'égard de l'encadrement.

L'organisation de l'intervention est ensuite présentée à l'équipe de chaque structure ainsi que les outils qui seront utilisés. Une dizaine d'agents par pôle se porte volontaire.

Myène Zittoun : L'originalité ici est que le chercheur est un intervenant qui participe à la mise en œuvre d'alternatives organisationnelles concrètes en réponse à une demande issue d'une direction d'établissement (Clot, 2016). Cette intervention fut dirigée par le Pr. Yves Clot. Comme d'autres conduites dans l'équipe¹, elle prend le risque d'être impliquée dans la construction sociale de l'initiative des professionnels concernés, sur et dans l'organisation du travail. La chose est rare, surtout dans

¹ D'autres interventions de cette nature sont en cours dans l'industrie automobile, les services ou la fonction publique.

le secteur médico-social pourtant si important dans notre société.

Le premier dispositif d'intervention, déployé avec Laure Kloetzler², était proposé aux aides-soignantes (AS) et aux aides médico-psychologique (AMP). Il était centré sur le développement du collectif comme moyen de prévention de la santé au travail (Fernandez et *al.*, 2003).

Sans prendre la question de la querelle interpersonnelle de front, cette intervention a été envisagée comme un détour proposé aux agents AS et AMP : pour s'occuper de leur santé au travail nous nous sommes intéressés avec elles au concret de leur métier.

Le dispositif a mobilisé trois niveaux d'action : un groupe de travail dans chacun des pôles, composé d'agents volontaires pour analyser leur activité ; un comité de suivi de l'intervention, créé ad hoc et composé de l'équipe de direction, de l'encadrement, de représentants syndicaux, du médecin du travail ainsi que des intervenants du Cnam.

La méthode des autoconfrontations croisées, décrite par ailleurs (Clot, 2008 ; Clot, Faïta, Fernandez et Scheller, 2001), a été mobilisée. Elle consiste à placer des professionnels en position de réaliser avec l'intervenant l'analyse de leur propre activité de travail pour la transformer si nécessaire et cherche à développer les fonctions du collectif pour imaginer de nouvelles possibilités de penser et d'agir.

Trois temps la composent : la constitution d'un groupe de professionnels volontaires réunis autour d'un objet défini par eux, l'observation en situation. Intervenants et professionnels volontaires s'engagent ensuite dans un travail de co-analyse détaillé des séquences d'activité retenues par le groupe sur la base d'enregistrements vidéo commentés par les professionnels.

À l'EPHAD, la préparation et la distribution du petit déjeuner, la toilette, le dîner, le pôle d'activités et de soins adaptés (Pasa) ont été choisis comme séquences d'activité. Quatre binômes se sont portés volontaires. Au FAM, la toilette, le déjeuner, une activité calèche ont été retenus. Quatre binômes se sont également portés volontaires.

Les données produites sont discutées entre les intervenants et les professionnels, d'abord individuellement, c'est l'autoconfrontation simple, puis, avec les deux agents, c'est l'autoconfrontation croisée. Conduits par l'intervenant, ces échanges visent à nourrir « une controverse professionnelle » sur les critères de la qualité du travail en sortant des discours convenus sur les empêchements habituels. Tous ces temps font l'objet d'un enregistrement vidéo. Le troisième temps organise un élargissement de la discussion au comité de suivi où des extraits de films d'activité et d'autoconfrontation croisée choisis par les intervenants sont présentés après avoir été validés par les professionnels. Il est important de souligner que la restauration de la conflictualité professionnelle à tous les niveaux n'est pas acquise d'avance.

Trois temps, plusieurs contextes, des destinataires différents dans chacun d'entre eux. La méthode organise en effet le « redoublement de l'expérience vécue » afin que les sujets puissent transformer l'expérience vécue d'un objet en objet d'une

² Chercheuse associée au Centre de Recherche sur le Travail et le Développement CRTD-CNAM.

nouvelle expérience vécue (Vygotski, 2003). Le vécu n'est pas, comme en analyse des pratiques professionnelles, un but. Il est un moyen de vivre de nouvelles expériences, dans de nouveaux contextes.

Les choses ne sont pas linéaires et les phases de l'action se chevauchent. L'ensemble de l'intervention est conçue comme un développement de la fonction du collectif : fonction psychologique de ressource pour que chaque professionnel personnalise davantage son activité propre, fonction sociale de ressource pour que l'organisation se transforme en organisation « apprenante » (Valeyre, 2006 ; Clot et Quillerou-Grivot, 2014).

Ce dispositif méthodologique cherche à produire des étonnements, des surprises, qui sont à l'origine de mouvements affectifs où « passions et actions se disputent la vie professionnelle » et que l'intervention en clinique de l'activité cherche à mettre au travail (Bonnefond et Clot, 2017). L'intervenant, de son côté, prend le risque de s'engager dans une activité transférentielle liée aux mouvements conflictuels du métier à différents niveaux hiérarchiques (Scheller, 2016 ; Perrot, 2017).

Didier Larchevêque : Au terme du CLACT, le climat s'est apaisé, les discussions se sont axées sur les questions de métiers en partant de séquences très concrètes, comme la confection des petits déjeuners.

L'attention s'est déplacée sur les conditions de réalisation de ces activités : les différentes manières de les réaliser, les difficultés rencontrées. Cela a permis de dépasser les conflits de personnes. En effet, une approche centrée sur l'activité menée, ouvre la discussion sur les conditions matérielles et implique l'ensemble des parties prenantes, les professionnels eux-mêmes mais aussi les services supports : hôtelier, technique, DRH.

Compte tenu de la forte implication des groupes de travail et de l'intérêt de la dynamique engagée, un nouveau dispositif est conçu au printemps avec le Cnam. L'objectif de cette nouvelle action financée par l'établissement vise à mettre en place un dispositif centré sur l'organisation du travail au sein de chacune de ces unités.

Mylène Zittoun : Cette seconde convention, qui vise la mise en œuvre d'un « Développement du dialogue sur la qualité du travail », prévoit ainsi d'instituer une controverse sociale sur le travail bien fait en vue de développer la santé et l'efficacité au travail. Dans ce cadre, il est prévu de créer un nouveau dispositif de délibération opérationnel sur la qualité du travail à tous les niveaux de l'Établissement.

Didier Larchevêque : Ainsi, des « référents métiers » désignés par leurs pairs récoltent les problèmes rencontrés par leurs collègues pour faire un travail de qualité et des propositions de résolutions. Ces problèmes sont hiérarchisés avec l'encadrement, puis présentés sous la forme d'un tableau dans une nouvelle instance : « l'instance de dialogue sur le métier » (IDM). Deux IDM sont créés.

L'IDM, qui regroupe deux référents de référents métiers, la directrice chargée du pôle concerné, la cadre, les responsables des services supports, deux représentants syndicaux, se réunit environ toutes les six semaines. Son rôle est la recherche de modifications concrètes à apporter aux problèmes retenus. Inventer ensemble

des solutions auxquelles personne n'avait pensé tout seul. Lieu de débat sur la qualité du travail, l'IDM multiplie les objections sans rechercher de compromis systématique.

Un « Comité d'établissement » présidé par le directeur réunit l'équipe de direction et les organisations syndicales. Garant du bon fonctionnement de l'intervention, son rôle est d'instruire les questions qui dépassent le périmètre de l'IDM et de prendre les décisions qui permettront de surmonter le problème posé le cas échéant et quand cela est possible.

