



Mémoire de Fin d'Étude  
FORMATION DES INFIRMIERS GÉNÉRAUX  
Jury : 30 et 31 octobre 2000

***LA NÉCESSAIRE CONTRIBUTION  
DE L'INFIRMIÈRE GÉNÉRALE  
A LA PRISE EN COMPTE  
DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL***

JUILLARD-RIETZMANN Dominique

L'École Nationale de la Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

# SOMMAIRE

<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	3
<b><u>1 D'UNE PALETTE DE QUESTIONS A UNE HYPOTHÈSE</u></b> .....	5
<b><u>1.1 Y a-t-il souffrance au travail ?</u></b> .....	5
<b><u>1.2 Cette souffrance peut-elle être prise en compte ?</u></b> .....	6
<b><u>1.3 Quelle peut être la contribution de l'infirmière générale ?</u></b> .....	7
<b><u>1.4 Est-ce nécessaire ?</u></b> .....	8
<b><u>2 ANCRAGE THÉORIQUE</u></b> .....	9
<b><u>2.1 La psychodynamique du travail et le concept de souffrance au travail</u></b> .....	9
<b><u>2.2 L'ergonomie</u></b> .....	12
<b><u>2.3 Le burn out , concept victime de son succès ?</u></b> .....	13
<b><u>2.4 Le harcèlement moral, un concept prometteur ?</u></b> .....	14
<b><u>2.5 La désillusion : d'un projet "magique" à un projet "entonnoir"</u></b> .....	15
<b><u>3 L'ENQUÊTE</u></b> .....	18
<b><u>3.1 Méthodologie : D'une méthode à des récits de vie au travail</u></b> .....	18
<b><u>3.2 De l'analyse du vécu à l'analyse de la prise en compte de la souffrance</u></b> .....	20
<b><u>3.2.1 Objectivation d'une souffrance en rapport avec la notion d'épuisement professionnel</u></b> .....	20
<b><u>3.2.2 Prise en compte de l'épuisement professionnel</u></b> .....	26
<b><u>3.2.3 Objectivation d'une souffrance en rapport avec le harcèlement moral ou professionnel</u></b> .....	31
<b><u>3.2.4 La prise en compte du harcèlement</u></b> .....	35
<b><u>3.2.5 La désillusion</u></b> .....	37
<b><u>3.2.6 La prise en compte de la désillusion</u></b> .....	39
<b><u>3.2.7 Gros plan sur l'infirmière générale</u></b> .....	41
<b><u>4 DISCUSSION – PERSPECTIVES - PROPOSITIONS</u></b> .....	44
<b><u>4.1 Discussion</u></b> .....	44
<b><u>4.2 Perspectives - Propositions</u></b> .....	46
<b><u>4.2.1 Comment "accompagner" le temps ?</u></b> .....	46
<b><u>4.2.2 Comment aménager l'espace ?</u></b> .....	49
<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	51

# INTRODUCTION

"Lorsqu'on évoque la situation de ceux qui souffrent à cause du travail, on déclenche souvent une réaction de recul ou d'indignation, parce que l'on semble, de ce fait, témoigner d'une incapacité à s'émouvoir du sort supposé pire de ceux qui souffrent à cause de la privation du travail."<sup>1</sup>

Lorsqu'on évoque la souffrance de ceux qui travaillent à l'hôpital, on accentue souvent cette réaction, parce que l'on semble alors s'émouvoir de la condition des soignants au risque de ne pas privilégier celle des patients.

Quant au contexte de médiatisation du thème, il contribue à entretenir cette méfiance : s'intéresser à la souffrance des soignants inciterait des opportunistes à justifier leur manque d'enthousiasme au travail par une position de victime. L'on participerait ainsi à une construction sociale de la "victime".

Malgré tout, l'intuition demeure :

Pour "assurer l'animation, l'encadrement et la gestion du service de soins infirmiers... contribuer à la définition d'une politique d'amélioration continue de la qualité des soins" (Décret n° 94-904 du 18 octobre 1994), l'infirmière générale a comme principal outil stratégique la mise en place de projets. Or impulser des projets au sein d'équipes qui souffrent peut contribuer à fixer un décalage entre un discours et le terrain et bloquer durablement une dynamique de progression. A contrario, des projets peuvent fédérer une équipe ou un établissement, induire un bien être, un plaisir au travail.

La prise en compte de la souffrance au travail peut donc être considérée soit comme un préalable, soit comme un bénéfice de la mise en place de projets, outil stratégique incontournable de l'infirmière générale pour assurer sa mission.

---

<sup>1</sup>DEJOURS Christophe - Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale - Paris - Editions du Seuil - Collection "L'histoire immédiate"-1998

Pour mettre à l'épreuve la teneur et la pertinence de cette intuition, pour étayer ce qui est devenu une pré-recherche, quatre voies ont été suivies :

- La lecture d'ouvrages traitant de la souffrance au travail, des conditions de travail, du management, de la démarche de projet ;
- L'interrogation de notre expérience professionnelle et de celle de nos collègues de promotion à l'Ecole Nationale de la Santé Publique.
- La conduite et l'analyse d'entretiens menés auprès de cadres infirmiers supérieurs et d'une infirmière générale lors de mon premier stage (enquête exploratoire)
- La constitution d'un dossier de presse à propos d'une situation de crise dans un hôpital local et l'expression médiatisée d'une souffrance collective ainsi que le repérage d'une visibilité juridique de la question au travers de la presse.

Cette enquête exploratoire nous a conduit à poursuivre la recherche que nous exposerons en quatre parties : la déclinaison d'un questionnement permettant de poser une hypothèse, une recherche théorique autour des concepts rencontrés ou dégagés, l'enquête : son déroulement et son analyse, les perspectives professionnelles et propositions issues de la rencontre entre les éléments théoriques et les données de l'analyse.

# 1 D'UNE PALETTE DE QUESTIONS A UNE HYPOTHESE

Pour exposer la problématique, nous nous proposons d'interroger successivement chacun des groupes de mots du titre de ce mémoire, titre qui s'est rapidement imposé lors de la phase de pré-recherche et qui nous paraît bien délimiter le champ de notre réflexion. Puis nous indiquerons ce que nous a apporté comme piste de réponse chacune des quatre voies précitées.

## 1.1 Y A-T-IL SOUFFRANCE AU TRAVAIL ?

Le milieu de travail dont il sera question peut se définir comme le lieu d'exercice professionnel de tous les agents dépendant hiérarchiquement ou fonctionnellement d'une infirmière générale.

