

Revue Ouvertures vol 3

Ouvertures

*Revue internationale
de philosophie, théologie et psychanalyse*

Aout 2019



L'écoute du hors sens

La souffrance des soignants : cette souffrance qui dé-range

Isabelle Germain – octobre 2019

Isabelle Germain, travailleuse sociale, superviseure de stage à la Faculté de travail social - Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Citer l'article : Isabelle Germain, «L'écoute du hors sens. La souffrance des soignants : cette souffrance qui dé-range», *Revue Ouvertures* vol 3, p. 68-76

Résumé :

La souffrance des soignants pratiquant dans le réseau de la santé explose. Souvent jugée ou mal interprétée, cette souffrance est le reflet de la perte de sens que les soignants ressentent face à leur identité professionnelle. Dans ce contexte, il est apparu nécessaire d'offrir un lieu d'écoute pour que les soignants puissent parler de cette souffrance, un lieu qui leur permette de l'humaniser et d'y donner sens. Ouvrir un espace pour que cette souffrance hors sens puisse être entendue et qu'elle soit mise au profit du savoir clinique, voilà le désir de la Clinique Alliance.

The amount of suffering among public health care practitioners experience in their fields of work is dramatically increasing. Often judged or misinterpreted, this suffering is a reflection of the loss of meaning practitioners feel about their professional identities. In order to shed light on and understand this suffering, creating a safe environment where health care practitioners can discuss this loss of meaning and be heard is imperative. The desire of Clinique Alliance is to provide this environment where experiences are recognized in order to directly improve care.

En novembre 2018 a eu lieu l'ouverture officielle de la Clinique Alliance. Cette clinique regroupe des médecins de famille, des travailleuses sociales, une psychoéducatrice, une théologienne/psychanalyste et une psychologue. Elle a été créée dans le but d'offrir un lieu d'écoute différent pour qui vient demander de l'aide. Différent de quoi ? Je suis travailleuse sociale et je pratique en cabinet privé depuis deux ans, et à la Clinique Alliance depuis son ouverture. J'ai débuté ma carrière dans le réseau de la santé où j'y ai travaillé durant 6 ans. Mon emploi antérieur m'avait déjà alertée sur un certain nombre de pratiques d'interventions auprès des patients. Le fait qu'ils soient appelés des usagers en dit déjà long sur les rapports que cela induit entre soignants et patients. Et ce que à quoi j'assistais racontait déjà quelque chose d'une souffrance qui n'était pas entendue, mais non moins présente, et dont je pouvais observer les effets pernicieux. Mon travail actuel à la Clinique Alliance me permet d'entendre, cette fois de très près, des soignants travaillant dans le réseau qui viennent me parler de leur souffrance au travail. Ces souffrances ressemblent étrangement à celles que j'avais pu observer alors que j'y travaillais.

Les travailleurs sociaux œuvrant dans le système de santé québécois connaissent une augmentation des arrêts de travail et les démissions dans leurs rangs. L'explication qu'ils avancent le plus souvent est qu'ils n'arrivent pas à effectuer leur travail comme ils le voudraient. Si on les écoute, ils disent que ce qui les amenés à pratiquer leur profession, c'étaient leur désir d'aider des gens, de les accompagner dans leur souffrance et leur permettre donner un sens à ce qui n'en avait plus. Mais que faire si un soignant ne sait plus quel sens donner à sa propre pratique ? Surtout, peut-on faire une place à ce qui n'a plus de sens, et comment ? Autrement dit, dans un système de santé qui ne cesse de vouloir tout ranger en catégorisant la souffrance psychique et physique, que fait-on de ce qui dé-range, de ce qui déborde ? C'est à partir de mon expérience d'ancienne employée du réseau, et d'intervenante à l'écoute des soignants de ce même réseau que je me permets de poser sur ces pages des réflexions et des observations qui m'amènent à croire qu'il est urgent d'offrir un lieu d'écoute différent, où peut se dire cette souffrance qui dé-range et est hors sens. J'en suis venue à croire que ré-humaniser la profession de travailleuse sociale pour que nos soignants cessent de quitter et de tomber malades est une nécessité.