À chacune de ces étapes, l'équipe du Cnam est présente. Cette présence est à la fois stimulante et permet dans les périodes perturbées - et nous en avons traversées, des référents de référents ayant même envisagé de quitter le dispositif dans un moment de crise - d'offrir un cadre ferme qui structure la discussion.

Au terme de 12 mois de fonctionnement, le dispositif apporte des bénéfices tangibles au fonctionnement des services concernés.

Ainsi, des problématiques relatives aux différents aspects de la prise en charge des résidents ont été mises en discussion par les référents métier et ont ainsi pu être instruites avec les différentes parties prenantes. Des indicateurs ont été choisis avec les professionnels et ont fait l'objet d'une restitution spécifique auprès des équipes.

Des solutions ont pu être construites au fur et à mesure : adaptation de la composition et consistance des repas, définition du soin, conception de la toilette, tenue civile professionnelle, aménagements intérieurs et extérieurs... Des questions difficiles, comme celle des plannings, compte tenu des contraintes financières, ont pu être abordées et ont permis après certaines tensions de trouver une organisation tenable pour les équipes et soutenable financièrement.

Mylène Zittoun : Des questionnements qui touchent concrètement et en profondeur à la définition de la qualité de la prise en charge du résident, sénile ou handicapé, dans tous les cas dépendant, ont été ouverts et ont permis, y compris dans les services, de déconstruire certains discours convenus sur la toilette, le soin, les activités, la manière de nourrir... Qu'est-ce qu'un soin ? Quelle toilette réaliser pour faire un travail de qualité ? « Complète, tous les jours » ? Ou « partielle, pour laisser une place aux activités et au maintien de l'autonomie et de la socialisation » ? Finalement, comment éviter l'écueil qu'un « lieu de vie » ne se réduise à un endroit où l'on « dort, mange, est lavé » ? Ces questions vives ont fait l'objet de débats animés dans les services entre professionnels. Elles ont été travaillées avec l'encadrement et la direction du pôle, au sein de la direction. Au-delà du déplaisir suscité dans un premier temps par le questionnement de ces activités sensibles, les différents acteurs, soutenus par l'activité transférentielle déployée par les intervenants au sein du dispositif, ont dit, dans un second temps, éprouver du plaisir à avoir pu sortir par la controverse professionnelle des discours convenus : « *on ne pourra plus revenir en arrière* » disaient-elles en fin d'intervention... Ces mouvements signent l'existence d'un développement effectif de l'activité, contre la passivité de l'organisation impersonnelle du travail (Bonnefond et Clot, 2016).

Didier Larchevêque : Ce dispositif a permis de faire émerger une autre façon d'envisager le travail réel et de réinterroger le positionnement de l'encadrement et de la direction. Si les professionnels ont su rapidement s'approprier le dispositif et en faire une ressource pour leur travail, il nous est apparu que pour l'encadrement intermédiaire, un temps d'appropriation a été nécessaire et doit faire l'objet d'une attention particulière. La pérennité du dispositif n'est envisageable que si son périmètre est partagé à tous les niveaux de la chaîne hiérarchique.

Compte tenu du retrait de l'équipe du Cnam fin 2017, le dispositif a été aménagé, les différentes étapes d'instruction des questions ont été précisées et une instance de pilotage tripartite avec la participation des référents de référents se substitue au comité d'établissement. L'objectif à terme étant de pérenniser le dispositif et de l'élargir aux autres unités de l'établissement.

Mylène Zittoun : Un des enjeux de cette intervention est l'articulation des rapports de la parole à l'action. Celle-ci passe par la contribution des salariés aux processus décisionnels sur leur travail. Le dialogue sur la qualité du travail est organisé à différents niveaux de l'organisation : le Service, le Pôle, l'Établissement.

Ce nouveau dispositif, co-construit avec la direction et en accord avec les organisations syndicales, met ainsi en jeu des référentes-métier désignées par leurs pairs, engagées dans la première action, elles instituent la fonction du collectif de travail comme moyen d'action dans l'organisation ; des instances de délibération et de décision sur le métier. C'est lors des comités de suivi de la première action que se sont construites les conditions de la contribution des professionnelles au dialogue sur le travail réel avec la hiérarchie et les syndicats. L'organisation de ce dispositif a conduit à des arbitrages organisationnels nouveaux qui ont été source de santé. « L'idée est justement d'assurer la pérennisation de l'initiative reprise par les professionnels après que l'échafaudage de notre intervention ait été retiré, lorsque nous quittons l'organisation. Si l'organisation du travail n'a pas changé en notre présence, si la coopération conflictuelle entre salariés, syndicats et hiérarchies que nous avons expérimentée avec eux ne peut pas être véritablement instituée, il y a un risque – toujours présent, toujours couru – que les libertés professionnelles reconquises régressent à nouveau (Clot, 2016). »

Rhizome : *Considérez-vous que certains professionnels sont « en souffrance » ? Le travail de la relation dégrade-t-il leur santé ? Pensez-vous que le travail peut être au contraire source d'une « bonne santé » ?*

Mylène Zittoun : La question centrale qui nous anime est bien celle de la santé des agents à différents niveaux hiérarchiques. Et cette question part d'abord des préoccupations des milieux de travail.

L'expérience clinique et scientifique a montré que la santé au travail est en danger quand le pouvoir d'agir des professionnels sur leur milieu décroît, quand ils perdent l'initiative sur ce qu'ils font et qu'ils ne parviennent plus à réaliser un travail de qualité, ni à se reconnaître dans ce qu'ils font. Peut alors s'installer un cycle délétère. Ce que les salariés ne parviennent plus à faire pèse sur l'ensemble de leurs tâches. Le sentiment d'impuissance l'emporte. L'activité est marquée par le renoncement

qui peut déboucher sur le ressentiment. C'est la répétition de ces empêchements qui peut être source de souffrance au travail, voire, de psychopathologie du travail. La souffrance au travail n'est donc pas première, elle est un des destins possibles de l'activité et de la qualité empêchées.

Ces situations sont délétères pour la santé des personnels et pour la vitalité des organisations. Elles privent en effet les premiers des sentiments favorables à la santé qui accompagnent l'efficacité au travail, et les seconds des initiatives des professionnels nécessaires pour produire un travail efficace.

Pour beaucoup des organisations contemporaines, le problème est alimenté par le refoulement des divergences, des points de vue sur la performance au sein et entre les différents métiers en acte. Dans de nombreuses situations, le travail de qualité est discutable sans qu'il ne puisse être discuté pour envisager de faire autrement (Clot, 2010). Ce processus prend racine dans des discordances entre critères de qualité tournés soit vers une performance globale ou « gestionnaire », soit vers la performance locale des métiers en situation réelle. Cette conflictualité ne trouve pas d'issue organisationnelle alliant efficacité et santé. Il est pourtant nécessaire de reconnaître cette conflictualité irréductible en l'institutionnalisant dans des cadres dialogiques réglés sur les critères de la qualité du travail pour construire des compromis dynamiques et ouverts entre différents points de vue (direction, organisations syndicales, professionnels), eux-mêmes en développement. C'est en effet le déni de la prise en compte des différences de points de vue sur la qualité du travail – même entre les salariés – qui est à l'origine du mal-être au travail.