La souffrance au travail s'entend par une partie de la souffrance générée par le travail. Elle n'existerait pas si l'individu ou un groupe d'individus ne travaillait pas ou si les conditions de travail étaient différentes.

Dans son livre intitulé *"Stress et souffrance des soignants à l'hôpital"*<sup>2</sup>, Madeleine Estryn-Behar laisse peu de doute sur l'existence de ce phénomène et cite plusieurs fois les écrits de Christophe Dejours pour l'analyser. Elle relie directement cette souffrance au travail, à la dimension "psychique et affective du travail".

Une enquête de psychodynamique du travail auprès des cadres infirmiers et des cadres infirmiers supérieurs<sup>3</sup> réalisée à la demande du CHSCT central de l'AP-HP en 1997 révèle que "la première séance de l'enquête a donné l'impression d'avoir ouvert les vannes à un flot, un débordement de souffrance".

Les cadres infirmiers supérieurs sollicités lors de la phase exploratoire de la présente recherche se sont décrits en difficulté dans l'institution et ont révélé les effets sur leur santé : psoriasis, insomnie, prise d'antidépresseurs, de somnifères sont spontanément reliés à leurs conditions de travail.

---

<sup>2</sup>ESTRYN-BEHAR Madeleine - Stress et souffrance des soignants à l'hôpital - Editions ESTEM- PARIS1997.

<sup>3</sup>Enquête de psychodynamique du travail auprès des cadres infirmiers et des cadres supérieurs infirmiers de l'AP-HP.Pascale Molinier Livia Scheller Clément Rizet –Laboratoire de psychologie du travail du Conservatoire National des Arts et Métiers –février 1998

Ils esquissent ou révèlent les causes de leur souffrance propre et de celle de leurs équipes autour de plusieurs thèmes:

- le burn out ou syndrome d'épuisement professionnel
- Le harcèlement moral ou professionnel
- la désillusion telle qu'illustrée par un cadre : "projet magique - projet entonnoir".

Ces trois causes ou facteurs seront utilisés dans la présente recherche pour circonscrire la souffrance au travail dont il sera question ; ainsi délimitée, elle a été confirmée spontanément par plusieurs collègues de promotion dès l'annonce et l'explicitation du thème de ce mémoire, ainsi que par des revues de presse ; les conséquences de cette souffrance revêtent un caractère certain de gravité voire un risque mortel. Elles ont également un coût financier important.

## **1.2 CETTE SOUFFRANCE PEUT-ELLE ETRE PRISE EN COMPTE ?**

Le schéma : prévention, dépistage, traitement, évaluation, réajustement est-il opérant ?

L'individu lui-même peut-il prendre en compte sa souffrance ?

Françoise Gonnet<sup>4</sup> considère que "les mécanismes de protection sont la plupart du temps inconscients" ; elle évoque par exemple la fuite organisée ou le conflit déplacé; est-il opportun de les reconnaître et de les interroger ? Qui est alors compétent ?

La "banalisation du mal" dont parle Christophe Dejours est-elle courante à l'hôpital ?

Les outils de mesure du burn out cités dans l'ouvrage de Pierre Canouï et Aline Mauranges "Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants" peuvent-ils être d'une pratique courante ?<sup>5</sup>

La "veille sociale" préconisée par D. Picard est-elle une concrétisation d'une volonté institutionnelle de prise en compte de la souffrance au travail, peut-elle se différencier d'une surveillance du climat social ?

La sensibilisation d'une institution à la prise en compte de la souffrance au travail a-t-elle une incidence sur l'irruption ou la forme de conflit ou de crise ?

---

<sup>4</sup> Gonnet Françoise -L'Hôpital en questions -Editions Lamarre.1992

Les soignants considèrent-ils que la prise en compte de leur souffrance est une créance de l'institution ? L'hôpital institution qui donne des soins et les emploie leur en serait redevable ? La rencontre des professionnels avec les concepts de burn out et de harcèlement moral ou professionnel est souvent à la fois fortuite et bénéfique ; favoriser cette rencontre serait-il une forme de prise en compte ?

La souffrance des soignants est-elle une prérogative de la médecine du travail ?

### **1.3 QUELLE PEUT ETRE LA CONTRIBUTION DE L'INFIRMIERE GENERALE ?**

Christophe Dejours introduit la notion de perception pathique. La formation initiale de l'infirmière générale et son expérience antérieure de soignante ont-elles aiguisé sa perception pathique ? La population soignante d'un hôpital est-elle sensible à cette attention de l'infirmière générale ?

Les auteurs lus insistent sur l'importance du rôle de la hiérarchie dans la prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel et du harcèlement moral. Les médecins du travail, l'encadrement intermédiaire, les psychologues sont également reconnus comme des acteurs essentiels.

Une prise en compte plurielle et solidaire de la souffrance au travail peut-elle être lue comme un indicateur de la maturité d'un management ?

La pré-enquête sur le terrain esquisse plusieurs formes de contribution : directe, associée, déléguée, immédiate, différée, détournée, volontairement non interventionnelle, tacite et relayée par une demande d'investissement professionnel individuel ou collectif. Quand les soignants en ont une perception, ils l'expriment volontiers : "oreille attentive" ; "l'infirmière générale a été très, très aidante".

---

<sup>5</sup> Cf. Annexe 1

## 1.4 EST-CE NECESSAIRE ?

Que pourrait-il se produire si la contribution de l'infirmière générale à la prise en compte de la souffrance au travail était inexistante ? :

- Un déficit au niveau de la reconnaissance de valeurs professionnelles (l'attention à l'autre) ?
- Une cristallisation de la souffrance prenant une forme individuelle ou collective, ayant un coût humain, institutionnel ou financier ?
- Toute démarche de projet rendue illusoire ?
- Un décalage entre une médiatisation progressive et irréversible du problème et une absence d'intervention ?

D'autre part, les jurisprudences <sup>6</sup> ne laissent pas de doute sur l'éventuelle responsabilité de l'employeur ou des supérieurs dans des formes d'expression d'une souffrance au travail que peuvent être une altération de la santé d'un salarié, une tentative de suicide ou un suicide. L'article L230-2 du code du travail oblige d'ailleurs l'employeur à « prendre des mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs ». L'infirmière générale n'est bien sûr pas l'employeur mais elle est un maillon de la chaîne en tant que membre de l'équipe de direction.

