

**TRIPTYQUE A LA FAÇON DE BACON : QUAND, DES FIGURES ISOLEES, ADVIENT LE
TABLEAU - OU DE LA RESPONSABILITE SOCIALE EN ENTREPRISE
UNE ECOUTE DU SUJET AU TRAVAIL DANS UNE INSTITUTION MEDICO-SOCIALE**

Marc LASSEAUX

Psychanalyste

Praticien en institution

Praticien du GRAAM

Pour citer la référence

LASSEAUX Marc (2024). « Triptyque à la façon Bacon : quand des figures isolées advient le tableau. Où la Responsabilité Sociale en Entreprise : une écoute du sujet au travail dans les institutions médico-sociale », *Revue Psychanalyse & Management – Édition académique en Ligne* ISSN 2739-9656 - n° 01_2024, pp. 61-72

Résumé : De vouloir expliquer un Tout relève de l'idéologie, quelle qu'elle soit. Expliquer en quoi RSE serait bon pour le sujet au travail, ou soutenir en quoi cette nouvelle liturgie de l'entrepreneur responsable constituerait l'une des figures du discours du Maître, ne dit pas des clivages puissants entre la position de l'institution, la tutelle technico-politique, disons le discours politique soutenu par une forme de scientificité technique et la place du sujet, du sujet qui désire. En qualité de clinicien, qu'entendons-nous, qu'observons-nous des discours de trois groupes d'acteurs : une institution médico-sociale dans laquelle la direction a pour but de repérer et d'alléger des souffrances au travail en instituant une écoute psychologique individualisé, et des dispositifs de travail groupal ; la technostructure de tutelle et ses visées de bonnes pratiques qui, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, devraient donner une place à l'usager, et guider les professionnels dans leur exercice du métier ; enfin, le sujet. Le sujet désirant pris dans son travail, ce que l'inconscient vient y inscrire et y rejouer, reléguant les bonnes pratiques dans un champ de l'étrangeté, c'est-à-dire hors des réalités psychiques du sujet. Ce que nous proposons d'éclairer, c'est qu'il faut se garder du Tout comme complétude et croire que les dispositifs mis en œuvre dans les organisations répondent entièrement à ce qu'ils visent. La problématique contemporaine de l'organisation du travail est de ne pas penser la place de l'autre, ou de la penser par des substituts, des artefacts et le discours de la volonté. De la volonté, il en faut : c'est-à-dire du projet, une visée stratégique, des intentions, des échéances et des personnes pour soutenir ces structures d'organisation et de buts. Une entreprise ou une institution trouve sa place sociale, voire sociétale en opérant ainsi, à tout le moins dans une économie organisée et d'interdépendance. Mais quelque chose échappe à la volonté, à la planification, et aux formes de pensée normalisant : l'efficacité, le vouloir, la standardisation, la gestion, la loi du chiffre. Quelque chose échappe ou plutôt s'échappe de la norme. Ce qui s'échappe de la norme s'y coltine, y butte et revient au sujet par la production d'affects ou de souffrances. Nous avons écrit trois récits. Trois récits qui, pris séparément, ne disent pas grand-chose. Mais mis en lien, y compris dans leur non-rapport, forment le tableau. Un tableau de la divergence, du clivage et de la violence, dont nous rendons compte. La violence vient de la confrontation clivée incorporée par le Sujet : d'un côté, les injonctions, protocoles et assignations et de l'autre, le désir, le lien, la subjectivation, ajoutons les repères du travail. L'écoute psychologique individualisée instituée par la direction d'un établissement médico-social, par l'espace réflexif et expressif qu'elle ouvre, fait rencontre et étayage. Mais l'institution est contingentée par le cadre normatif des tutelles, gouvernement technocratique de politiques de soins où la maladie compte plus que le malade et où les bonnes pratiques, à base de bonnes intentions et de recommandations lisses, normatives, tiennent lieu de clinique.

Nous avons pris le risque d'un inconfort du lecteur, voire qu'il nous renvoie ses propres frustrations. Si tel était le cas, nous aurions atteint l'un de nos buts : faire approcher par le lecteur le malaise des soignants, des accompagnants, et de dirigeants qui essaient de créer des espaces de liberté, de négociation d'un monde désaffecté, brutaliste, déshumanisé à force de ne le vouloir que comme monde géré.

Pour expliciter d'où nous parlons, nous faisons précéder le triptyque d'un préambule « épistémologie du sujet au travail », et d'une postface « dans l'atelier du psy », pour éclairer un tout petit peu le travailleur à l'œuvre, face au triptyque.

La référence au triptyque de Bacon renvoie aux trois toiles peintes en 1969, « trois études de Lucian Freud », représentant le portrait de son ami déformé, isolé, enfermé dans une cage.

BACON'S TRIPTYCH: WHEN ISOLATED FIGURES BECOME A PAINTING OR CORPORATE SOCIAL RESPONSABILITY LISTENING TO THE SUBJECT AT WORK IN A MEDICAL-SOCIAL INSTITUTION

Abstract: To want to explain it all comes under the name of ideology, whichever it might be. To want to explain for what reason CSR would be good for the Subject at work, or to support how this entrepreneurial liturgy would represent a figure of the Discourse of the Master, does not erase powerful cleavage between the institutional stance, the techno-political authority, let's say the political discourse supported by a form of technical science and the place of the Subject, the one who desires. As clinicians, what do we hear of, what do we observe from the discourses of three groups of stakeholders? First, a medical-social institution whose the management strives to identify and alleviate the suffering at work by setting up an individualized psychological listening and group work approaches ; then the techno-structure authority and its demand for Good practices that, according to what these recommendations from the High Authority for Health aim at, should guarantee a place for the users, and guide the professional in their work methods ; lastly, the Subject itself.