Sur l'autre aspect de votre question relative aux effets d'un travail de la relation à l'autre, je voudrai préciser les choses suivantes :

Quand l'objet travaillé est matériel, le geste se voit, le collègue peut toucher ce que l'autre fait. Il y a un côté immédiatement visible du geste professionnel qui rend la controverse presque spontanée.

Plus on va vers les services, plus l'objet travaillé c'est la relation à l'autre, l'autre, comme objet de son travail et, parfois, comme source potentielle de préoccupation. On est confronté à des conflits de critères nouveaux, par exemple : « qu'est-ce qui est juste, ou pas ? », « qu'est-ce qui est bien, ou mal ? », « qu'est-ce qui est vrai, ou faux ? »

Quand l'objet du travail se déplace au niveau des personnes, les conflits de critères se déplacent aussi, on les retrouve du côté des valeurs.

Dans ce cas, comme dans vos métiers, le travail est moins visible, toutes ces questions deviennent plus compliquées, et il est nécessaire de l'instruire autrement.

Le travail est plus intense (pas seulement au sens de l'intensification de la charge de travail, même si cette question est à prendre au sérieux), car il pose les questions de sens et de l'efficacité autrement quand le rapport à autrui est au coeur de l'activité. Dans une toilette se joue toute la dignité d'une personne mais aussi d'un métier.

Toutes ces questions complexes ne peuvent se régler en dehors de l'organisation systématique de controverses de métier car ce travail est très difficile à prescrire. C'est à cette condition que le travail peut devenir un pouvoir d'agir.

Rhizome : Quels dispositifs de soutien sont proposés aux professionnels ? Quels sont les dispositifs d'action et à qui se destinent-ils ?

Mylène Zittoun : Tout d'abord une petite précision, la définition de la santé que nous suivons se réfère aux travaux de Canguilhem, médecin et philosophe de la médecine qui écrivait : « Ce qui caractérise la santé c'est la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles (Canguilhem, 1984, p. 130) ». Pour cet auteur, quand il évoque le travailleur, sa résistance aux « mesures qui lui sont imposées du dehors doivent donc être comprises autant comme des réactions de défense biologique que comme des réactions de défenses sociales et dans les deux cas comme des réactions de santé » (Canguilhem, 1984, p. 130). Il est donc important que les professionnels « saisissent le sens de leur travail et se situent eux-mêmes au sein du nouveau milieu, c'est-à-dire en fin de compte qu'ils réfèrent à eux-mêmes le milieu en même temps qu'ils se soumettent à ses exigences » ; conditions à partir desquelles le professionnel « cesse de se sentir objet dans un milieu de contrainte pour s'apercevoir sujet dans un milieu d'organisation (Canguilhem, 1947, p. 129) ». La santé est ainsi définie comme un processus créatif, elle est un pouvoir d'agir. Être en santé c'est se sentir efficace, acteur des choses, c'est éprouver au moins de temps en temps la fierté du travail bien fait, car il existe un lien profond entre santé et qualité du travail, entre santé et créativité.

Dimension multicritère et discutable par essence, la notion de qualité est une ambivalence. À la fois source de plaisir, de fierté et de satisfaction, elle porte en elle les ressorts de la santé. Mais, dégradée, malmenée ou déniée, elle se retourne contre celui qui travaille, peut conduire à une perte de confiance, un mépris de soi et des autres, à la honte jusqu'à en faire une maladie. On devine aisément sur ce seul enjeu à quel point la qualité empêchée peut être un facteur de risque et concourir à dégrader la santé.

On est loin ici des approches victimologiques où les salariés sont regardés a priori comme des sujets faibles à « soutenir ». Le paradigme est inversé et il s'agit de donner à ceux qui travaillent les moyens organisationnels de « prendre soin de leur métier » (Fernandez, 2008). À Grugny, les professionnelles ont pu « *soutenir* » leur métier dans l'organisation. C'est un ressort de la santé psychique et physique.

Notre cadre théorique³ considère que la santé au travail est nourrie par les conflits, désaccords, controverses professionnelles constructives. Notre intervention visera même leurs développements collectifs et ce, à tous les niveaux dans l'organisation du travail.

Dans la commande initiale, l'EPD de Grugny visait la mise en place d'une recherche co-construite visant à prendre en compte les dimensions psychosociales de son activité.

³ Cette perspective est développée par Yves Clot (1995-1998) et l'équipe clinique de l'activité.

Il y avait cette volonté que le « sens de l'action » conduite par l'établissement rejoigne le mieux possible les aspirations de chacun à réaliser un travail de qualité, étant entendu que les conflits de critères sur la qualité du travail sont plus intenses quand l'objet de ce dernier sont des personnes dépendantes.

Le second contrat avait pour but de donner une suite à ce premier travail en centrant l'action sur l'organisation du travail. Celle-ci conditionne en effet la possibilité de déployer les résultats obtenus lors de la première expérimentation conduite. Il s'agissait d'inventer des formes instituées de dialogue avec les participants, quelle que soit leur place dans la division du travail et dans le système hiérarchique.

Une nouvelle voie d'action était explorée dans le rapport santé, travail et organisation. Contrairement aux approches gestionnaires des risques psychosociaux elle prend comme objet la qualité du travail, sa conflictualité sociale et psychologique. Il ne s'agit plus de prévenir des dits risques psychosociaux, mais de développer les ressources psychologiques et sociales de l'établissement.

Rhizome: Est-ce que vos actions ont une dimension groupale ? Les intervenants de « première ligne », les cadres et le(s) dirigeant(s) sont-ils conviés aux mêmes actions ?

Mylène Zittoun : On entend souvent dire dans le champ de la prévention en santé au travail qu'il faudrait revenir au collectif, comme si le collectif pouvait devenir un rempart contre la souffrance au travail. Or, il y a collectif et collectif. Le collectif que nous défendons n'est pas une collection d'individus. Et dans cette perspective, ce que l'on partage déjà, est moins intéressant que ce qu'on ne partage pas encore. Le collectif de travail est foncièrement hétérogène (Clot, 2010).

L'entretien de cette hétérogénéité se fait par l'instauration de la dispute professionnelle qui, sur le plan psychologique, est une activité sociale. C'est une activité sociale qui, telle qu'elle est organisée dans nos dispositifs méthodologiques, fait passer le collectif à l'intérieur de chaque professionnel où cette dispute se poursuit qu'il le veuille ou non. Du coup, la personne n'est plus seulement dans un collectif, c'est le collectif qui glisse dans la personne. Il s'y reconvertit en dialogue intérieur au service de son activité propre. Le collectif dont il est ici question, permet à chacun de « prendre des libertés » avec lui (Clot, 2010). La controverse professionnelle, l'institution dialogique de la dispute de métier, se mesure à la tâche de rompre l'habitude, de fuir les déplaisirs du réel dans les échanges professionnels. L'objet de cette clinique-là est d'instruire, avec le moins de faux-semblants possible, les dossiers du travail « bien fait » à jamais discutables par définition et si difficile à discuter (Clot, 2018). C'est la fonction sociale du collectif.

Du coup, ce collectif-là n'est plus seulement une appartenance à honorer ou une contenance à adopter, mais un instrument de travail sur le travail, très personnel, à user et à « maintenir » ensemble. Nous suivons Lev Vygotski qui souligne que « l'individuel chez l'homme n'est pas le contraire du social mais sa forme supérieure (2004, p. 236). »

Contrairement au groupe de parole qui est très souvent présenté comme une

alternative pour travailler à partir du « vécu » la relation subjective aux patients, notamment à l'hôpital (Ruszniewski, 1999 ; Litim, Prot, Roger, Ruelland, Yvon, et Clot, 2005), ici, c'est dans l'organisation de l'activité des soignants eux-mêmes avec la ligne hiérarchique que la source des différents symptômes de la souffrance est recherchée.