Ce texte se divisera en trois parties. La première porte sur la souffrance des soignants que je qualifie de hors sens, parce qu'elle est entendue comme une incapacité à la réalisation des objectifs. La deuxième partie présente la Clinique Alliance, un lieu d'écoute pour que les soignants puissent dire quelque chose de cette souffrance qui ne fait plus sens en leur permettant de l'humaniser. La troisième partie traitera de l'importance de développer des espaces de recherche clinique favorisant un dialogue entre les différents professionnels qui œuvrent dans le champ de la souffrance humaine.

1. La souffrance des soignants

Depuis la réforme du réseau de la santé initiée par le ministre Barrette en 2015, de plus en plus de travailleurs sociaux démissionnent ou partent en congé maladie : « Les heures liées aux congés de maladie des employés du réseau de la santé ont en effet augmenté de 24 % »¹. Mais c'est avec mon travail à la clinique Alliance que j'ai pu comprendre ce qui se cachait derrière cette hémorragie : les soignants n'arrivent plus à trouver de sens à leur métier. Clairement, il y a un écart entre la vision des gestionnaires du réseau en regard des services à offrir aux « usagers » et celle des travailleurs sociaux. Plusieurs recherches font état des conséquences de la nouvelle gestion publique (NGP) de notre système de santé québécois :

La logique gestionnaire accorde une importance majeure aux résultats (en particulier aux résultats financiers), et la logique médicale accorde une importance au rôle stratégique des experts et des données probantes dans l'atteinte de ces résultats. La logique d'intervention sociale, quant à elle, accorde une importance principale au processus et à la relation entre intervenants et usagers (individu, groupe ou collectivité). La qualité de ce processus et de cette relation est perçue comme garante de meilleurs résultats parce que les objectifs de changement sont déterminés conjointement entre l'intervenant et l'utilisateur, ainsi que les moyens à mettre en action pour y arriver. La présence soutenue dans le temps et l'adaptation constante de l'intervention sont des facteurs valorisés dans la logique de l'intervention sociale, mais qui entrent en conflit avec les exigences de productivité à court terme et de fidélité aux protocoles et aux meilleures pratiques des autres logiques en présence.²

Ce que la clinique m'apprend lorsque les soignants disent être submergés par la reddition de compte, être affectés par le manque de temps et se sentir coupables d'orienter leurs interventions selon des exigences de gestion peut être résumé en termes de non-sens :

¹ « Un système de santé qui rend malade ses soignants ? », texte collectif, *Le Devoir*, avril 2019, <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/551885/un-systeme-de-sante-qui-rend-malades-ses-soignants?fbclid=IwAR0WWZt6PHk6agZLBYFxt5cGMR3b5k89LcQBLCVZhA8s0gH0nEpfOTr6Ffg>.

² D. Bourque, « Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec », Communication dans le cadre du colloque européen (CEFUTS), *Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires*, Université Toulouse 2, 2-3 juillet 2009, Cahiers 0907, p. 13, <http://w4.uqo.ca/crcoc/Fichiers/cahiers/0907Final.pdf>

Le fossé semble se creuser toujours davantage entre des intervenants soucieux de soigner et des structures administratives préoccupées d'efficacité. Il en résulte bien souvent chez les intervenants, un sentiment de non-sens et d'aberration qui conduit à l'épuisement professionnel.³

Le futur travailleur social apprend sur les bancs de l'université qu'il est son propre outil de travail. C'est donc dire que l'individu et le travailleur social sont indissociables dans la pratique de cette profession. Lorsque l'on vient réduire l'autonomie, le soutien et la légitimité du travailleur social dans le système de santé, c'est l'individu qui s'en trouve également affecté. C'est ce que j'entends dans mon bureau lorsque les soignants me disent qu'il y a un conflit entre leurs valeurs et celles de l'organisation. Vouloir enlever à tout prix la subjectivité du système de santé vient avec son lot de souffrance, autant à l'égard de l'individu travailleur social qu'envers l'usager du réseau. Je cite Marie-Ève Garand lorsqu'elle affirme que : «renoncer chaque jour un peu plus à son existence et au sens de sa praxis pour correspondre aux standards des normes éthiques et déontologiques ne se fait pas sans heurt»⁴. Les évaluations ne servent plus à aider le soignant à mieux comprendre le discours de l'autre, mais à accumuler de l'information pour permettre aux gestionnaires de catégoriser les demandes. Le travailleur social se transforme donc en secrétaire devant remplir de la documentation pour ensuite dérouler la liste de soins qui lui sera permis d'offrir à son client. On comprend alors que les soignants que je reçois affirment qu'ils se sentent dénaturés de leur être-soignant. Ils le savent très bien que la souffrance existentielle ne se «gère» pas, qu'elle s'écoute. On se retrouve avec des travailleurs sociaux qui se sentent exclus eux-mêmes de leur profession.