The Subject who desires is caught in the work, the unconscious gets written again and be repaeted at work, and the good practices are being relagated into strangeness, outside the psychic reality of the Subject. What we propose to highlight is that one must be careful and avoid completeness and from the belief that these plans fully meet the needs of the organization they are implemented in. The contemporary problem of work organization at work is to fail to consider the place of the other, the Subject, or to think about it through substitutes, through artefacts and through the discourse of the willingness. Willingness is required, undoubtedly: will for the project, a strategic intent, a goal, deadlines and individuals to support these structures designed to organize and to reach an objective. Let a company or an institution take its social place and role, even its societal role, only can happen if operates this way, at least in an economy that is organized and interdependant such as our. Nonetheless, something escapes willingness, planification, standards and rules: efficiency, standardization, management, law of the numbers.

Something escapes or rather escapes the logic of the standards. What escapes the standards and bumps into standards comes back to the subject in the form of suffering, affects. We hae written three stories. Three stories that, taken separately, do not say much. But put next to each other, even with their radical differences, they make a 'painting'. A painting of the violence that we will try to report. Violence stems from communication of parallele worlds, worlds that cannot meet and be a ressource for each other. The individual psychological care organized by the head of a medico-social institution, does succeed in providing the necessary reflexive and expressive space which leads to contact and support.

However, institutions are constrained by the standards required by the authorities, the technocratic governing bodies for health policy, where disease prevails over the patient and where good practices, grounded in goodwill and flawless, standardized recommandations replace clinical work. We took the risk to generate discomfort for the reader, even that he returns his own frustrations against us. In such a cas, we would have reached our target: to make the reader get close to the discomfort of caregivers, of accompanying people, of managers and deciders that try to create spaces for freedom, for negotiation with a world thought with no individuals, brutal, where humanity has disappeared by dint of willing to manage it to the end.

To explain our standoint, we introduce our 'tryptic painting' with a preamble called « Epistemology of the Subject at work » and conclude with a postface acalled « in the painter's studio ». This with the intent to put in the spotlight the worker at work, facing the triptic itself.

The use of 'triptic' painting refers to the masterpiece of Bacon, the artwork painted in 1969: « Three studies of Lucian Freud », showing a portrait of his friend deformed, isolated, shut in a cage.

Mots clés : subjectivation du travail - discours du Maître - désir inconscient - bonnes pratiques - appareil technico-administratif

Préambule : épistémologie du sujet au travail

Ce désir peut donc se définir comme un champ d'existence du sujet humain sexué en opposition à tout ce qui serait un abord théorique de l'humain, qui s'en tiendrait au biologique, au comportementalisme ou à des systèmes de relation. Ce champ du désir est spécifiquement lié à l'inconscient et à sa condition de langage.

Pierre Jamet, le nœud de l'inconscient, nouer la clinique, Editions Erès-Arcanes, 2006

Par conséquent, poser la question d'une écoute du sujet au travail, revient à organiser un passage de la psychologie à l'écoute de l'inconscient du sujet. Qu'est-ce à dire ? Cela revient à entendre les souffrances au travail, non comme des catégories de diagnostic à partir desquelles ordonner une prise en charge. Mais à entendre le travail comme lieu de souffrances, en ce que la demande portée par l'objet concret du travail, que cette demande est barrée, et qu'en substance, le sujet \$ de Lacan, sujet divisé (clivé par des conflits internes), incomplet du fait que l'autre comble un manque, ce sujet du manque à dire et à être, de par ces processus, se trouve objet de souffrances.

Dans notre propos liminaire, à cet endroit, nous tracerons une limite. Une limite éthique et politique. Entendre des souffrances et les mettre au travail (le travail de l'accompagné n'est possible que si l'accompagnant désire qu'un travail soit produit) ne veut pas dire de renvoyer au sujet sa seule responsabilité. Dans cette hypothèse, il y aurait un dévoiement de la position de l'accompagné et de l'accompagnant, disons-le une perversion du lien du sujet au travail. A l'inverse, là où l'écoute opère, c'est sur le champ de l'assujettissement, de ce que par quoi le sujet pourrait se déprendre d'assignations ou d'aliénations qui font souffrances. Se déprendre de quoi ou de qui ? Des jeux de pouvoir et de séduction, de la demande d'amour (de reconnaissance) pervertie en une réponse objectale qui repousse et attire tout à la fois, et donc des tentatives de puissance des uns sur les autres, encouragées par une économie de la performance, une économie de la compétition. Le discours du Maître ne fait pas illusion : les concepts ordinaires du management se sont saisis à bas bruit des sciences sociales et de la psychologie, jusqu'à en vider la substance. Ils disent en creux qu'il y a un dominant et un dominé, un qui juge et un qui est jugé. Nous nous saisissons de la fameuse « résistance au changement » qui soutient encore dans bien des organisations la pensée commune managériale, de fait ce qui leur résiste, en les convoquant par des positions défensives, à résister à la résistance de l'autre, soit les prémisses de conflits.

Enfin, the last but not the least, dans le cas de l'institution que nous présentons, s'il y a souffrances au travail, cela est qu'elles sont consécutives du malaise de la culture par un écart considérable entre les exigences de la technostucture d'une organisation et de sa gouvernance, ses pouvoirs et jeux de rapports de force, et le Réel du travail. Pour l'institution que nous présentons, la prise en charge d'usagers relevant du handicap.

De notre position d'accompagnant, nous revient non seulement d'écouter, d'entendre le manque à dire, les souffrances renvoyées au sujet comme étant son inadaptation, ses insuffisances, bref le procès de sa personne sociale. Dans les cas de masochisme obsessionnel, le procès que le sujet souffrant s'ordonne pour lui-même, et donc de subvertir cette charge en solitude en une charge où les responsabilités sont séparées, et où la parole peut circuler, et dire, affirmer, s'autoriser, demander à son tour, tenir une position.

La position éthique et politique a pour but de faire advenir qu'il y a des responsabilités séparées, des processus à l'œuvre : conflits passionnels, rigidités des positions, ou positions de puissance, conflits structurels qui se transportent dans l'espace des passions et des affects, des demandes et injonctions de l'institution qui font effraction dans le langage, la culture du métier, les représentations et les idéaux.

Tableau 1 - Aux fondements d'une écoute des sujets au travail

La fondation à la fin du 19^{ème} siècle de l'institution qui nous intéresse la rattache aux établissements portés par les religions chrétiennes. Les premiers temps sont ceux d'un asile pour enfants déficients mentaux. Aujourd'hui, l'institution compte dix-huit établissements répartis en trois pôles et implantés sur un même territoire départemental. Elle emploie 900 salariés et accueille 1000 personnes en situation de handicap et des personnes âgées dépendantes.