L'ensemble de ce questionnement m'amène à poser l'**hypothèse** suivante :

**L'infirmière générale, en contribuant à la prise en compte de la souffrance au travail pose les conditions d'une efficience<sup>7</sup> du service de soins infirmiers.**

Les concepts de souffrance au travail, d'épuisement professionnel, de harcèlement moral au travail, de désillusion, s'avèrent indispensables pour étayer la réflexion et appellent une recherche théorique.

---

<sup>6</sup> CF annexe 2 – Extrait de l'Est Républicain du 12 mai 2000 et inclus dans la revue de presse de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et sociales de Lorraine

<sup>7</sup> efficience : qualité de ce qui est efficient - Efficient : qui a de l'efficacité, du dynamisme – Hachette – le Dictionnaire

## 2 ANCRAGE THEORIQUE

Le choix a été fait de présenter les concepts qui ont guidé la présente recherche dans un débat contradictoire, même s'il est très partiel.

### **2.1 LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL ET LE CONCEPT DE SOUFFRANCE AU TRAVAIL**

Le concept central semble bien être proposé par Christophe Dejours, psychiatre, psychanalyste, professeur au Conservatoire national des arts et métiers.

La souffrance au travail occupe une place prépondérante dans la psychodynamique du travail qui a "pour objet, spécifiquement, l'analyse clinique et théorique de la pathologie mentale due au travail"<sup>8</sup>

"Pourquoi le travail est-il tantôt pathogène, tantôt structurant ? Le résultat n'est jamais donné d'avance. Il dépend d'une dynamique complexe dont les principales étapes sont identifiées et analysées par la psychodynamique du travail"<sup>9</sup>. "Pourquoi les uns consentent-ils à subir la souffrance, cependant que d'autres consentent à infliger cette souffrance aux premiers ?" est de l'avis de Christophe Dejours lui-même la question centrale de son livre "Souffrance en France la banalisation de l'injustice sociale". Tâches dangereuses pour la santé, souffrance, appréhension, angoisse de ceux qui affrontent des risques, peur de ne pas donner satisfaction, de n'être pas à la hauteur des contraintes de l'organisation du travail sont cités comme exemple et sont intégrés dans un aperçu de la souffrance.

Quatre grandes lignes sont identifiées :

- La crainte de l'incompétence
- La contrainte à mal travailler
- Le non espoir de reconnaissance
- Les défenses contre la souffrance. "Nécessaires à la protection de la santé mentale contre les effets délétères de la souffrance, les stratégies défensives

---

<sup>8</sup>ibid. 1

peuvent aussi fonctionner comme un piège qui désensibilise contre ce qui fait souffrir. Et, au-delà, elles permettent parfois de rendre tolérable la souffrance éthique et non plus seulement la souffrance psychique, si l'on entend par là la souffrance qui résulte non pas d'un mal subi par le sujet, mais celle qu'il peut éprouver de commettre, du fait de son travail des actes qu'il réprouve moralement ?"

Les stratégies collectives de défense que la psychodynamique du travail a mises à jour utilisent fréquemment le déni (du risque, ou de la perception des patients) et supposent une "complicité et une auto-organisation" déclenchant "nécessairement une collision contre un ennemi commun". Elles "permettent de passer de victimes passives, à agents actifs, exploitant soit le défi, soit la provocation, soit la dérision face aux contraintes pathogènes."<sup>10</sup>

La "banalisation du mal" est considérée comme une défense contre la souffrance d'autrui et est une clé d'analyse. Le concept de "distorsion communicationnelle" emprunté à Habermas est utilisé pour analyser et penser l'écart entre l'organisation prescrite et réelle du travail. "Le déni du réel du travail constitue la base de la distorsion communicationnelle. Il est en général associé au déni de la souffrance dans le rapport au travail.

En effet, le déni du réel, qui implique la sur valorisation de la conception et du management, conduit inmanquablement à interpréter les échecs du travail ordinaire comme l'expression d'une incompetence, d'un manque de sérieux, d'une insouciance, d'un manque de formation, d'une malveillance, d'une défaillance ou d'une erreur, relevant de l'homme". Or "le travail, c'est l'activité coordonnée des hommes et des femmes pour faire face à ce qui ne pourrait être obtenu par l'exécution stricte des prescriptions" (Davezies, 1990, Dejours, 1994) ; le déni du travail réel "résiste à l'épreuve de vérité de l'expérience si les difficultés rencontrées dans l'exercice du travail ne remontent pas à la connaissance de l'encadrement."<sup>11</sup>

Les thèses de C. Dejours ne font pas l'unanimité, entre autre dans le monde de la sociologie du travail, comme le rapporte un symposium<sup>12</sup> dont le support est son dernier livre. Jean-Pierre Durand et Isabelle Baszanger y exposent leurs critiques.

---

<sup>9</sup>ibid. 1

<sup>10</sup>CANOUI Pierre – MAURANGES Aline – Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants de l'analyse du burn out aux réponses – Ed. Masson Paris 1998

<sup>11</sup> ibid. 1

Ces deux auteurs partagent la description des situations de souffrance au travail ainsi que la constatation d'une mobilisation faible devant ce phénomène. Isabelle Baszanger insiste sur l'apport des travaux de C. Dejours qui "ont beaucoup contribué à élargir l'attention portée à cette question de la souffrance au travail". Elle pointe également l'émergence de la notion de souffrance éthique qui lui "paraît pouvoir aider à la compréhension de certaines dimensions du rapport au travail d'autres groupes professionnels, par exemple les médecins et les soignants". Elle mesure en outre "la pertinence" des analyses dans ses "propres terrains de recherche".

Cependant Jean-Pierre Durand dénonce chez C. Dejours une "culture de la souffrance", une "normalité souffrante" et réfute les analyses car exclusivement basées sur l'individu utilisant la banalisation du mal pour se protéger de sa propre souffrance. La résignation est pour lui un "phénomène social". Il insiste sur la transformation de "l'espace de travail" par chacun en "un espace de satisfaction, de plaisir, de reconnaissance, etc."