Rhizome : *Accordez-vous de l'importance au « pouvoir d'agir » des professionnels ? Faites-vous participer les bénéficiaires « usagers » à vos actions ?*

Mylène Zittoun : Si, comme cela a été montré, la place accordée à la parole et à l'action des professionnels à tous niveaux hiérarchiques est centrale dans ces dispositifs, les bénéficiaires usagers n'ont pas été associés à ces actions. Non pas par désintérêt pour eux car ils sont les destinataires des actions mises en place. Un chantier reste peut-être à ouvrir dans cette perspective, mais il suppose au préalable que le débat sur la qualité du travail soit institué et assimilé au sein de l'établissement.

Rhizome : *Est-ce que pratiquement, comme conceptuellement, votre intervention se distingue de l'Analyse des Pratiques Professionnelles ?*

Mylène Zittoun : Notre idée n'est pas de rendre le vécu mieux supportable. C'est qu'il devienne un moyen de vivre autrement dans toute l'organisation. L'organisation de l'Établissement est devenue un peu mieux un moyen de donner un autre destin à ce qui, dans le travail quotidien, « aurait pu se faire sans pouvoir se faire » et à « ce qui pourrait se faire », c'est-à-dire le réel de l'activité possible.

C'est au moyen de réalisations nouvelles que le réel de l'activité empêchée peut se modifier ou se réorganiser : c'est uniquement en mouvement qu'un corps montre ce qu'il est, dit Lev Vygotski (2014). C'est aussi quand elles se transforment et l'organisation avec elles qu'on peut comprendre les pratiques.

L'analyse du « vécu » est un moyen de cette transformation pour nous et non pas son but.

La subjectivité réelle n'est pas l'expression du « vécu », c'est l'histoire réelle de la subjectivité entre des activités réalisées et au-delà de ces activités : nous nous essayons donc à de nouvelles réalisations, même organisationnelles avec toutes les parties prenantes.

BIBLIOGRAPHIE

- Bonnemain, A. (2016). *Les paradoxes de l'intensité affective dans l'autoconfrontation : L'exemple de l'activité dialogique des chefs d'équipe de la propreté de Paris*. Thèse pour le Doctorat : Cnam.
- Bonnemain, A. et Clot, Y. (2017). *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Chapitre: Clinique de l'activité : les affects dans l'autoconfrontation. Dunod.
- Bonnefond, J. Y. et Clot, Y. (2016). Les affects et leur destin dans l'intervention. *Activités*. Repéré à <http://journals.openedition.org/activites/2895>
- Canguilhem, G. (2015). *Résistance, philosophie biologique et histoire des sciences*. Œuvres complètes, tome IV. Paris : Vrin.
- Canguilhem, G. (1984). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF.
- Clot, Y. (2013). Les suicides au travail. Un drame de la conscience professionnelle ? *Activités*, 10(02). Repéré à <https://journals.openedition.org/activites/716>.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La découverte.
- Clot, Y. (2016). Questions autour de la clinique de l'activité. *Nouvelle revue du travail*, 9. Repéré à <http://journals.openedition.org/nrt/2900>
- Clot, Y. (2017). Travail et affectivité. « Préface ». Dans Y. Clot, *Travail et pouvoir d'agir*. « 2^{ème} édition ». Paris : P.U.F.
- Clot, Y. (2018). Entre psychique et social : la double fonction du collectif. Colloque de la Fédération des ateliers de la psychanalyse. *La psychanalyse, la santé, le vivant*. Paris.
- Clot, Y., Faiña, D., Fernandez, G. et Scheller, L. (2001). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Éducation Permanente*, 146, 17-26.
- Clot, Y. et Quillerou-Grivot, E. (2014). La qualité du travail, un problème avant d'être une solution. Dans D. Lhuillier, *Qualité du travail, Qualité au travail*. Toulouse : Érès.
- Fernandez, G. (2008). *Soigner le travail*. Toulouse : Érès.
- Litim, M., Prot, B., Roger, J.-L., Ruelland, D., Yvon, F. et Clot, Y. (2005). *Enjeux du travail et « genres » professionnels dans la recomposition en cours des métiers de la fonction publique. Le cas des professeurs de l'enseignement secondaire et du personnel soignant de gériatrie*. Rapport pour le Ministère de la Recherche. Paris : Cnam.
- Miossec, Y., Donnay, C., Pelletier, M. et Zittoun, M. (2010). Le développement du collectif : un moyen durable de prévention de la santé au travail ? *Nouvelle revue de psychosociologie*, 10(1), 194-208.
- Perrot, E. (2017). *L'activité transférentielle une ressource au service du développement du métier : le cas des agents d'escale et de service commercial en gare*. Thèse pour le Doctorat. Cnam.
- Reille-Baudrin, E. et Zittoun, M. (2015). Meurtre de deux inspecteurs du travail dans l'exercice de leur métier : retrouver l'événement pour sortir de l'angoisse. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 19(1), 65-78.
- Ruszniewski, M. (1999). *Le groupe de parole à l'hôpital*. Paris : Dunod.
- Scheller, Livia. (2013). Travail, affects, activité transférentielle. *Activités*, 12-2.
- Valeyre, A. (2016). Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'Union Européenne : des situations contrastées selon les formes d'organisation. *Centre d'études de l'emploi*.
- Vygotski, L. S. (1929/2004). *Psychologie concrète de l'homme*. Dans M. Brossard, *Lectures et perspectives de recherche en éducation*. Villeneuve d'Ascq : Septentrion.
- Vygotski, L. S. (2003). *Conscience, inconscient, émotion*. Paris : La Dispute.

Gaia Barbieri

Psychologue clinicienne
 Doctorante en psychologie clinique au Centre de
 Recherches en Psychopathologie et Psychologie
 Clinique (CRPPC), Université Lumière Lyon II
 Consultante de recherche à l'Orspere-Samdarra
 Lyon

Georges Gaillard

Professeur de Psychopathologie et Psychologie clinique
 Responsable de la Formation à partir de la pratique (FPP)
 et du DU Analyse de la Pratique et régulation
 institutionnelle (DUAPR)
 Université Lumière-Lyon II
 Lyon

ÉVAPORATION DE LA RESPONSABILITÉ COLLECTIVE ET DISPOSITIFS D'ÉTAYAGE

« 'Avez-vous besoin d'aide ?'
 'De quelqu'un qui me tue.' »

À cette réponse je m'arrête complètement. Elle est plus accroupie qu'assise par terre, au bord du chemin. Sa posture comprimée, comme si elle avait mal à l'estomac, m'a fait sortir ma proposition d'aide. D'ailleurs, c'est la coutume montagnarde. (De Luca, 2005) »