Selon ses propres termes, l'institution inscrit son travail dans le cadre législatif et réglementaire du secteur médico-social, en particulier la Loi du 2 janvier 2002 et celle du 11 février 2005, relative à « l'égalité des droits et des chances, à la participation et à la citoyenneté des personnes handicapées ». Elle adhère pleinement à ce titre à la Charte des droits et des libertés de la personne accueillie du 8 septembre 2003.

Deux évènements ont fait trauma :

- Le suicide d'un médecin sur le lieu de travail, dans son bureau,
- L'agression d'une salariée par un résident avec menace à l'arme blanche.

La nouvelle direction n'a pas reçu ces évènements comme des faits séparés, qui mettraient en jeu la mise en acte isolée de personnes. A contrario, il lui semblait que l'institution se trouvait alors en insuffisance à l'endroit de réalités sociales et psychiques. Elle confia à un psychologue salarié une mission de réflexion autour de dispositifs d'accueil et d'accompagnement des salariés. L'animation de certains des dispositifs fut internalisée, quand d'autres furent transmis à des intervenants extérieurs, en réponse à une position d'extériorité comme espaces tiers. C'est dans ce cadre qu'une cellule d'écoute psychologique, dont nous assurons la présence continue, a été ouverte en 2016.

Un cadre éthique est défini : tout salarié de l'institution peut faire appel à la cellule d'écoute, quel que soit son niveau hiérarchique. Les questions et demandes des salariés se réfèrent à leur travail et à leur vie familiale ou personnelle. Etant entendu que pour la direction, la séparation privé - professionnel ne semblait pas pertinente. Le travail a des effets avérés dans le temps familial. La vie familiale ou personnelle a des effets dans le temps de travail.

Les salariés demandeurs accèdent directement à la cellule d'écoute. Les demandes sont confidentielles. L'institution n'a pas connaissance des salariés demandeurs.

L'accueil de salariés se fait au téléphone et en rendez-vous en face à face, une fois par mois. Chaque salarié demandeur dispose d'un crédit de cinq heures, soit cinq séances d'une heure. Il a été convenu que des salariés placés dans des situations professionnelles et familiales délicates ou en grande souffrance pourraient à l'initiative du tiers externe bénéficier de séances au delà du crédit de cinq heures. L'intervenant peut orienter les salariés vers d'autres intermédiaires, sociaux ou médico-psychologiques en cas de besoin.

Ainsi est fixé le cadre éthique d'une écoute de sujets au travail.

En quatre années de présence, la cellule a accueilli quarante-six salariés, soit 5% de l'effectif de l'institution. L'amplitude s'établit en moyenne à 3,7 séances / salarié pour la période de septembre 2019 à juillet 2020.

L'information des salariés par voie d'affichage et de mail présente la cellule d'écoute psychologique sans bavardage, ni promesse ou mot d'ordre.

L'une des questions en débat était de déterminer si une cellule d'écoute psychologique en tant que dispositif institutionnel était partie prenante d'une démarche de QVT - Qualité de Vie au Travail. Le point de vue que nous avons soutenu auprès de la direction était de tenir la présentation de la cellule d'écoute psychologique hors des discours institutionnels, et a fortiori du discours technico-politique des ressources humaines. Il nous semblait que, ce qui mettrait des salariés demandeurs en confiance, tenait à une proposition simple, minimaliste, mais déterminante : avoir quelqu'un (en position d'extériorité) à qui parler. Disons que nous pensions que la demande de salariés s'articulerait à un transfert possible. C'était le point de vue que nous soutenions. Il s'opposait à un accueil de salariés dans le discours de la QVT, car l'un des effets du discours plaçait tout salarié demandeur dans des déterminants institutionnels qui feraient de la cellule d'écoute tout au plus un dispositif comptoir ou

dispositif guichet auprès duquel des salariés viendraient déposer du « matériau QVT ». Déposer du matériau QVT, cela aurait pris la forme de la plainte ou de la revendication auprès d'un tiers, pris ici comme médiateur des insuffisances et difficultés du travail ordinaire. Notre recommandation a été entendue. Une enquête annuelle QVT est menée dans l'institution auprès des salariés, aussi ses indicateurs renseignent la direction sur le climat social et les informations qualitatives des politiques de ressources humaines telles que perçues par les salariés et mises en œuvre dans les services et établissements.

Enfin, la cellule d'écoute psychologique a été déplacée des locaux de l'institution et mise en extériorité dans un lieu tiers appartenant à une personne privée, sans lien avec l'institution.

Comme d'autres institutions, celle à laquelle nous nous référons connaît des remaniements organisationnels du côté de la normalisation, par les protocoles, procédures, bonnes pratiques et prescriptions. Par prescription, nous entendons la somme de recommandations qui, données comme repères, agissent en incorporation par un sujet \$ de comportements typés. Pour rendre tangibles ce processus, citons la question de « la bonne distance », une notion propre au lien soignant - soigné, censée en elle-même soutenir un professionnel dans la non-identification au patient ou à l'usager et aux souffrances dont il est l'objet. La bonne distance ne dit rien des réalités transférentielles à l'œuvre quand des sujets au travail prennent en charge d'autres, malades, handicapés, exclus sociaux ou personnes en marge de la société. A supposer qu'un professionnel se tienne à bonne distance affective d'un patient ou d'un usager, elle ne dit pas davantage ce que celui-ci projette comme demandes et place implicite sur le professionnel figure transférentielle. Enfin, la bonne distance est souvent reçue par les professionnels comme l'expression d'une position moyenne : en quelque sorte, il leur faudrait se tenir à du lien à l'autre, mais pas trop.

Le tableau des remaniements organisationnels se prolonge par la prescription d'une pensée du management faite elle aussi de bonnes pratiques, prescriptions et comportements typés. En conséquence de quoi, le management en tant que discours technico-scientifique n'est plus l'affaire de la seule entreprise marchande. Il est devenu l'affaire de toute organisation contemporaine prise dans la normalisation de réalités sociales et psychiques complexes, dont le refus des sciences sociales constitue le trou noir.