La validité scientifique de l'essai de C. Dejours est mise en doute par ses deux critiques car il lui est reproché son manque de références historiques, ainsi qu'une "référence au mal qui fonde la comparaison déployée tout au long du livre avec le système nazi" et qui "ne va pas de soi". D'autre part, le sens moral dont traite C. Dejours est mis en opposition avec une position scientifique et "son silence sur des pans entiers de la connaissance sociologique" est regretté. La question précise du traitement de la souffrance au travail est abordée. "Si la souffrance est ontologique, quelle chance possède la psychodynamique de mettre fin à la souffrance ?" note J-P Durand qui craint en outre que "la dénonciation de la souffrance chez autrui l'atteigne dans sa dignité à travers la stigmatisation qu'elle produit". I. Baszanger défend la notion "de l'engagement et de la responsabilité des personnes et donc aussi de leur sens moral en acte".

La réponse de C. Dejours est axée autour de plusieurs axes :

- "L'idée que le travail est un médiateur irremplaçable entre sujet et société"
- La souffrance est bien première dans le rapport au travail

---

<sup>12</sup> DURAND Jean-Pierre – BASZANGER Isabelle – DEJOURS Christophe -Symposium sur souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale – sociologie du travail (2000) 42-340 – 2000 – Editions Scientifiques et médicales ELSEVIERSAS

- "En ce qui concerne la lutte contre la souffrance au travail, une action ne peut être tenue pour rationnelle que si elle est orientée et pensée par ceux-la même qui souffrent".
- La transformation de l'organisation est une action visant à traiter la souffrance au travail.

## **2.2 L'ERGONOMIE**

"L'ergonomie s'intéresse aux relations entre l'homme et son travail, son dispositif technique et son environnement". Cette définition citée par Madeleine Estryn-Behar<sup>13</sup> est celle de l'Association Internationale d'Ergonomie. Les quatre disciplines de référence citées dans le livre sont la psychodynamique du travail, l'analyse en terme de stress et les études épidémiologiques, l'approche ergonomique, l'approche sociologique des institutions et de la relation soignant-soigné. L'ergonomie fait donc le lien entre plusieurs disciplines avec une volonté in fine d'améliorer les conditions de travail.

Dans la sphère hospitalière, en particulier, elle permet de mettre à jour une souffrance psychique en lien avec la rencontre de la maladie et de la mort, la fréquence des situations à "double contrainte" signant l'écart entre travail prescrit et travail réel et l'irruption d'une technicité pointue. L'ergonomie repère les mécanismes de défense des soignants et n'hésite pas à mesurer le stress des soignants ou leur degré d'épuisement professionnel. Le rôle des cadres et la concertation des équipes sont cités comme primordiaux.

L'ergonomie se donne les moyens d'accompagner les changements techniques, architecturaux par une prise en compte de la douleur psychique qui peut être révélée lors de la réflexion nécessaire à la mise en place des dits changements.

François Hubault, lors d'un séminaire intitulé : Ergonomie et Management, considère les "conditions de travail" comme "un décodeur de la réalité, un outil de recherche de convergence dans l'organisation".

---

<sup>13</sup>ibid. 2

## 2.3 LE BURN OUT , CONCEPT VICTIME DE SON SUCCES ?

Le burn out ou syndrome d'épuisement professionnel des soignants a fait l'objet de nombreux écrits, séminaires, formations et mémoires.

Il peut se définir comme "un syndrome à trois dimensions en réponse à un stress émotionnel chronique comprenant un épuisement professionnel et physique, une déshumanisation de la relation et une baisse du sentiment d'accomplissement personnel et professionnel".<sup>14</sup> "L'image inspirée de l'industrie aérospatiale demeure la plus suggestive".

Le terme « burn out désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine". Ce terme a été rapidement adopté par les soignants. Il est d'ailleurs né "comme problème social et non comme problème théorique"<sup>15</sup> pour mieux le cerner, Christina Malash et son équipe ont élaboré un instrument de mesure, le Malash burn out inventory (MBI, 1981)

La communauté scientifique reste très réservée par rapport à ce concept en tant que modèle théorique entre autre du fait de ses zones de proximité avec le stress. D'autre part, le terme est soupçonné de pouvoir facilement servir de "fourre-tout"<sup>16</sup> et d'être une explication facile et opacifiante à bon nombre de difficultés rencontrées par des équipes de soins. Ainsi un psychologue, sur le point de rencontrer une équipe en grande souffrance, à la demande d'une surveillante, croise un médecin qui lui glisse "elles sont un peu stressées, épuisées ces temps-ci, allez leur parler, cela leur fera du bien". Il s'est révélé que la crise durait depuis plusieurs années, et que de graves problèmes d'éthique étaient en jeu.

Pascale Molinier<sup>17</sup> repose ainsi la question du burn out : "Aujourd'hui une floraison de discours psychologiques considère la "souffrance des soignants" comme une affaire entendue, une fatalité inhérente à la dure réalité d'un métier qui confronte à la maladie, à la mort, la folie la déchéance des corps, le drame et la souffrance d'autrui. La féminisation de la profession est un fait acquis. Les infirmières ont conquis leur respectabilité. Le naturalisme

---

<sup>14</sup> ibid. 10

<sup>15</sup> ibid. 10

<sup>16</sup> ibid. 10

<sup>17</sup> MOLINIER Pascale - Thèse présentée en vue de l'obtention du doctorat de psychologie : Psychodynamique du travail et identité sexuelle 1995

qui présidait à l'exaltation du dévouement féminin n'a-t-il pas simplement changé de rhétorique ? Le "burn out serait-il un nouveau gage de l'humanité, voire de la professionnalité des infirmières ?"

## **2.4 LE HARCELEMENT MORAL, UN CONCEPT PROMETTEUR ?**

"Par harcèlement sur le lieu de travail, il faut entendre toute conduite abusive se manifestant par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits, pouvant porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne, mettre en péril l'emploi de celle-ci ou dégrader le climat de travail".<sup>18</sup>

Ce phénomène est qualifié de mobbing dans les pays anglo-saxons et les pays nordiques où il a été essentiellement étudié. Refuser la communication directe, disqualifier, discréditer, isoler, brimer, pousser l'autre à la faute, harceler sexuellement sont différentes étapes indiquées par M-F Hirigoyen qui, d'autre part, lors d'une conférence notait que l'hôpital se révélait un milieu fécond pour le harcèlement moral.

André Montesinos décrit un type de "personnalité autoritaire" qu'il qualifie de "nuisance professionnelle"<sup>19</sup>. Cet individu semble pouvoir réserver un sort identique à ses "victimes" que le pervers décrit par M-F Hirigoyen.