« *It's still day one !* » Au siège parisien d'Amazon, parmi le flux continu d'informations qui défilent sur les écrans muraux, une phrase apparaît en leitmotiv : « *C'est toujours le premier jour.* » N'importe quel salarié serait prêt à expliquer (avec enthousiasme) le sens de ces mots au visiteur perplexe. Il s'agit, en effet, d'afficher « l'esprit-start-up » du colosse multinational ; une vision du monde à laquelle tout professionnel se doit d'adhérer, afin d'alimenter l'innovation, la vitesse, et l'éternelle jeunesse de l'entreprise, en esquivant le danger de se retrouver tout d'un coup au « *day two* », un jour plus près du déclin, de la stase, de la mort¹. Cette phrase est répétée inlassablement, de façon conjuratoire, afin de fixer une identité collée à l'instant, amputée de toute profondeur historique. Creusée par une négativité implacable, elle sert d'étendard aux valeurs dominantes et à l'idéologie de l'hypermodernité. Elle infiltre l'ensemble des organisations sociales et s'impose aux instances du « *vivre ensemble* », à la construction du sujet contemporain, et à son imaginaire. Naturellement, l'ensemble de l'organisation du travail n'échappe pas à la contagion : l'« *uberisation*² » des entreprises est à l'œuvre et « *l'esprit-start-up* » transfigure les institutions publiques, et partant, les institutions du soin et du travail social. Celles-ci n'en finissent pas de s'hybrider avec le secteur privé, et de se soumettre à des logiques marchandes lors-même qu'elles relèvent d'une logique de redistribution sociale et du bien commun (Enriquez, 1987 ; Gaillard, 2015).

¹ Sur « l'esprit-start-up » d'Amazon et son impact sur les processus de subjectivation contemporains, cf. Nicoli et Paltrinieri, 2017.

² Nous aurons à revenir sur cette notion au fil du texte.

³ Commencée en novembre 2016, cette recherche a été menée dans le cadre de l'Orspere-Samdarra, en partenariat avec le Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique de l'Université Lyon II.

À partir d'une recherche portant sur des dispositifs d'étayage dans la clinique psycho-sociale³, nous souhaitons proposer quelques réflexions sur le primat de l'économique et ses effets sur les *institutions sanitaires, sociales et médico-sociales* et simultanément sur les *dispositifs de soutien* consacrés aux professionnels de ces institutions. Nous nous attacherons à mettre au jour quelques caractéristiques du « marché » de l'analyse de la pratique, et à regarder l'« uberisation » de la responsabilité collective. Nous terminerons en évoquant les germes de nouveaux espaces d'étayage, qui seraient en mesure de faire front, voire de restaurer de la responsabilité partagée.

4 Il est possible de faire remonter l'origine des groupes d'AdP à Freud (1926), et à la coupure épistémologique qu'il introduit autour de la notion de formation (Ausbildung) en psychanalyse ; une formation qui doit prendre appui sur l'expérience subjective, sur l'interrogation et le compagnonnage plutôt que sur le modèle. Nous sommes dès lors du côté de la psychanalyse de contrôle. Ceci conduira à la supervision des analystes, qui, dans les années 1960, commencera à devenir collective. Cette modalité de supervision s'enracine également dans les Groupes Balint, initiés en 1945 par le Dr. Balint (fondateur de la Tavistock Clinic de Londres). Il s'agit de petits groupes de médecins se réunissant pour penser ensemble le transfert (compagnie d'investissement mutuel) dans la relation médecin-patient, guidés par un psychanalyste, et à partir d'un « cas » posant question. Dans les années 1950, l'AdP est spécialement investie par les équipes de travailleurs sociaux, selon le paradigme du case-work. Ce qui est fondamental dans ces pratiques, est leur focus non pas sur une notion normative du travail, mais sur les implications relationnelles et symbolisantes de l'accompagnement social ou médical.

Les dispositifs d'étayage

Les dispositifs d'étayage sont eux aussi aux prises avec la marchandisation du monde. Ce sont l'ensemble des espaces, et des dispositifs, qui ont fonction transitionnelle, qui au travers des bouleversements sociaux en cours sont les premiers détruits (Gaillard et Pinel, 2011). Ces remaniements ont de lourdes conséquences sur la clinique, l'entraînant dans ce flux statuant sans fin « *It's still day one.* » S'il faut l'entendre comme un nouveau mot d'ordre, il commande une mono-chronie. Tel est le signe de la négativité politique propre à notre monde contemporain, banalisant la destitution des figures de l'altérité et de l'hétéronomie, et déterminant *l'évaporation de la responsabilité collective.*

Commençons par dire un mot rapide des dispositifs d'après-coup à visée élaborative et transformationnelle. Ces dispositifs désignés comme dispositifs de *soutien, de régulation, de supervision, d'analyse de la pratique, etc.*, sont proposés prioritairement aux professionnels engagés dans la clinique. Il s'agit d'une praxis d'étayage de la professionnalité de celles et ceux qui travaillent dans le cadre de relations de soin et/ou d'accompagnement (dans les champs du soin, du travail social, à l'interface de ces champs). L'Analyse de la Pratique (AdP) et le Groupe Balint⁴ sont les figures paradigmatiques de ces dispositifs groupaux. Leurs configurations spécifiques vont être définies et découpées, en lien avec la demande de l'institution et celles des professionnels eux-mêmes, à partir de l'analyse que peut en faire l'intervenant (en lien avec sa capacité d'entendre et de travailler avec certains ordres de complexité et des hypothèses qu'il sera parvenu à construire autour des niveaux de nouages sur lesquels il conviendrait de s'engager : lien aux « usagers », liens d'équipe dans la corrélation avec les « usagers », nouages avec les dynamiques historiques de l'institution, etc.). De tels groupes peuvent dès lors réunir l'ensemble des professionnels d'une même équipe – incluant ou pas les responsables administratifs et médicaux ; ils peuvent ne s'adresser qu'à une catégorie de professionnels (les éducateurs, les soignants), être proposés par un établissement en transversalité sur plusieurs services, etc. Ces espaces se caractérisent par une mise en place d'une rythmicité. Ils visent à créer un espace autoréflexif suffisamment sécurisé, à même de permettre aux professionnels de se dégager

de l'engluement dans l'archaïque et des charges d'affects liées aux dynamiques transférentielles qui se déploient dans les rencontres cliniques, et qui entrent en collusion avec les dynamiques institutionnelles.

L'intervenant extérieur (souvent, mais pas forcément, un psychologue), est supposé incarner un point d'extériorité, et autoriser dès lors le groupe à un travail d'auto-réflexivité. « Réflexivité » signifie en somme que, dans cet espace-temps, les professionnels tissent une élaboration de leurs subjectivités au travail - subjectivités singulières s'articulant dans une subjectivité collective, dans une conflictualité, gage d'une différenciation suffisante. Une parole inquiète, en devenir et saturée d'affects, non réductible à un *discours*, concerne la pratique de chacun ; elle devra être écoutée et transformée au travers du groupe. Nous sommes en cela très éloignés de la fixation à un « *day one* » et à la mêmété qui lui est inhérente. S'il y a du collectif, il y a de l'autre (potentiel), et la chaîne discursive qui est à même de se déployer fabrique de la temporalité, en éloignant les professionnels de ce « jour sans fin⁵ », de sa résonance avec une fixation traumatique.