Revenons à la cellule d'écoute psychologique. On pourrait faire le procès du choix d'un accueil de la parole de salariés et d'une mise au travail des subjectivités comme seul horizon de la cellule d'écoute. Le procès porterait sur le trou, véritable béance, de la responsabilité de l'institution en tant que le psychanalyste intervenant ne lui renvoie pas d'informations. C'est éminemment critiquable, en tout cas de la représentation communément admise d'un tiers externe opérant nécessairement par interactions entre des groupes d'influence : des salariés, des équipes et une direction.

Mais penser une écoute de sujets au travail du côté de ce qu'on appelle dans les organisations « la remontée d'informations », c'est d'une part pervertir la parole singulière de la singularité du lien au travail en données générales, et en tant que parole singulière, désigner d'emblée celui ou celle qui la porte. D'autres effets seraient à l'œuvre : invisibiliser celles et ceux venus déposer leurs souffrances en croyant faire l'inverse : parler d'eux, en les dépossédant de leurs subjectivités pour en faire « du matériau QVT », et l'atteler au discours institutionnel. Or, accueillir la singularité du Sujet au travail, c'est d'emblée accepter qu'elle existe, alors que le discours institutionnel ordinaire, celui des modèles de management, des multiples contraintes technico-économiques, des bonnes pratiques, des protocoles et autres procédures recouvrent la parole singulière et les processus de subjectivité du travail. Ce recouvrement vectorise en lui-même de la souffrance.

Tableau 2 - De la figure déformée du soin, du soigné et du soignant

Le cadre législatif et réglementaire du secteur médico-social, régi par la loi du 2 janvier 2002 se réfère à la rénovation du secteur médico-social et social. Il fixe de nouvelles règles relatives au droit des personnes. La loi entend également organiser et coordonner les différents acteurs du domaine médico-social et social, et améliorer la planification.

La loi fixe les conditions et modalités de l'organisation et de la coordination en introduisant

Pour chaque institution la notion d'autorisation subordonnée au financement, et une évaluation des activités à la fois des droits des usagers et des dépenses de Santé.

Pour compléter ce tableau technico-juridique, il faut situer deux institutions :

La Haute Autorité de Santé, organe indépendant qui selon ses propres termes, éclaire les pouvoirs publics sur l'orientation des politiques de santé,

Les agences régionales de santé qui pilotent par territoire les institutions sanitaires, médico-sociales et sociales selon trois missions :

- La veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé.
- La définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.
- L'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

Les agences régionales de santé (ARS) sont des services du ministère des Solidarités et de la Santé.

Enfin, ultime structure technico-administrative dans ce tableau, l'ANESM - Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux. De 2007 à 2018, l'ANESM a produit des recommandations et bonnes pratiques pour les établissements et l'institution objet de notre communication. Selon les dispositions de l'ANESM, il s'agissait par cette organisation ad hoc de mettre en œuvre l'évaluation interne et externe des établissements des trois secteurs.

Du côté de l'évaluation interne, il revient aux établissements d'évaluer en continu leurs activités et la qualité de leurs prestations. Depuis avril 2018, l'ANESM est intégrée à la Haute Autorité de Santé.

À ce jour, la Haute Autorité de Santé a publié près de 80 recommandations pour le seul secteur médico-social, de 2008 à 2020, en incluant les publications de l'ANESM.

Toute institution sanitaire, médico-sociale ou sociale se trouve prise dans cette organisation technico-politique et gestionnaire. A quelle analyse politique cette organisation nous conduit-elle ?

En quoi une politique de la Santé relève-t-elle d'une responsabilité placée exclusivement dans le contrôle, la gestion et la prescription ?

Les établissements des champs sanitaire, médico-social et social se trouvent dans des territoires, leur histoire dans les territoires, de la culture, mettons ici pour l'institution dont nous témoignons, une culture du religieux. Ce pourrait être aussi ce que le lieu dit de la conception de la folie ou du handicap dans l'histoire sociétale et médicale, de son inscription dans des bâtiments, une distribution des espaces et une structuration de l'économie de l'institution, c'est-à-dire une nomination de fonctions et d'usages. Par exemple en hôpital psychiatrique, la psychiatrie adulte, la pédopsychiatrie, les centres médico-psychologiques, etc. Il ne s'agit pas seulement d'opérationnalité structurelle. Cela parle de la maladie et du malade, de ce qui sépare les prises en charge, de ce qui symbolise la folie ou la souffrance ordinaire et donc des lieux d'accueil, de la différence entre patients, de ce qui est supportable ou redoutable, des métiers et de leurs signifiants.

Les salariés travaillent en lien quotidien et ordinaire avec des usagers, des patients et leurs familles, des collègues et des hiérarchiques. Ce qui s'y joue relève d'une prise en charge normée au sens des bonnes pratiques et des protocoles, et des effets de la clinique, c'est-à-dire de réalités psychiques et psycho-sociales des usagers, de leurs pathologies. Faut-il le préciser de la singularité de leurs pathologies, et dans le lien quotidien et ordinaire, des effets du transfert et du contre-transfert.

Aussi quand nous parlons de patients, d'usagers et des professionnels, nous parlons de catégories. Pour autant, le lien quotidien et ordinaire entre personnes de ces catégories, s'il se trouve pris dans les effets de l'institution et de la normalisation-prescription de bonnes pratiques, met en jeu des sujets désirant entre eux, quand bien même le désir d'usagers confine au délire.

Les recommandations-prescriptions de la HAS parlent d'un endroit qui est l'utilisateur en tant que catégorie : l'utilisateur dépendant de l'EHPAD, l'utilisateur handicapé d'un IME, l'utilisateur mineur isolé migrant et ainsi de suite.

Les subjectivités à l'œuvre, les déterminants sociaux, d'un milieu social, d'une population ou encore d'une culture à l'autre, le rapport intime à la maladie et à la mort, le rapport intime au corps en tant que narcissisation du sujet sont rabattus à des données englobantes. La langue des recommandations-prescriptions y est celle de la gestion. En voici deux exemples :

- Celui de la sécurité du patient. Un article intitulé « renforcer la sécurité du patient » daté de décembre 2018. Nous en publions les premiers paragraphes.
- Le plan personnalisé de coordination en santé publié en octobre 2019, pour le secteur médico-social.