Gwénaëlle Poilpot-Rocaboy propose un essai de modélisation<sup>20</sup> et considère que le harcèlement professionnel "illustre une forme majeure d'absence de respect et de considération de la personne humaine en situation de travail". Elle s'appuie sur l'ampleur du phénomène : une enquête réalisée par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, réalisée en janvier 1996, révèle que douze millions de travailleurs sont touchés par l'intimidation et la violence psychologique à l'intérieur de l'Union Européenne. G.Poilpot-Rocaboy considère « le harcèlement professionnel comme une composante de la notion plus large de violence au travail. Il représente une forme de la violence morale ou psychologique et exclut les pratiques de violence physique dans l'entreprise".

Le but en est toujours de déstabiliser la personne. La réaction d'une organisation face au harcèlement professionnel est abordée. "L'exemple de la firme Maryflo montre que la

---

<sup>18</sup>HIRIGOYEN Marie-France - le harcèlement moral - la violence perverse au quotidien - Ed. La Découverte et Syros - Paris - 1998 -

<sup>19</sup>Montésinos André La personnalité autoritaire : une nuisance professionnelle in Objectif soins n°82 janvier 2000

pérennité de la firme est liée à sa capacité à limiter cette forme de violence"<sup>21</sup>. Chappel et Di Martino (1998), Elliot et Jarret (1994) sont cités pour leur proposition d'un management pro-actif et d'une prévention de la violence au travail grâce à une sensibilité de la Direction ainsi qu'à une compréhension des situations et des raisons qui favorisent le phénomène. Une rapidité d'intervention allant jusqu'à la sanction est un facteur de limitation de nouveaux incidents ainsi qu'un facteur d'atténuation des "impacts négatifs de la violence au niveau individuel et organisationnel"<sup>22</sup>. Ainsi Gwénaëlle Poilpot-Rocaboy considère que "la fonction Gestion des Ressources humaines se voit dotée d'un rôle nouveau : celui d'assurer le respect du contrat psychologique relationnel dans l'entreprise par l'évitement de comportements de harcèlement professionnel".<sup>23</sup>

Martin Resch<sup>24</sup> en 1994 s'oppose à centrer le harcèlement moral sur la dyade "agresseur-victime" et écrit : "Le fait de regarder les faits sous l'angle de la dyade agresseur-victime n'est utile pour aucun des participants. C'est pour cela que nous attachons une telle importance au fait que le mobbing soit considéré comme une action sociale avec beaucoup d'acteurs. Le mobbing doit être considéré comme une action sociale dont la naissance est due à beaucoup de facteurs externes".

Heinz Leymann<sup>25</sup> 1996 est formel sur le fait que le mobbing découle toujours d'un conflit et insiste sur les trois facteurs principaux : l'organisation du travail, la conception des tâches, l'animation et la direction des exécutants.

Le concept de harcèlement moral est parfois suspecté d'être un concept insatisfaisant sur le plan théorique et trop rapidement utilisé sur le terrain, un peu comme celui du stress ou du burn out.

## **2.5 LA DESILLUSION : D'UN PROJET "MAGIQUE" A UN PROJET "ENTONNOIR"**

La désillusion est un concept qui sous-entend deux niveaux : un niveau escompté, enviable, qui fait l'objet d'une mobilisation spontanée ou induite d'un fort investissement, et un niveau d'arrivée évalué de façon péjorative et souvent individuelle. L'écart entraîne une forte

---

<sup>20</sup> Poilpot-Rocaboy Gwénaëlle - Dossier compétences : de la théorie au terrain le processus de harcèlement professionnel - Revue française de gestion n°127 janvier-février 2000

<sup>21</sup> ibid. 20

<sup>22</sup> ibid. 20

<sup>23</sup> Ressources Humaines une gestion éclatée Ed. ECONOMICA Paris 1998

<sup>24</sup> Citation extraite du mémoire en méthodologie de l'exploitation des données en psychologie TP B2 1998/1999 présenté par Isabel Jansen.

<sup>25</sup> Donnée extraite du même mémoire

déception probablement fonction de l'intensité de l'espoir du départ, du degré d'adhésion, du poids de l'investissement consenti et de sa durée. Peuvent être sous-jacente la notion d'utopie, ainsi que celle du leurre. Le passage d'un niveau à un autre est balisé par un projet.

Il convient ici de faire la distinction entre projet personnel et projet institutionnel. En effet, si l'on peut aisément envisager que tout projet contient en lui-même un potentiel de désillusion, l'institutionnalité doit permettre d'en mesurer le risque, de le surveiller.

Marie-Claire Carpentier-Roy<sup>26</sup> introduit la notion de pathologie de l'excellence par opposition à la pathologie de l'exclusion : "Les réorganisations du travail actuelles...ont ceci de particulier qu'elles exercent une fascination chez les travailleurs. Il leur semble, dans un premier temps que ces organisations basées sur l'excellence, structure une image du travailleur plus valorisante car elle dépasse la vision limitative de l'homme économique.. ; et de l'homme rationnel et elle intègre dans son discours, les dimensions de l'homme habité par des désirs et des passions. Or, ces nouvelles organisations du travail créent des paradoxes qui génèrent ce que j'appelle les "pathologies de l'excellence". Elles font certes appel à la subjectivité des travailleurs, à leurs passions, à leur créativité, à la solidarité collective mais elles le font en orientant cette subjectivité dans les créneaux propres de l'entreprise que sont la productivité et l'efficacité, en en pervertissant le sens....En convoquant la subjectivité des travailleurs, ces organisations du travail donnent théoriquement droit de cité au **sujet** ...qui cohabite toujours avec l'acteur contraint par les prescriptions d'une organisation du travail". Il nous semble que la désillusion peut se lire et s'inclure dans cette idée de pathologie de l'excellence.

"Il ne suffit pas de faire et d'avoir un projet. Il convient que celui-ci ait un sens pour tous ceux qu'il concerne et que la démarche permettant de le préparer, de le formuler et de le soutenir, crée les conditions pour que l'établissement *reste durablement en projet*".<sup>27</sup> Si ce "sens" disparaît ou se révèle différent, l'individu investi dans le projet souffre.

Nous retiendrons donc que le concept de souffrance au travail tel que le décline C.Dejours fournit un éclairage utile et pertinent sur une réalité du travail. Cette réalité n'est pas controversée même si son analyse et sa théorisation peuvent l'être.