De plus, nos soignants vivent un sentiment d'impuissance relié à la perte de pouvoir dans leur pratique clinique. Une soignante m'a déjà dit :

C'est très souffrant quand tu réalises que la souffrance au travail que ton client exprime est la même que la tienne. Comment es-tu censé aider ton client à se repositionner dans sa vie alors que tu n'es même pas capable de le faire pour toi-même.

On voit bien ici l'impuissance à laquelle sont confrontés les travailleurs sociaux. La souffrance se déplace et les moyens pour y faire face aussi. Le travailleur social qui se doit d'être efficace et performant en demandera autant à son client. On se retrouve avec des soignants qui se sentent coupables d'avoir imposé à leur client un

³ G. Renaud, *Intervenir : une question de sens*, version numérique réalisée par Jean-Marie Tremblay, Bibliothèque Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi, 2001, p.12.

⁴ M-È. Garand, «La subjectivité en malaise», *Revue Ouvertures*, vol 3, Aout 2019, p.18.

rythme qui n'est pas le leur, une parole qui est orientée en fonction des informations que l'on doit recueillir, des objectifs préétablis qui doivent être quantifiables et observables ainsi que des échéanciers en fonction des protocoles établis dans chaque programme. Et cette culpabilité est amplifiée lorsque l'on blâme le professionnel de la santé quand les résultats ne sont pas atteints. On lui demande s'il est fatigué, comment ça se passe dans son couple, s'il vit des difficultés personnelles. Je ne peux m'empêcher de faire la comparaison avec la situation où l'on demandait à une femme violée si elle portait une jupe trop courte, ou un chandail décolleté trop plongeant pour tenter de trouver la raison du viol.

Les soignants disent que ce qu'ils vivent n'a pas de sens. En effet, dans le système de santé, cette souffrance n'a pas de sens. Mais que faire de cette souffrance qui ne fait pas de sens, qui est hors sens ?

2. La Clinique Alliance comme lieu d'écoute d'une souffrance hors sens

La Clinique Alliance se constitue comme un lieu en écart, un lieu clinique ouvert par des soignants ayant choisi de prendre une place en écart d'un « système de la santé » vécu comme contraignant. Rapidement, la clientèle de la clinique s'est constituée en bonne partie d'autres soignants qui, comme nous, souffraient de leurs propres pratiques de soins. Ce constat m'a conduit à commencer à m'intéresser à cette souffrance éthique, plus précisément celle que vivent les travailleurs sociaux, restée hors sens précisément parce qu'elle ne s'articule pas dans une logique de résolution de problème. Lorsque ces soignants viennent à la Clinique Alliance nous parler, ils nous disent pratiquement tous la même chose : « ça n'a aucun sens ». Lorsque l'on prend le temps d'écouter ces soignants parler de ce qu'est ce « ça n'a aucun sens », et de l'écouter, non pas dans une logique de gestion technobureaucratique, mais en permettant à la subjectivité d'y être, alors un sens nouveau peut émerger de ce non-sens. Je m'attarderai sur trois éléments qui ressortent de ma praxis clinique.

D'abord, soulignons que, dans le système de santé, il semble y avoir une omerta, une loi du silence qui bâillonne les travailleurs sous peine de représailles. Par exemple, certaines travailleuses sociales m'ont confié avoir reçu un rappel de la politique de loyauté envers l'employeur au moment où se diffusaient de plus en plus de reportages médiatiques dénonçant les méthodes de gestions inadéquates du réseau de la santé. D'autres travailleuses de la santé rencontrées racontent avoir peur des représailles qu'amènerait la dénonciation des exigences abusives (lettre d'insubordination, tache au dossier de l'employé, perte de possibilité d'obtenir un poste par entrevue dans le futur). D'autres racontent avoir échoué dans l'atteinte de

leur objectif de prise en charge et s'être fait reprocher leur faible habileté de gestion comme cause. Une travailleuse sociale s'est aussi fait reprocher de prendre son métier trop à cœur lorsqu'elle tentait de défendre les droits d'un usager. Le fossé semble s'être creusé entre le désir des intervenants pratiquants sur le terrain et les exigences du système visant le « faire plus avec moins ».