Traces d'une recherche

Au cours d'une recherche autour de ces dispositifs de soutien, intitulée : « *La clinique psychosociale et les dispositifs de soutien aux professionnels* », nous sommes partis d'un constat : depuis les années 2000, on observe une multiplication exponentielle des instances proposant différentes formes d'accompagnement aux professionnels de la relation. D'où la question : est-ce qu'une telle profusion d'aide aux aidants aurait à voir avec les évolutions récentes des institutions qui pratiquent la clinique psychosociale⁶ ? Est-ce que les déstabilisations, voire les destructions de la vie institutionnelle - les réductions budgétaires, parfois drastiques, l'hégémonie de la logique du management gestionnaire (Gaillard et Pinel, 2011), les mouvements de privatisation, de standardisation et d'évaluation des pratiques, l'usure des solidarités internes aux corps de métier - donnent un nouveau sens aux espaces d'aide à la relation ? (Ravon et Laval, 2005) Nous avons mis au travail cette interrogation, en premier lieu dans le cadre d'une (petite) enquête de terrain, qui nous a conduit à interviewer douze professionnels qui interviennent au sein de huit dispositifs de soutien. Nous avons, dans un second temps, repris ce matériau au sein d'un séminaire réunissant un groupe de chercheurs et de praticiens en psychologie et en sociologie, qui eux-mêmes animent des dispositifs de soutien-régulations et/ou de formation. À partir de cet ensemble de matériaux nous proposons de problématiser les processus de marchandisation dans lesquels sont prises les institutions de l'accompagnement clinique et social et les dispositifs qui tentent de les étayer.

Rappelons qu'il est ici question d'institutions qui œuvrent auprès de sujets en errance, de sujets « *mésinscrits* », et dont la fonction est bien de « ravauder la trame symbolique » constitutive du *socius* (Henri, 2004, 2009). Une instance radicale-

⁵ Il est en effet bienvenu de penser la temporalité du « jour sans fin », de ce « *day one* », indépasseable, comme la parfaite illustration de l'installation du sujet et/ou du groupe, dans le temps du traumatisme en refus d'élaboration.

⁶ La clinique psychosociale est définie par le fondateur de l'Orsperre, le Dr. Jean Furtos, comme une clinique « 100 % psychique et 100 % sociale », une pratique « transversale que l'on peut prendre d'un côté ou d'un autre, avec un besoin de réseaux à intervenants complémentaires et d'une théorie de la pratique métissée (Furtos, 2015).»

ment négative serait en train de transformer de l'intérieur la raison politique de ces institutions, la comprimant dans la *ratio* machinique des flux monétaires. Soyons clairs : la négativité opérant au cœur du traitement des plus vulnérables n'est pas un produit de la marchandisation contemporaine. La mission propre aux institutions de la mésinscription, celle d'instituer du sujet, en protégeant le corps social des « trous noirs » de la psyché et des « trous noirs » de l'Histoire qui caractérisent le « déshumain » (Fédida, 2007), est inextricable d'un assujettissement. Afin d'humaniser (soigner, éduquer, insérer...) les « déviants », ces institutions les assignent à un état d'exception, mettant en suspend leur appartenance au droit commun (Agamben, 2005). Il s'agit dès l'origine de pactes dénégatifs (Kaës, 1993) : là où la société affiche une volonté de subjectiver, elle voile dans le même temps un mouvement de « refus⁷ » de ces sujets renvoyés du côté du déshumain. La marchandisation des liens, « le Divin Marché » (Dufour, 2007), se superpose à cet horizon politique et construit une forme de négativité inédite.

Trois caractéristiques du « marché » de l'Analyse de la Pratique

La notion d'un « marché » de l'analyse de l'AdP a émergé systématiquement tout au long de notre recherche, tout à la fois au travers des mots employés par les personnes interviewées que dans le cadre du séminaire réflexif. Mais tous les marchés ne se valent pas. L'espace marchand se déployant dans la représentation des intervenants en AdP qui ont réfléchi avec nous, est marqué par trois propriétés principales : l'*échelle* (quasi) *industrielle* (les organismes proposant de l'AdP travaillent avec un nombre tout à fait conséquent de groupes, la demande des institutions ne faisant que croître), l'*incohérence* (la référence aux Groupes Balint est de plus en plus faible et l'on assiste à un foisonnement « sauvage » de dispositifs de soutien improvisés ; les « bricolages » spécifiques semblant alors relever d'une réactivité plus que d'un travail de mise en pensée élaborative, référée à des arrières-fonds théoriques suffisamment consistants), et l'« uberisation » (les intervenants travaillent le plus souvent en tant qu'*auto-entrepreneurs*, parfois affiliés aux grands organismes de l'AdP, qui ont plus la forme d'un réseau que celle d'une institution). Le tableau dressé par nos interlocuteurs est alors celui d'un espace marchand résolument *néolibéral*⁸, où la condition paradoxale des intervenants est celle de devoir étayer des groupes sans être eux même référés à des instances tierces suffisamment étayantes, à des espaces permettant de scénariser les transferts dans lesquels les intervenants se retrouvent pris.

⁷ Nier le refus correspond à une double négation, qui serait, selon le philosophe Roberto Esposito (2018), l'élément fondateur de la politique moderne, à partir de la théorie du souverain de Hobbes (le Léviathan, seul véritable sujet politique, négation du négatif de l'état de nature), jusqu'à la conception de l'ennemi de Carl Schmitt (le conceptualisant comme ce qui nous remet en question en tant que figures), en passant par la théorie psychanalytique de la négation (Verneinung) de Freud.

⁸ Nous rappelons au passage l'opposition étudiée par Michel Foucault (1979) entre ordolibéralisme allemand et néolibéralisme américain.

Figures de l'uberisation

La dernière des trois instances qu'on vient de mettre en exergue, l'*uberisation*, mérite une attention particulière. Par ce néologisme, on désigne un changement radical, qui advient dans le secteur tertiaire, effaçant tout intermédiaire entre le

pourvoyeur du service et son client ; tout intermédiaire sauf un : l'entreprise par laquelle ils doivent passer pour se mettre en lien (Uber, Amazon, AirBnB, BlaBla-Car, Flixbus). Ces entreprises vendent des services en mobilisant des personnes qu'elles n'embauchent pas et des biens qu'elles ne possèdent pas ; ceci dans une pseudo « libre concurrence », alors même qu'elles se constituent en monopoles privés incontestés. Si les effets économiques de ce phénomène sont considérables, les effets sociaux le sont tout autant. L'uberisation pénètre les échanges informels entre les personnes, transformant les logiques du don (l'auto-stop, l'hospitalité d'un voyageur, la circulation d'un livre...) en autant d'occasions de rapports marchands. Chacun se devant d'agir en entrepreneur de soi-même. Par où l'on voit comment tout sujet est aux prises avec la tentation de participer à une marchandisation du monde.

En effet, une telle transformation historique actualise une figure qui s'est imposée à nous dans le cadre de notre séminaire réflexif : l'*individu auto-engendré*⁹, pour lequel la *liberté* est une obligation inaliénable. Le corollaire d'une telle liberté est une forme de responsabilité centripète. L'individu auto-engendré est en effet le modèle tant du bon professionnel que du bon « usager ». Chacun à son échelle est appelé à s'auto-contrôler, s'auto-évaluer, à s'activer et devenir responsable (quasi exclusivement) de soi-même. Les attitudes et les compétences de chaque individu sont considérées comme un capital à gérer, à accroître et à investir. Honte à ceux qui dissiperont leur capital (humain), honte à ceux qui ne feront pas l'effort de se relever après un échec. Ils seront expulsés du corps social. La souffrance au travail que les intervenants interviewés essayent de traiter semble inextricablement liée au modèle normatif d'un individu auto-engendré, qui correspond à l'obligation morale à être un travailleur indépendant, soit faire de soi-même sa micro-entreprise, accepter de prendre des risques et se relever en cas de chute. Si la clinique psychosociale est une praxis polyphonique, un agencement de liens porteurs de sens, elle court le risque d'être sacrifiée sur l'autel de l'autonomie. Là où la dépendance est proscrite, aucun soin collectif n'est possible, chacun étant sommé de transparence, d'efficace, de traçabilité. Dans un tel brouhaha de réponses individuelles, la responsabilité collective s'évapore. Nous proposons de penser cette évaporation de la responsabilité collective en tant que prototype d'une nouvelle négativité politique, ouvrant à une mise en tension avec le travail de culture, la *kulturarbeit*, au sein des institutions contemporaines.