---

<sup>26</sup> ACTES-colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail tome 1-Conservatoire National des Arts et Métiers 1997

<sup>27</sup> Honoré Bernard Samson Geneviève – la démarche de projet dans les établissements de santé – Ed. Privat Toulouse 1994

Ce même concept sert de support à une partie de l'ergonomie. Le burn out lui aussi peut être critiqué au niveau purement théorique, mais bien délimité il s'avère utile pour traiter une partie de la souffrance des soignants. Le concept de harcèlement moral ou professionnel semble ouvrir rapidement et largement une voie dans la compréhension de nombreux pans de douleur des soignants. Quant à la notion de projet elle continue à être corrélée à une motivation et un investissement des acteurs. Elle semble pouvoir générer de la souffrance.

## 3 L'ENQUETE

### **3.1 METHODOLOGIE : D'UNE METHODE A DES RECITS DE VIE AU TRAVAIL.**

L'enquête que nous avons entreprise est de type qualitative. Elle a été constituée d'entretiens semi-directifs.

Un principe de prudence l'a guidée compte tenu du thème abordé. Ont été utilisées pour nourrir cette prudence tout en recherchant la pertinence, nos ressources issues de vingt ans d'expérience professionnelle et d'une licence de sociologie.

Les deux stages effectués dans des centres hospitaliers dans le cadre de la formation à l'Ecole de la Santé Publique ont été des terrains d'enquête privilégiés.

Notre propre réseau professionnel a été également sollicité et a révélé de nombreuses personnes ressources ou relais.

Le thème de l'enquête semble avoir été très mobilisateur. Notre position d'infirmière générale en formation à l'Ecole Nationale de la Santé a évidemment eu un impact sur la composition de la population acceptant les entretiens et sur la nature de l'investissement des personnes interviewées.

Deux types d'entretiens peuvent se différencier :

- Des entretiens d'approche générale : Sur les deux lieux successifs de stage, annonce du thème de notre recherche en staff de direction et en staff d'encadrement suivie de prises de rendez-vous téléphonique avec les personnes consentantes.
- Des entretiens d'approche plus ciblée : Une personne relais connaissant le thème de notre recherche établit un contact pour que l'entretien puisse se réaliser. Les motivations des personnes-relais peuvent être différentes : aider notre recherche ou permettre à une personne ayant eu une expérience de souffrance au travail de s'exprimer ; ces deux motivations peuvent parfois se rejoindre.

Nous avons donc réalisé ( les deux types d'entretiens confondus ) :

- 15 entretiens avec des cadres infirmiers supérieurs ( CIS )
- 4 entretiens avec une infirmière générale ( IG ) en plusieurs séquences
- 1 entretien avec un Directeur
- 1 entretien avec un Directeur chargé des ressources économiques
- 2 entretiens avec un Directeur des Ressources Humaines ( DRH )
- 1 entretien avec un médecin du travail
- 1 entretien avec un Praticien Hospitalier Universitaire
- 2 entretiens avec un psychologue dont 1 Conseiller en Ressources Humaines ( CRH )
- 1 entretien avec une aide-soignante
- 1 entretien avec une étudiante en soins infirmiers
- 1 entretien avec une infirmière
- 1 entretien avec une responsable de formation

Nous avons également recueilli de façon indirecte le vécu douloureux de soignants gardés dans l'anonymat ou cités de façon collective. De façon inégale, l'enquête porte donc sur des situations vécues dans dix sites hospitaliers : six Centres hospitaliers Universitaires (C.H.U.) ou sites d'un C.H.U., deux centres hospitaliers généraux, une maison de retraite et un hôpital local.

Des observations directes ont été réalisées sur des situations institutionnelles (staff de Direction, d'encadrement, entretiens de recrutement et d'accompagnement à une reprise de travail) ainsi que sur des situations fortuites (rencontre dans l'ascenseur, les couloirs)

Des analyses de documents ont été effectuées : avant-projet infirmier, projet social.

La participation à un stage de deux jours intitulé : Optimiser ses ressources pour garantir une prise en charge de qualité ou comment prévenir l'épuisement des soignants ?, animé par Lorraine Brissette et Michelle Arcand respectivement travailleuse sociale et psychologue au Québec a complété cette enquête.

Une rencontre avec Ginette Francequin, maître de conférence, psychologue au Conservatoire National des Arts et Métiers nous a ouvert le milieu de la psychodynamique du travail. Ginette Francequin a d'autre part contribué à créer l'association " Mots pour Maux au travail"<sup>28</sup> et a bien voulu nous faire part de son expérience.

### **3.2 DE L'ANALYSE DU VECU A L'ANALYSE DE LA PRISE EN COMPTE DE LA SOUFFRANCE**

Pour des raisons de lisibilité, nous avons choisi de rendre compte des paroles recueillies en conservant les trois thèmes identifiés comme cause de la souffrance lors de l'enquête exploratoire, tout en observant qu'ils s'interfèrent dans la réalité : le harcèlement professionnel pouvant par exemple être la cause de l'épuisement professionnel lui-même susceptible de favoriser les risques de désillusion face à un projet. La fonction des soignants cités ne sera pas systématiquement indiquée par respect de l'anonymat et parce que nous ne voulions pas suggérer un débat catégoriel. D'autre part sur le thème précis de l'enquête, elle ne nous est pas apparue déterminante.

#### **3.2.1 Objectivation d'une souffrance en rapport avec la notion d'épuisement professionnel**

Epuisement professionnel "c'est un problème sous-estimé, ça se voit quand on creuse, quand on cherche" et paradoxalement et immédiatement après : "Il n'y a pas une seule journée où il n'y a pas un agent qui vient me voir : "je suis fatigué, je n'en peux plus" - Médecin du travail

---

<sup>28</sup> Cf. annexe 3

## quotidienneté d'une souffrance éthique

L'épuisement professionnel qui m'a été révélé semble prendre d'abord ses racines dans la quotidienneté d'une souffrance éthique<sup>29</sup>, elle-même centrée sur plusieurs préoccupations :

### ❖ La perception d'une sécurité des patients non prioritaire :

- Pendant de longs travaux de remise aux normes : "trous laissés béants" dans une unité de long séjour. Longues discussions avec l'ingénieur chargé des travaux "expliquant la situation, mais ne changeant rien".
- Absence de réponse de la Direction à un dossier monté par un cadre supérieur et alertant sur les risques de déshydratation prévisibles en été pour des patients en l'absence de réparation des stores endommagés par la tempête.
- Compétences des équipes jugées limite suite aux recrutements de jeunes infirmières en contrat à durée déterminée lors d'une opération de restructuration, les infirmières dans le service depuis plus de deux ans devenant nettement minoritaires. De même, le nombre de cadres est passé de 6 à 1,8 en deux ans pour le même effectif de patients et de soignants. "Quelque part, on est un peu inconscient, j'ai mon portable et puis voilà, sinon on se flinguerait" confiait un cadre infirmier supérieur. "On est limite sécurité".
- Organisation du travail actée comme dangereuse suite à des regroupements d'activité médicale. Exemple : dans un service d'hémodialyse, trois protocoles différents en vigueur pour huit patients.