L'autre point qui ressort de mon écoute des soignants, c'est le fait qu'il n'y a plus, dans le « système de la santé », d'espace de dialogue pour que les travailleurs puissent parler de la souffrance qu'ils entendent, l'analyser et tenter de la porter à la réflexion clinique. Ainsi, une travailleuse du réseau me racontait encore récemment que les comités cliniques, qui étaient les seuls endroits possibles pour parler des difficultés que vivent les travailleurs sociaux, sont devenus les extensions des comités administratifs normalement réservés pour attribuer les dossiers et comparer les charges de cas. Remplacer la clinique par la gestion est problématique à plusieurs égards, mais surtout du point de vue des effets pour les travailleuses sociales, qui ont de plus en plus l'impression d'être des gestionnaires de cas.

La gestion du temps est devenue un problème générant beaucoup de souffrance. Par exemple, la mise en place d'un tableau statistique demandé pour justifier l'utilisation des minutes accordées au travail apporte un sentiment de ne plus être maître de son temps. Les discussions cliniques avec les collègues entre deux clients doivent se faire sur le temps personnel et rapidement, sans quoi on leur dira qu'ils ne gèrent pas adéquatement leur temps – pire : qu'ils perdent leur temps. Le manque de temps clinique engendre un phénomène d'isolement chez les soignants. Cet isolement semble être souffrant autant chez nos jeunes soignants que chez les plus expérimentés. La souffrance entendue des usagers du réseau est une souffrance qui fait écho chez les intervenants. Et lorsqu'on les prive du temps nécessaire pour articuler ces échos, un malaise s'installe, car : « la limite du travail dépend principalement de l'attitude intérieure du clinicien, de sa disponibilité à entendre, à entrer en relation avec l'autre »⁵. Le manque de temps clinique m'apparaît donc néfaste à plusieurs niveaux pour les soignants du réseau de la santé.

Enfin, il faut parler de l'avènement de la loi 21⁶, destinée à encadrer l'exercice de la psychothérapie au Québec, et de son impact sur le travail et la reconnaissance du travail des personnes. Cette loi, qui est venue modifier le Code des professions, définit la psychothérapie comme

⁵ V. de Gaulejac « Les sources de la honte » Paris, Desclée de Brouwer, 1996.

⁶ Article 187.1 du Code des professions.

un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien.⁷

Si cette loi peut être utile pour mieux encadrer l'exercice de la psychothérapie, concrètement sur le terrain, elle vient aussi et surtout circonscrire les champs d'exercice professionnel de huit professions : psychologue, travailleur social, psychoéducateur, conseiller d'orientation, thérapeute conjugal et familial, ergothérapeute, infirmière et médecin en plus d'exclure d'autres professionnels du cadre de la psychothérapie. Cette orientation est problématique et a déjà été dénoncée à de multiples occasions⁸. Pour ma part, je souhaite souligner que, de ce que j'entends, cette loi découpe encore plus le champ de la souffrance humaine. Or, en délimitant le champ de la souffrance, en le découpant, en l'encadrant selon des orientations méthodologiques propres à chaque science, n'est-ce pas surtout la parole des personnes que nous circonscrivons, que nous encadrons ? À quel prix ?

Je vous propose un exemple. Un jeune homme de 23 ans fait une demande d'aide. Il dit avoir des problèmes de comportements au travail, consomme de la drogue régulièrement, a des difficultés de couple, ne parle plus vraiment à ses parents, car ils ont des problèmes relationnels. Enfin, il dit avoir un diagnostic de maladie bipolaire. À qui devrait-on envoyer cette demande ? Au service en toxico ? En psychologie ? Au service psychosocial général ? Au travailleur social pour ses difficultés relationnelles ? Au psychoéducateur pour ses problèmes de comportement ? Et s'il parle à l'intervenant en toxicomanie, pourra-t-il dire quelque chose de sa maladie bipolaire ?

Surtout, cette loi est censée apporter une meilleure reconnaissance des compétences professionnelles des intervenants associés au milieu de la santé. Pourtant et paradoxalement, elle produit plutôt chez les intervenants un sentiment

⁷ L'ordre des psychologues du Québec, « L'encadrement de la psychothérapie : un défi de la loi 21 », septembre 2015, <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/l-encadrement-de-la-psychotherapie-un-defi-de-la-loi-21>.