Nous en publions un extrait.

« Renforcer la sécurité du patient - article HAS - Mis en ligne le 17 déc. 2018

Renforcer la sécurité des patients est un enjeu majeur de santé publique. Cela repose, pour les équipes médicales en ville ou à l'hôpital, sur une culture partagée de la sécurité et une démarche de gestion des risques. L'amélioration de la sécurité du patient passe par une meilleure compréhension de la survenue des événements indésirables associés aux soins, mais aussi de la qualité travail en équipe.

Qu'est-ce que la culture sécurité ?

La culture de la sécurité est un ensemble de manières de faire et de penser qui contribuent à la sécurité du patient et qui sont partagées au niveau de l'organisation (équipe de professionnels, établissement de santé).

Dans le domaine de la santé cette culture de la sécurité est un élément primordial pour mener de manière efficace des actions d'amélioration de la sécurité du patient. Selon James Reason, quatre composantes constituent la culture de la sécurité :

- *La culture du reporting ou du signalement de la part du groupe*
- *La culture du retour d'expériences (learning)*
- *La culture juste (management équitable)*
- *La culture du travail en équipe.*

« La culture de la sécurité c'est ce que vous faites quand personne ne vous regarde ». Health Foundation

Pourquoi il est important de développer la culture de la sécurité ?

Il est maintenant clairement établi que la cause des événements indésirables qui surviennent chez le patient est rarement liée à un manque de connaissances des professionnels de santé. Le plus souvent ils sont le fait de défauts d'organisation, de coordination, de communication et d'absence de vérification liés à un manque de culture de sécurité commune.

Par ailleurs, cette culture de la sécurité des équipes conditionne l'efficacité du déploiement des outils et des méthodes de gestion des risques. Elle est un socle important pour déployer une démarche de gestion des risques cohérente et pertinente... »

Plan personnalisé de coordination en santé

Outil d'amélioration des pratiques professionnelles - Mis en ligne le 02 oct. 2019

Le Plan personnalisé de coordination en santé est un outil de coordination générique, pour l'ensemble des acteurs. Il vise à améliorer le parcours de santé de l'utilisateur. Il planifie et personnalise les prises en charge complexes. Il favorise le développement d'une culture de la coordination, en

matérialisant les bonnes pratiques collectives autour des situations complexes, et en encourageant leur diffusion.

Cibles

Il s'adresse aux professionnels sanitaires (en proximité d'équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé...) ou en appui de la proximité (dispositif d'appui à la coordination), aux professionnels des établissements ou services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), et aux professionnels des maisons départementales pour les personnes en situation de handicap (MDPH).

Il concerne tout usager du système de santé (malade chronique, personne âgée, personne en situation de handicap, précarité...) en situation complexe (dont la compréhension nécessite plusieurs professionnels).

Objectifs

L'objectif du PPCS est de faciliter le travail en commun des professionnels tout en prenant appui sur la (les) compétence(s) de la personne concernée et de son entourage. Il aide les professionnels à planifier et à personnaliser la prise en charge (au sens du soin ou de l'accompagnement) de la personne par une analyse concertée de ses problèmes et de ses besoins non couverts, et la prise en compte de ses attentes et de ses projets. Pour cela, les professionnels sont invités à accorder une égale importance aux dimensions médicale, psychologique, sociale et environnementale.

L'enjeu du numérique pour la coordination

Avec le PPCS, la HAS propose un cadre de référence visant à homogénéiser la coordination des situations complexes, en particulier via les systèmes d'information de santé. Elle rappelle que le PPCS ne sera utilisé que s'il est dématérialisé. Cela passera par :

- *Son implémentation dans les plateformes numériques régionales et les logiciels des professionnels ;*
- *L'élaboration d'une nomenclature des besoins, des objectifs et des actions permettant de compléter le PPCS tout en respectant l'interopérabilité sémantique... »*

Dans ce tableau 2 que nous avons intitulé « de la figure déformée du soin, du soigné et du soignant », nous voulions faire accéder nos lecteurs à l'étrangeté, à l'inquiétante étrangeté du discours gestionnaire. D'un discours en surplomb des institutions et des personnes qui y travaillent : directeurs et directrices et chefs de service, des personnels du soin, éducatifs, de l'entretien des locaux, des services techniques, des psychologues, bref de celles et ceux qui incarnent une présence auprès d'un autre par leur corps, leur voix, leur visage, le regard, leurs paroles et leur écoute. D'un discours distant, d'un usager virtuel, d'un usager-entité catégorisée : l'Usager.

De notre place de clinicien, l'étrangeté, l'inquiétante étrangeté du discours gestionnaire opère comme une dialectique. Sans doute, se trouveraient-ils des personnes pour lesquelles le discours gestionnaire de la HAS ne soulèverait pas de questions, du seul fait que le discours gestionnaire se manifeste dans la vie professionnelle comme en famille et entre amis, occupant une place dominante dans l'horizon contemporain de nos passions et des représentations sociales du Réel, celui auquel on s'attèle chaque jour dans le lien à des objets vides, autrement dit non pas des objets de désir, mais des objets de besoins qui, pour l'essentiel, relèvent d'objets de contraintes : gérer, et si possible, le faire avec efficacité, c'est à dire à un moindre coût affectif et selon un coût économique optimal.

Donc la dialectique de l'inquiétante étrangeté du tableau 2, placé entre les réflexions éthiques de l'institution au tableau 1 et le cas clinique du tableau 3 qui nous emmène dans les souffrances de Myriam, des souffrances mises au travail par l'espace ouvert par son institution, cette dialectique procède du renversement clinique entre ce qui serait l'étrangeté des souffrances de Myriam, et l'étrangeté d'un appareil technico-administratif. De sa foi absolue en la gestion et la normalisation, une même idéologie, nous osons dire une liturgie du soin : bible d'une humaine condition aseptisée, de réalités cliniques de l'accueil de l'autre ignorées, absence du lien transférentiel entre un usager ou un patient et un professionnel en tant que visage vivant et figure symbolique, et faut-il le préciser de

réalités économiques des institutions que les prescriptions de la HAS ne disent pas en tant que leur économie financière ne tombe pas du ciel, mais du jeu de la tutelle et des moyens de pression dont elle dispose pour obliger une institution.