⁹ Le héros d'un dessin animé, Kirikou, a émaillé nos échanges, dessinant une individualité auto-produite : Kirikou s'enfante tout seul, se nomme tout seul, se lave tout seul... Ceci n'est toutefois que la première partie de son histoire. Celle-ci l'amènera, en effet, à prendre place dans un processus transgénérationnel, et à délivrer la génération et la temporalité « fétichisées ».

La responsabilité collective...

Il faut préciser le sujet d'une telle évaporation. La « responsabilité collective » concerne une modalité d'être au monde spécifique, une subjectivité qui a habité la modernité et ses grands récits (Lyotard, 1979). Cette subjectivité est le fondement de la démocratie, car elle articule une forme de liberté et une forme d'imputabilité essentiellement inclusives de l'altérité – une liberté et une imputabilité qui fonc-

tionnent précisément parce qu'elles s'altèrent. La « responsabilité collective » met en tension une *initiative* individuelle spontanée et une *réponse* à une demande qui viendrait d'autrui. Il s'agit de supporter une liberté qui, tout en incluant une partie d'autonomie, ne saurait s'y réduire : on ne peut être ni responsables, ni libres, hors d'une perspective intersubjective et trans-subjective dans laquelle le visage et le langage de l'autre *nous appellent à répondre* (Lévinas, 1961). On voit bien comment le groupe, ce « singulier pluriel » (Kaës, 2007) instituant le sujet humain, trouve son sens dans cet horizon de liberté – celle d'être responsable pour autrui, et notamment *pour un autre en détresse* (Hilfflosigkeit), *un autre vulnérable* (Schneider, 2011).

Or, seul l'espace politique du groupe est à même de faire fonctionner une subjectivité conflictualisée qui inclue l'altérité sans la nier, sans la dissoudre dans le « même », les valeurs morales et l'idéologie que ce « même » incarne. Pour que ce processus puisse fonctionner, il est nécessaire de faire face au négatif qui se loge dans la rencontre et se présente dans la relation d'aide, *id est*, le scandale de la vulnérabilité de chacun des sujets impliqués dans cette relation, et leur *dépendance*. Celle-ci n'est jamais unidirectionnelle : lorsque A dépend de B, l'identité de B – et pas seulement celle de A ! – est prise par cette dépendance, elle en est définie. Loin d'être un sauveur tout-puissant, celui qui aide s'expose au risque de sa propre faiblesse. D'ailleurs, le fait de recevoir de l'aide renvoie inévitablement à sa propre finitude, à sa propre mort. À la question : « Avez-vous besoin d'aide ? », la réponse du personnage d'Erri De Luca (2003) est radicale « De quelqu'un qui me tue. » Heureusement, l'interlocuteur se rend disponible pour entendre le sens de ces mots, dont l'une des traductions pourrait être : *j'ai besoin de quelqu'un de tellement libre et responsable, qu'il pourrait m'accompagner dans ce qui est en menace de me tuer. J'ai besoin de quelqu'un qui puisse répondre à ces mouvements mortifères à partir de son humanité de vivant, en acceptant de se laisser travailler par le négatif qui menace de me submerger et de me détruire.*

... S'évapore ?

L'évaporation de la responsabilité collective met en place une nouvelle négativité du politique – elle infiltre le politique à partir du primat de la gestion, de la finance et de la technique. Il s'agit bien d'une *négation du négatif*. Elle a trait à ce fondement de la relation qu'est la dépendance. Les nouveaux leurres présentés comme « valeurs de l'hypermodernité » infiltrent les métiers de la relation jusqu'à nier toute possibilité de dépendance. Chaque professionnel est appelé à répondre exclusivement de ses « actes », dans le même temps où chaque « usager » est sommé de se montrer capable, autonome, activable (dans une invite à l'*empowerment*, à mettre en œuvre son pouvoir d'acteur, son acte-pouvoir (Mendel, 1992)). Responsabilité et liberté relèvent dès lors de la sphère du privé, elles perdent toute vectorisation vers l'*alter*, et toute épaisseur politique, en se réduisant à des bribes du capital

humain individuel, des ressources egocentrées à investir sur le marché. Évacué le négatif de la dépendance mutuelle, l'institution s'aplatit dans une positivité sans ombre. La mise en réseau de professionnels et d'usagers autocentrés est de moins en moins reliée à un espace d'appartenance, à une pratique située, aux *effets de présence* (Avron, 2012) d'un groupe, d'une équipe qui partage du vivre ensemble : elle devient flottante, désincarnée, agencement éphémère d'auto-entrepreneurs.

Face à cette négativité inédite, qu'en est-il des dispositifs de soutien aux professionnels ? Nous avons pu mettre à jour deux nouvelles polarités de l'AdP et de ses dérivés : un dispositif aligné aux valeurs dominantes, déployant une négation qui a la forme d'une *positivité totalisante*, ou, *a contrario*, un espace éminemment politique, subjectivant, où la négativité institutionnelle peut être interrogée, jusqu'à ce qu'on trouve une possibilité d'*affirmation* du sens de son travail. Nous observons donc l'émergence d'une opposition *positivité vs affirmation*. Dans les lignes qui suivent, nous tenterons de la rendre sensible.

Positivité

Les dispositifs de soutien peuvent glisser vers une fonction « hygiénique », de dépôt, et dans le meilleur des cas, de localisation et de traitement des déchets de l'institution. Certains intervenants illustrent les vertus de ces « espaces de dépôt » désintoxiquant l'environnement de travail, selon une logique écologique du recyclage. Le négatif de la vie institutionnel (l'angoisse, la violence...), intraitable dans les instances ordinaires du travailler ensemble, devient traitable et même transformable en ressource positive là où un *expert* (des « bonnes pratiques », ou de la « communication non-violente », ou du rôle de « tiers » qu'il est persuadé d'incarner) peut orienter la pensée collective (au risque d'une stérilisation de la pensée, ou d'une dérive sectaire). Une telle pensée court le risque de se fixer sur les difficultés institutionnelles, de s'exprimer en forme de « plainte », de « bureau des lamentations » et de « revendications » ; elle peut aussi se laisser guider par une dynamique plus « efficiente », vers la résolution des conflits et l'examen des problématiques concrètes de la pratique professionnelle auprès des usagers. Il nous semble entendre ici l'écho du discours dominant, celui qu'il convient d'afficher sur la plaquette publicitaire qui promeut l'activité des intervenants ubérisés, afin de trouver acheteur, écho direct des sujets zélés de l'« *esprit-start-up* » prescrit par les règles du marché – ici celui de l'aide aux aidants. L'AdP *positive* réduit les zones clairs-obscurés de la vie institutionnelle à des matériaux toxiques, s'assignant un rôle de machine à recycler. La visée est une pacification du négatif, avant même qu'il puisse être reconnu en tant que négativité à l'œuvre dans le lien. La positivité forcenée d'un tel projet ne laisse pas de place à la souffrance des équipes, ni au sens qu'elle peut véhiculer ; la souffrance étant considérée comme un empêchement à une « bonne » configuration dé-conflictualisée et atemporelle contribuant à l'efficacité du marché, dans le *hic et nunc* d'un premier jour libéré du poids de l'his-

toire institutionnelle et de ses zones d'ombre ; un *day one* qui ne s'achève jamais.