---

<sup>29</sup>Nous sommes ici conscient de ne pas respecter le schéma classique du burn out dont les étapes identifiées sont les suivantes : 1° épuisement émotionnel physique et psychique, 2° déshumanisation de la relation à l'autre 3° diminution de l'accomplissement personnel. La souffrance éthique repérée dans l'enquête fait passer directement de la première étape à la troisième. Cela montre-t-il modestement les limites du concept ou rend-il compte d'une étanchéité des étapes, l'enquête n'ayant pas rencontré la deuxième pour des raisons intrinsèques ou extrinsèques. En tout état de cause, nous n'utiliserons donc pas la terminologie complète : « syndrome d'épuisement professionnel des soignants » mais simplement : l'épuisement professionnel que nous repèrerons par la perception d'une fatigue physique ainsi qu'à une expression d'une insatisfaction.

- Lors de l'organisation d'un déménagement de grande ampleur, plusieurs cadres supérieurs étaient convaincus qu'une réelle baisse d'activité s'avérait indispensable à la sécurité : "on n'arrête pas de le dire aux médecins mais il n'y a rien à faire".

❖ **La répétitivité d'un débat sur le paradoxe sécurité-liberté :**

- Lors d'une réunion d'encadrement, un cadre d'une unité prenant en charge des patients porteurs de la maladie d'Alzheimer exposait le problème : "Il y a des problèmes structurels qui usent. On passe deux heures dans la matinée avec un patient qui veut sortir de l'unité. Si on regarde les textes, elle a le droit et si elle se casse la jambe ? On est toujours sur le qui-vive. Il y a des patients qui passent sans problème à la loge". Une aide-soignante confirme : "la surveillance, c'est exténuant, toutes les deux minutes, il faut recommencer".

❖ **La conscience de "mal travailler"**

- "Sans arrêt, je dis quelque chose et je dis le contraire, c'est épuisant". IG
- "Un service de gériatrie de 1200 personnes, c'est un puits sans fond, deux cadres pour 180 agents.... ". IG.
- "On a du le pincer pour qu'il me lâche" déplore une aide-soignante fortement agrippée par un patient.
- "Il y a tellement de tension au quotidien qu'il n'y a pas d'organisation possible". CIS.

❖ **La conscience de ne pas offrir aux patients les "meilleures conditions".**

- "Les patients en long séjour paient 15 000F par mois pour des prestations... bof..., les valeurs du service, c'est "confort et bien être", avec les travaux, il y a du bruit et de la poussière partout et pour quarante malades le matin, il y a trois aides soignantes".
- "Beaucoup de patients sont hospitalisés au troisième (unité d'isolement pour malades immunodéprimés) sans indication formelle".
- "Il y a des hospitalisations qui sont prolongées pour bloquer les lits".

Une insatisfaction par rapport au temps

La seconde source d'épuisement semble être en **lien avec le temps**.

❖ **Des activités chronophages :**

- "Pour un poste d'infirmière, on fait dix entretiens". CIS.
- "Pour l'accréditation, moi je suis à trois groupes". Cadre hygiéniste.
- "Le projet du nouvel hôpital bouffe le temps à tout le monde, je lutte contre ça, on le doit au malade, jusqu'au dernier malade". CIS.

❖ **Le sentiment d'un temps qui traîne ou s'étire en pointillés :**

- "En septembre 97, on nous demande de mettre un coup de collier jusqu'en septembre 98, pas pendant trois ans !". CIS.
- "On essaie d'aller jusqu'au bout". IG commentant le projet de déménagement.
- "On envoie les dossiers, on n'a pas de réponse".
- "Je picore les infos, on a l'impression de travailler en pointillés".
- "Je suis dépassée, je lis la presse pour savoir où on en est".
- "On nous demande des propositions qu'on a déjà travaillées, ça donne un sentiment de déjà fait".<sup>30</sup>
- "Il y a plus d'avancées au niveau de l'équipe soignante que des médecins".

---

<sup>30</sup>De façon latente, lors des entretiens, un peu entre les mots, nous avons senti qu'on voulait nous passer le message des IG et des directeurs qui passaient, "j'en ai vu passer cinq depuis que je suis ici". A chaque fois, il y aurait la crainte de repartir à zéro ou dans des orientations contraires mais en tout cas pas de confiance à priori sur la qualité du relais.

❖ **Parallèlement un quotidien qui s'accélère sans contre partie**

- "Il y a une baisse de la durée moyenne de séjour, une augmentation de l'activité, une augmentation de l'absentéisme, une densité des soins qui s'accroît il y a de multiples projets qui arrivent, nous on en rajoute, les gens sont épuisés et le disent".
- "Il y a le quotidien à continuer de gérer en plus du projet". C.R.H.
- "Les agents identifient très bien la cause : "au lieu de cinq, on est deux" disent-ils" - Médecin du travail.

Une insatisfaction par rapport à la communication

Les soignants ont la perception de **compenser une absence ou une mauvaise qualité de communication entre des décideurs.**

- "On sert de punching-ball, d'otages entre deux directions".
- "L'encadrement est pris entre les feux ; on sert de tampons régulateurs entre le chef de service et les médecins qui ne se parlent pas".
- "Il y a deux médecins référents qui sont pratiquement absents et ne s'entendent pas, c'est l'équipe qui doit surseoir".

La souffrance ressentie est exprimée

- "Je suis trop toute seule, j'en peux plus". IG.
- "Je ne dors pas tous les soirs".
- "Les gens sont las" "vont exploser".
- "Des fois, vous êtes tellement malmenés, vous avez tendance à glisser".
- "On est sous *Voltarène* et *Diantalvic*, on ne s'arrête pas sinon c'est les autres qui trinquent".
- "J'arrive un peu en fin de course".