Le malaise contemporain de la culture se trouve à cet endroit : celui d'une société gestionnaire normative tout à la loi du Chiffre et de la normalisation, même quand elle prétend dire la complexité (lire le paragraphe « Objectifs » du Plan personnalisé de coordination en santé). Un discours du maître qui se soutient du discours de la science en tant que supposée vérité statistique ou vérité d'agrégats.

Si l'institution à laquelle nous nous référons s'en était tenue aux bonnes pratiques, qu'en serait-il des souffrances de Myriam, cas que nous présentons dans le tableau qui suit.

Tableau 3 - De Myriam, visag désirant pour l'Autre : « Tout bien faire »

« Le signifiant, c'est la cause de la jouissance »

Jacques Lacan, Le séminaire Livre XX, Encore, Paris, Seuil, 1973

Nous présentons un cas clinique. Une des salariées de l'institution s'est engagée dans un accompagnement long, une dizaine de séances. Le prénom a été changé, tout comme le contexte d'établissement pour préserver la confidentialité. Le cas de Myriam soulève la question d'un surmoi sévère, d'une conformation au (supposé) désir de l'autre comme exigence infinie, point de capiton d'un « Tout bien faire ».

Tout discours pour un sujet se noue autour d'un ou de plusieurs points. Ces points sont des signifiants qui irradient et organisent le sens pour le sujet. Grâce à ces points de convergence, le sujet trouve rétrospectivement et projectivement des repères dans la masse flottante des significations.

Le point de capiton, terme professionnel issu du métier de matelassier, indique l'endroit d'où l'aiguille entre et ressort. Pour qu'un sujet soit dit normal, il faut dans son discours de tels points d'attache qui le font tenir et personnalisent la différence entre le Je et le Moi.

Le « Tout bien faire », c'est ce qui ordonne la demande de Myriam, celle qu'elle adresse à l'autre, écoutant. Au premier rendez-vous, téléphonique, Myriam ne se présente pas, n'indique pas de demande. Elle appelle dans un moment de crise. Sanglots, mots qui se bousculent, paroles qui se désagrègent, le discours fait entendre un état de souffrances à vif, et un jugement de Myriam de ce qui la déborde, secoue son corps en larmes : « je ne dis que des incohérences ». Le Tout bien faire, qui est aussi de Tout bien dire, éclate par l'intensité de l'inhibition, un « ne rien dire » longtemps contenu, corseté, c'est-à-dire obéir, se conformer, s'assujettir, se plier à la demande de l'autre, un autre hiérarchique.

Myriam travaille comme secrétaire dans un cabinet médical de l'institution, et elle est placée sous l'autorité d'un médecin.

Dans les premiers temps de l'écoute, le Tout bien faire appartient à l'exigence infinie d'un autre placé en position autoritaire : le médecin. Sur sa scène professionnelle, Myriam se trouve aux prises avec une figure d'autorité intrusive et paternaliste. Intrusive en ce que le hiérarchique, dans le discours de Myriam, tient une place qui ne respecterait ni son travail, un travail investi de perfection, ni son monde familial et intime. A son hiérarchique, elle a demandé quatre jours de congés hors période des vacances scolaires pour se rendre dans un Center Parc - cadeau d'anniversaire de sa belle sœur - les dates du séjour étant définies par le prestataire. Le médecin aurait objecté qu'on n'organise pas de tels séjours à dates fixes, contre une organisation efficace du poste de travail et aurait demandé les coordonnées téléphoniques de la belle sœur pour lui signifier son désaccord. Myriam ne s'est pas positionnée, elle a attendu que « la colère retombe » du côté du hiérarchique. A la suite de ce récit, nous scandons une question à propos d'une relation d'emprise. La question interpelle Myriam, et déplace le discours de la scène professionnelle à la scène familiale : un mari agressif, exigeant envers ses enfants comme son épouse, jamais satisfait, fuyant lorsque Myriam lui parle de sa fatigue, de ses souffrances au travail. Au dire de son mari, elle n'est pas normale, juste bonne à entrer en psychiatrie.

A la question que nous lui posons sur son acceptation de la domination de l'autre, son point de fuite, c'est le conflit. Plus tard, Myriam dira qu'elle éduque ses enfants adolescents dans la soumission à la figure autoritaire du père, les enjoignant de taire leurs arguments quand, du père ils voudraient s'affranchir, car dit-elle, « ils risquent d'avoir des problèmes ». Myriam se conforme à une injonction de soumission infantile, et cette conformation la place en tant qu'épouse et salariée en position infantile d'une autorité paternaliste, c'est-à-dire qui décide pour l'autre ce qui est bon ou ne l'est pas, et édicte une loi exclusive : la loi d'Un seul en lieu et place d'une loi symbolique.

Du conflit fui, il est question dans le temps des premières séances. La scène familiale de l'enfance se joue dans le souvenir d'un grand père « carré » et d'un père qui (lui) faisait peur : se faire gronder, être soumise à de l'humiliation et à du dégoût de soi. Une scène infantile par laquelle Myriam lâche. Lâche du côté des fèces : sévèrement réprimandée, elle urine sur le sol. Son père lui plonge le visage dans son urine. « C'est horrible de raconter ça, proteste Myriam. C'est la première fois que je le raconte. Ce n'est pas bien, je dénonce mon père ». Suivent des sanglots, puis une association autour du regard du mari, un regard dur et inquiétant. Un mari troué dans la parole : il ne parle pas, il crie. Une belle famille mutique, c'est ce qu'en dit Myriam.