⁸ Sarah Bérubé, Étienne Boudou-Laforce et Andrée-Anne Gagné, « Loi 21 : une catégorisation aux effets pervers », *Le Devoir*, 6 août 2013, <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/384468/loi-21-une-categorisation-aux-effets-pervers> ; <https://www.actualites.uqam.ca/2017/psychotherapie-loi-aux-effets-pervers>.

de hiérarchisation et de suspicion. Quelle marge de manœuvre est laissée au jugement professionnel ? Telle intervenante respecte-t-elle le cadre de sa pratique ?

Comme on peut le constater, les conséquences du silence sont lourdes et la loi d'omerta se manifeste de différentes manières : tristesse, angoisse, colère, anxiété, dépression. Comment expliquer que celles et ceux, qui sont payés pour aider à briser l'isolement social dans lequel des gens peuvent être, se retrouvent eux-mêmes victimes d'isolement à l'intérieur même de leurs lieux de travail, et précisément à cause des balises légales servant à encadrer leur pratique ?

3. La Clinique Alliance comme lieu de recherche clinique

À la clinique Alliance, nous avons choisi de laisser ouvert un espace pour que la « quête à être humain »⁹ désirante et subjective puisse se dire, s'entendre, s'analyser et être remis au savoir de la pratique clinique. Si la souffrance psychique telle que définie par l'ordre des psychologues est une dimension qui se découpe, il en est autrement d'un point de vue existentiel. Du point de vue de l'humain parlant et de sa quête de sens subjective, la souffrance existentielle, celle d'un sujet qui se dit souffrant, ne se découpe pas selon un modèle méthodologique, aussi précis soit-il.

Avoir choisi d'entendre et de prendre en compte la parole des travailleurs sociaux du réseau de la santé, avoir choisi de nous mettre à l'écoute de leurs souffrances éthiques, subjectives et existentielles ne permet pas seulement aux soignants de dire quelque chose de leur souffrance subjective. Notre approche leur permet aussi d'humaniser leurs souffrances et d'en faire quelque chose qui fait sens pour eux. Surtout, le travail interdisciplinaire fait à la Clinique Alliance, est d'abord centré sur la recherche d'une meilleure articulation de l'écoute de l'expérience singulière des personnes, et non pas d'abord fait en fonction d'un ordre professionnel. La souffrance existentielle touche la dimension spirituelle, subjective, existentielle et il est possible d'y réfléchir autant en travail social, en psychoéducation, en médecine, en psychanalyse qu'en accompagnement spirituel.

Créer un lieu de recherche clinique repose sur le désir que nous avons d'ouvrir un dialogue entre les différents professionnels œuvrant dans le champ de la souffrance humaine. Ce lieu clinique repose aussi sur l'hypothèse que la souffrance spirituelle et existentielle ne se catégorise pas et qu'elle ne se découpe pas selon des cadres scientifiques. Pour nous, la souffrance existentielle est d'abord expérientielle, une expérience qui demande à être parlée. Cette orientation permet que des échanges se

⁹ M-È. Garand, « La subjectivité en malaise », *Revue Ouvertures*, vol 3, Aout 2019, p.1.

produisent entre les différentes professionnelles¹⁰ de la clinique Alliance, une réflexion qui permet à chacune de pratiquer, à l'intérieur des cadres de son métier respectif, une écoute qui admet la quête de sens humaine et existentielle.

Permettre à un humain qui parle d'une souffrance existentielle avec son langage, dans une quête destinée à lui trouver un sens, n'est-ce pas ça l'accompagnement perdu que dénoncent nos soignants du système de santé? Est-ce qu'étudier la souffrance existentielle de nos soignants dans un milieu comme la Clinique Alliance, selon une approche tournée vers la quête de sens, permettrait d'en connaître un peu plus sur cette souffrance hors sens? Je pense que de créer un lieu de recherche clinique, où le savoir émergera de nos soignants qui diront quelque chose de cette souffrance hors sens est plus qu'important. Quant à moi, c'est certainement ce qui donne sens à ma pratique clinique.

¹⁰ La clinique Alliance s'est constituée avec un groupe de femmes.