Affirmation

Une profonde inquiétude nous semble apparaître au verso de cette surface trop lisse empreinte de naïveté. Nos interlocuteurs ont en effet parfois pu partager avec nous l'incertitude nouée à leurs praxis, et de temps à autres leur sentiment d'*illégitimité*. Ils commencent alors à déployer les intentions de ce qu'ils tentent de bricoler au sein de ces espaces autoréflexifs. Ils évoquent des scènes où les épreuves des équipes peuvent être traversées sans expertise, sans réponses préalables, en tant que formes (toujours inédites) d'une négativité qui sidère et met à mal la pensée. Ici, la créativité et les tentatives expérimentales sont possibles. Ici, intervenants et équipes s'impliquent dans des exercices de traduction, dans des pratiques *métaphoriques* déplaçant les tentations d'autonomie des acteurs institutionnels, et libérant un sens collectif. Se dessine alors un horizon *polyphonique*, un agencement pluriel qui n'impose aucune harmonie préétablie, travail de contrebande d'une pensée non opératoire, d'une conscience politique. Démocratie à l'échelle de l'équipe. L'AdP devient alors *affirmative*, à savoir, elle ne se dérobe pas au négatif de la vie institutionnelle, mais elle s'y expose, en prenant le risque de ne pas répondre aux attentes explicites du client, tout en répondant à une demande plus essentielle : permettre aux équipes de continuer, malgré tout, à arracher des îlots d'humanité à l'Océan de la barbarie. Dans ce cas, l'AdP tente d'affirmer la participation de l'institution à la *kulturarbeit*.

Il est dès lors possible d'entrevoir au cœur de ces pratiques de *contrebande* les germes de nouveaux espaces d'étagage, perméables, non-machiniques, qui seraient en mesure de faire front, voire de renverser les tentations « uberistes ». Un intervenant nous parle d'« espaces-rencontre », une autre d'« espaces de réflexion et de liberté », un chercheur participant à notre séminaire évoque des instances qui rendent possible l'auto-altération institutionnelle (Castoriadis, 1975). Semblables à des mouvements de subversion, de nouvelles groupalités prennent forme, éphémères mais situées. L'un des horizons des nouvelles praxis d'étagage semble ébaucher les potentialités d'agencements en rhizome à même de dépasser la positivité totalisante (et totalitaire) du réseau néolibéral et de ses procédures, ou plutôt de la parasiter, en transformant des dispositifs de contrôle en foyers expérimentaux d'une nouvelle liberté/responsabilité partagée. Ce nouvel horizon subjectif et politique s'inscrit dans une temporalité vivante et relative, une temporalité plurielle, prenant en compte les générations, les mettant en dialogue, en conflictualité, en dispute, dans une responsabilité partagée.

Day one is over !

BIBLIOGRAPHIE

- Agamben, G. (2005). *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*. Torino : Einaudi.
- Avron, O. (2012). *La pensée scénique*. Groupe et psychodrame. Toulouse : Psychanalyse. Èrès.
- Castoriadis, C. (1975). *L'institution imaginaire de la société*. Paris : Le Seuil.
- De Luca, E. (2003). Aiuto. Dans E. De Luca, *Il contrario di uno*. Milano : I narratori. Feltrinelli.
- Dufour, D. R. (2007). *Le divin marché*. Paris : Denoël.
- Enriquez, E. (1987). Le travail de la mort dans les institutions. Dans R. Kaës et al., *L'institution et les institutions – Études psychanalytiques*. Paris : Dunod (2012), 62-94.
- Esposito, R. (2018). *Politica e negazione. Per una filosofia affermativa*. Torino : Einaudi.
- Fédida, P. (2000-2002, 2007). Humain / déshumain. L'oubli, l'effacement des traces, l'éradication subjective, la disparition. Dans P. Fédida et J. André et al., *Humains / déshumain, Pierre Fédida, la parole de l'œuvre*. Paris : PUF, 11-125.
- Foucault, M. (1978-1979). *La naissance de la biopolitique*. Cours au Collège de France, 1978-1979. Paris : Hautes Études (2004).
- Freud, S. (1926). La question de l'analyse profane (traduction française). *Œuvres Complètes*. Tome XVIII. Paris : PUF. (2006), 1-92.
- Furtos, J. (2015). Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Empan*, 2(98), 55-59.
- Gaillard, G. (2011). Tolérer l'effraction, travailler à inclure. *Cliopsy*, (5), 7-24. Revue en ligne.
- Gaillard, G. (2015). L'institution, le « bien commun » et le « malêtre ». Dans R. Kaës et al., *Crises et traumas à l'épreuve du temps. Le travail psychique dans les groupes, les couples et les institutions*. Paris : Dunod, 99-129.
- Gaillard, G., Pinel, J. P. et Diet, E. (2009). Autoréflexivité et conflictualité dans les groupes institués. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2(8). Toulouse : Èrès, 199-213.
- Gaillard, G. et Pinel, J. P. (2011). L'analyse de la pratique en institution : un soutien à la professionnalité dans un contexte d'emprise gestionnaire. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(11), 85-103.
- Henri, A. N. (2004). Esquisse d'une saga. Dans P. Mercader et A. N. Henri (dir.), *La formation en psychologie ; filiation bâtarde, transmission troublée*. Lyon : PUL, 19-48.
- Henri, A. N. (2004). Le secret de famille et l'enfant improbable. Dans P. Mercader et A. N. Henri (dir.), *La formation en psychologie ; filiation bâtarde, transmission troublée*. Lyon : PUL, 193-303.
- Henri, A. N., Gaillard, G. et Omay, O. (2009). *Penser à partir de la pratique. Rencontre avec Alain-Noël Henri*. Toulouse : Èrès.
- Kaës, R. (1993). *Le Groupe et le Sujet du groupe*. Paris : Dunod.
- Kaës, R. (2007). *Un singulier pluriel*. Paris : Dunod.
- Lévinas, E. (1961). *Totalité et Infini. Essai sur l'extériorité*. La Haye : Martinus Nijhoff.
- Liotard, J. F. (1979). *La Condition postmoderne*. Rapport sur le savoir. Paris : Les éditions de minuit.
- Mendel, G. (1992). *La société n'est pas une famille*. Paris : La Découverte.
- Nicoli, M., Paltrinieri, L. (2017). It's still day one. Dall'imprenditore di sé alla start-up esistenziale. *Aut-aut*, 12(373), 79-108.
- Ocelot, M. (1998). *Kirikou et la sorcière* (long-métrage). Les Armateurs, Odec Kid Cartoons, Trans Europe Film, Studio O.
- Ravon, B. et Laval, C. (2005). Relation d'aide ou aide à la relation ? Dans J. Ion, *Le travail social en débat(s)*. Paris : La Découverte, 235-250.
- Schneider, M. (2011). *La détresse, aux sources de l'éthique*. Paris : Seuil.