Le passage de la plainte professionnelle à la levée du refoulement infantile ouvre à un travail de traversée du fantasme. La question n'est pas tant de savoir comment répondre au hiérarchique, question que Myriam posera dans les premiers temps de la prise en charge, mais de déplier les pensées victimaires qui lui viennent : « pourquoi j'attire ces gens-là » (des personnes autoritaires qui la maltraitent), de l'impossibilité à se placer dans une conflictualité (dire son désaccord, soutenir une position et finalement soutenir son désir). Comme si une réalité extérieure s'imposait au sujet impuissant, pris dans un destin, un objet de l'ordre d'une fatalité.

La peur du conflit en tant que conflit passionnel se manifeste dans le choix des horaires de séance. Dans le temps du confinement*, elle choisit des moments d'absence de son mari, non pour s'assurer d'un espace intime, mais parce que s'il apprenait qu'elle consulte un psy, ce serait le retour du conflit.

*(*en référence à la période de mars-mai 2020 durant la phase d'expansion en France de la pandémie de Covid19)*

Un acte manqué viendra faire coupure dans la jouissance victimaire, ce qui dans le discours du sujet renvoie au point de capiton Tout bien faire. Pendant des travaux ménagers, Myriam s'entaillera la main par accident. Une coupure corporelle qui aura un effet d'immobilisation pour certaines tâches, mettant Myriam dans la situation de demander de l'aide à son mari et à ses enfants, et un effet psychique : une coupure dans la satisfaction infinie de l'autre.

Le repos obligé s'accompagne d'une entrée en position dépressive, que nous entendons comme acceptation d'affects de tristesse refoulés et remisés en quelque sorte derrière le Tout bien faire. La médication par son médecin référent prescrit un anxiolytique et un somnifère.

Dans la suite du travail, de la médication en tant que signifiant, advient le souvenir de deux événements traumatiques : le suicide de son beau-père et celui de son ancien hiérarchique, médecin. La chute du Moi-Idéal nouée à la position dépressive active un affect de regret : celui de ne pas avoir été aux côtés des suicidés pour empêcher les deux passages à l'acte.

De ce temps de regret des morts, des regrets autres adviennent par associations libres : des choix auxquels Myriam a renoncé, ou qu'elle ne s'est pas autorisée : divorcer d'un mari dont elle dit maintenant qu'elle veut s'émanciper, changer de travail, avoir une vie paisible plutôt que de vouloir tout faire bien. Tout bien faire, cela parle d'une absence de conflictualité, en prenant à sa charge les pulsions de l'autre en tant que satisfaction, c'est-à-dire abaissement de la tension psychique et corporelle, tout autant de son mari que de son hiérarchique.

Des regrets, le passage au désir peut trouver une place par nos scansions et questions, d'un discours conjugué au passé par le sujet, nous les faisons réentendre au présent ou au futur. Le discours de Myriam se réaménage autour de son désir, un travail qui la valoriserait, et un début de séparation symbolique de l'Autre : parler plutôt que de se taire, dire ce qui est possible ou ne l'est pas, se tenir à distance de l'excitation pulsionnelle de l'Autre et considérer qu'il ne lui appartient pas de la prendre

en charge, de la soulager par culpabilité (elle ne ferait pas Tout bien) et peur du conflit (avoir des problèmes).

Postface - Dans l'atelier du psy : penser le passage de la psychologie du travail au travail de l'inconscient

L'institution pour laquelle nous intervenons ne nous a pas mandaté pour ouvrir un cabinet de psychanalyste en ses murs. Ce n'était pas sa demande. Ce que la direction de l'institution a entendu de notre proposition et des effets des événements traumatiques comme démarche inaugurale de dispositifs psychosociaux dans l'institution, c'est que l'écoute par une position « psychologie du travail » réduirait le champ de l'élaboration accompagné - accompagnant à une symptomatologie du poste et des relations de travail.

Une question que nous travaillons dans une supervision d'équipes de psychologues, pour une entreprise prestataire qui, précisément, interviennent dans le champ de la psychologie du travail. Nous en déplaçons le cas pour expliciter notre propos.

Une entreprise prestataire de services nous a mandaté pour ouvrir un espace de supervision pour des psychologues en position d'écoute de salariés d'entreprises clientes. En supervision de groupe, les psychologues du travail présentent des cas en se référant à des appels de salariés. Dans l'appel à un psychologue, tiers écoutant se joue quelque chose à qui parler, d'une parole qui ne serait pas noyée dans la parole quotidienne du travail, le bavardage défensif de collègues ou de hiérarchiques qui fuient ou rejettent des souffrances singulières, anormales, excessives au regard des comportements professionnels attendus, donc des injonctions. Ce qui se joue dans le lien accompagné - accompagnant c'est la question de l'écoute comme position inconditionnelle du psychologue, du transfert et possiblement du contre-transfert personnel et institutionnel, du champ d'investigation qu'un psychologue peut ouvrir pour un salarié demandeur.

Sur la question du contre-transfert personnel et institutionnel, nous précisons qu'il y a à différencier ce que le discours intentionnel du salarié accompagné renvoie comme contre-transfert d'angoisse au psychologue (un salarié dit vouloir se suicider dans l'heure s'il n'est pas entendu), de remémoration (une salariée fait état de violences corporelles et psychiques par son mari à une psychologue qui a traversé cette épreuve). A la différence d'un contre-transfert institutionnel que nous analysons en tant qu'effets de la contractualisation entre le prestataire et une organisation cliente. Des ambiguïtés de positions d'entreprises et d'institutions qui, en faisant appel à une cellule d'écoute psychologique, s'exonèrent de leur responsabilité et, par une psychologisation du lien au travail, masquent les rapports de force et de domination dans l'organisation, parfois la violence managériale en tant que discours du Maître qui recouvre des réalités singulières ou groupales, et laisser-faire de mises en acte : humiliations, contrôle intrusif dans le travail, abus de positions de managers, conflits passionnels jusqu'à la haine débordant le cadre du travail. Nous parlons de contre-transfert institutionnel en ce qu'un.e psychologue qui opère dans des enjeux subjectifs d'un salarié accompagné se trouve aux prises d'un champ d'écoute et d'investigation défini par le cadre contractuel. Les seules réponses qu'il-elle pourrait porter se joueraient dans le registre du guichet : prévention et orientation, ou du développement personnel, que nous considérons comme idéologie qui promeut l'individu comme seule réalité à l'œuvre du malaise dans la culture. Or une entreprise comme une institution sont traversées d'intérêts et de rapports de force politiques, nous les avons rappelés pour l'institution médico-sociale - cas de notre communication, et de jeux de pouvoir en tant qu'ils ont pour objet de maintenir des positions et des acquis, ou de les recomposer.

Donner sa place au travail de l'inconscient ne relève pas d'un idéal, mais d'une position clinique. Le cas de Myriam que nous avons présenté s'y articule. Si nous nous étions tenus à une écoute de la psychologie du travail, nous aurions attelé l'écoute de l'accompagnée à l'autoritarisme du hiérarchique, non en tant que figure fantasmatique du Tout bien faire, mais en tant que Réel (ce qui se passe) dans le champ de l'organisation du travail et des dispositions que la loi organique nomme risques psychosociaux ou qualité de vie au travail. Ce n'est pas négligeable. Ce champ de la loi organique définit des conduites et des comportements acceptables, des conditions de travail suffisamment bonnes dans les relations du travail quotidien. Il est probable que Myriam y aurait trouvé une réponse symptomatique, et faut-il le dire, la question du médecin suicidé serait restée

refoulée en tant que culpabilité, une souffrance portée par la salariée six ans durant sans l'avoir mis en parole dans l'institution. Elle qui, en tant que sujet désirant, par son fantasme inconscient de puissance infantile, aurait voulu sauver de la mort son beau-père et son ancien hiérarchique.

Ecoute psychologique individualisée ouverte par une institution, thérapie sauvage ? Faire guichet et écouter une demande en tant que besoin ? On se paie vite de grands mots pour catégoriser d'autres grands maux. Entre glose incessante du médecin de Molière qui vient dire ce qu'il aurait fallu faire après que le patient fut mort, et protocole de prise en charge (le guichet), subsistent quelques questions et ce qui vient ensuite : des choix.

Que faire du visage de l'Autre, quand, selon Lévinas, l'on devient responsable de son regard ? Le psy, à fortiori un.e psychanalyste, ne peut pas grand-chose pour l'Autre. Au sens de trouver une solution, répondre à une demande d'agir, un conseil ou une prescription. Pour autant, soutenir ne veut pas dire faire à la place de. Soutenir une parole singulière qui n'avait pas trouvé d'oreille écoutante jusque-là, voire à l'inverse comme Myriam ne trouvant qu'en regard de sa parole propre, sa disqualification par un mari fuyant et une figure hiérarchique à la structure rigide et autoritaire.

Faire retour à l'Autre de sa parole propre, celle qu'il n'entend pas ou plus, pour l'avoir désinvesti ; n'en entend que l'explicite ; n'en entend que ce qui y insiste, s'y répète, une plainte infinie ; n'en entend qu'un désir froissé, corné, mis au rebut, lente résignation.

Faire du guichet, soit ! On n'en dessine pas l'hygiaphone, mais on en pratique le mur transparent du non-transfert. Vous souffrez ? Oui, j'entends cela. Mais de quoi ? Dites et je diagnostiquerai. Vous avez une demande ? Eh bien la vôtre se passera chez un psychiatre (ou auprès de l'assistante sociale, ou du centre communal d'action sociale, ou à la médecine du travail). On a fait le job, on, c'est-à-dire l'institution. On a répondu à la QVT, aux RPS, à la RSE, au marketing interne, ou marketing RH, au risque du social washing.

Cela vient mettre un mot de fin - comme dans la cure, à un moment, ça s'arrête - à notre propos et à notre proposition autour de RSE. Pour la directrice générale de l'institution médicosociale, il n'y avait pas de programme préétabli de RSE. Pour autant, son vouloir s'inscrit dans la reconnaissance par l'organisation qu'il y a de fait des effets de rencontre entre le travail et le désir du sujet au travail, et que ces effets de rencontre ne se situent pas dans la béatitude du Tout motivation, mais de souffrances, parfois extrêmes. Tout comme de la reconnaissance de l'intégrité psychique et corporelle du sujet. Les séparations vie privée - vie professionnelle, si elles ont une existence dans un temps formel et une organisation des espaces, ces séparations font catégories et à ce titre n'ont pas d'existence clinique. Les revisiter depuis l'inconscient leur donne une substance et une épaisseur. Quand ça désire, quand ça jouit ou ça souffre, le ça - pulsion freudienne - est là, quoiqu'il en soit.

Bibliographie

- Bourdieu Pierre (1991), *Langage et pouvoir symbolique*, préface de John B. Thompson, Points, Essais
- Broudic Jean-Yves (2018), *Les « bonnes pratiques » à l'épreuve des faits, Du désir dans le soin et le travail social*, Editions Erès
- Brunner Roland (2009), *psychanalyse des passions dans l'entreprise*, Editions Eyrolles
- Freyman Jean-Richard (2010), *De la honte à la culpabilité*, Editions Erès-Arcanes
- Freyman Jean-Richard, Patris Michel (2001), *Du délire au désir*, Editions Erès-Arcanes
- Freud Sigmund (1930), *Le malaise dans la culture*, Editions Le Monde - Flammarion
- Freud Sigmund (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, PUF
- Herfray Charlotte (2008), *Les figures d'autorité*, Editions Erès-Arcanes
- Jamet Pierre (2006), *Le nœud de l'inconscient, nouer la clinique*, Editions Erès-Arcanes
- Klein, Mélanie (2016), *Deuil et dépression*, Petite Bibliothèque Payot
- Lacan Jacques (1970) *Séminaire XVII, L'envers de la psychanalyse*, éd. du Seuil, 1991
- Lacan Jacques (1975) *Séminaire XX, Encore*, éd du Seuil
- Lebrun Jean-Pierre (2017), *De la maladie au malade, Psychanalyse et médecine dans la cité*, Editions Erès
- Lévinas Emmanuel (1961), *Ethique et infini*, Livre de Poche, 1984

London Frédéric (2010), *Capitalisme, désir et servitude, Marx et Spinoza*, Editions la Fabrique
Winicott Donald.W. (1971) *Jeu et réalité*, préface de JB Pontalis, Folio Essais, 2002