- "Depuis cinq six ans les cadres qui partent en retraite sont heureux de partir".
- "Depuis deux trois ans les IG sont très découragés".

**Cette idée de souffrance au travail qui prend la forme d'un sentiment d'épuisement a été rejetée une seule fois** par un cadre infirmier supérieur responsable d'une unité de prise en charge des patients atteints de SIDA. Il a alors relié son absence de perception de la souffrance de son équipe à une organisation démocratique du service, à une réflexion des soignants de qualité et déjà bien ancrée, en fait à la maturité de son équipe. Faut-il ici voir un "déli de la souffrance" ou des actions de prévention directe ou indirecte bien menées ?

L'épuisement professionnel peut servir d'enjeu

**Le terme ou l'idée d'épuisement est quelquefois utilisé dans des argumentations conflictuelles.**

"Le personnel est à bout, certains jours, il termine sa journée épuisé. Plusieurs personnes ont craqué et les arrêts de travail se multiplient" - extrait d'un tract syndical.

"On a l'impression que l'équipe joue beaucoup sur le surcroît de travail, sur la violence au détriment de la responsabilité". CIS.

Lors d'une première grève du personnel d'un hôpital local voulant dénoncer une situation de harcèlement moral, "la direction a fait placarder sur les placards des offices et par la surveillante, un article sur l'épuisement professionnel. On est allé la voir et on lui a dit : "c'est pas possible, il (le directeur) a rien compris !"

L'épuisement professionnel que nous avons rencontré au cours de cette enquête est donc relié de façon concomitante à une souffrance éthique, à une insatisfaction par rapport à la qualité du temps ainsi qu'à la perception d'être des "tampons" ou des "punching-ball" entre des parties présentant des difficultés communicationnelles.<sup>31</sup> D'autre part, le terme d'épuisement peut être soumis à caution. Les soignants peuvent illustrer leur épuisement de façon à la fois pudique et concrète.

---

<sup>31</sup>Le manque de reconnaissance n'a pas été exprimé sauf une fois par une infirmière générale "les IG ne sont pas payées à leur juste valeur" et peut-être une certaine fois par cette même IG "les gens entre eux ne se font pas de cadeaux" comme si elle constatait implicitement un manque de reconnaissance et de la souffrance de l'autre et de ses efforts.

### 3.2.2 Prise en compte de l'épuisement professionnel

Quelle est la prise en compte de cet épuisement dans la vie institutionnelle tel qu'il m'a été relaté de façon plurielle ?

Un modèle classique de prise en charge paraît pouvoir couvrir ce qui nous a été dit :

Prévention dépistage :

"Souvent on fait des réunions pour éteindre le feu. L'idéal, ce serait avant" IG.

- Le **rôle de l'encadrement** est perçu par les trois infirmières générales comme **potentiellement préventif**<sup>32</sup>. "Les cadres sont un levier par rapport à l'ambiance générale". Placés en position transversale, ils sont considérés comme des "relais" qu'il "faut bien choisir". L'une l'a été, en accord avec le Directeur pour "ses relations directes et simples", un autre pour "sa connaissance du terrain et la perception des difficultés dans les services". Le rôle de "mémoire" de l'établissement est souvent confié à l'un d'eux de façon plutôt implicite. Les infirmières générales pensent qu'il est nécessaire de les "préserver" : "Je ne l'envoie pas au casse pipe" mais ont conscience de les solliciter énormément par rapport à ce rôle : "sans arrêt, je fais appel aux cadres, sans arrêt je les informe". "Pour les demandes de mutations (internes), j'écoute les cadres, sinon, on peut arriver à des tentatives de suicide". Le médecin du travail est lui aussi convaincu du rôle des cadres : "tout commence par la relation que le cadre a su mettre en place dans son équipe. Quand il y a une espèce de rouleau compresseur, il y a déjà une méfiance. Ce n'est pas normal qu'un agent vienne directement à la Médecine du Travail sans passer par le cadre". La nécessité est exprimée de "faire connaître de façon exacte le rôle des cadres ; l'autre jour un chef de service me demandait une centaine d'enveloppes" Cadre Supérieur Infirmier.
- Certains **principes** sont en vigueur : "parler unis devant le corps médical", "Rechercher le plaisir de travailler ensemble sur un intérêt commun", libérer la parole "la prévention du burn out, c'est aussi libérer la parole, c'est permettre à des inquiétudes de ne pas se libérer de façon sournoise et de faire des dégâts » exprime une infirmière générale lors d'une réunion d'encadrement, à l'intérieur d'un débat sur la maltraitance.

---

<sup>32</sup>Les cadres, quant à eux ont très peu exprimé la perception de ce rôle de prévention qui leur était dévolu

- Des **indicateurs** sont repérés pour évaluer l'ambiance d'une équipe ou le climat social : "Quand l'équipe va mal, il y a une aide soignante qui a un rire particulier" nous révèle en même temps qu'à elle-même un cadre infirmier supérieur. La visibilité de la convivialité d'un service (sorties de services, organisation de pots) est un indicateur implicite. L'absentéisme, les demandes de mutation, les demandes de stage de gestion du stress, de sophrologie sont des indicateurs plus classiques mais qui sont plus utilisés comme "antenne" qu'analysés à froid. L'écart entre le turn over de l'établissement et la moyenne nationale présentée par la Direction des Ressources humaines a fait l'objet d'une demande d'attention particulière lors d'un staff de Direction.
- Préserver ou introduire une **distance** "je ne suis pas née avec eux" est la première phrase d'un cadre qui tente de se protéger contre un climat de tension extrême d'une équipe soignante et médicale. Dans un établissement, les premières lettres des valeurs introduisant le projet infirmier formait le mot Amour ; après chaque décès des soirées de deuil étaient organisées dans la chambre vide du défunt. A sa prise de poste, l'infirmière générale a perçu un excès d'investissement affectif et après le décès de patients passait le message : "c'est triste mais ce n'est pas votre grand-mère".
- L'**intégration** des nouveaux agents fait l'objet d'un programme particulier à visée préventive à long terme d'un épuisement professionnel. Un questionnaire sur la perception de l'accueil reçu et sur l'intégration est adressé à chaque nouvel agent recruté, un entretien avec un cadre infirmier supérieur en mission à la Direction des soins infirmiers est systématiquement proposé.<sup>33</sup>
- L'**effectif** est relié directement au phénomène : "on est un service bien nanti, les gens ne doivent pas souffrir autant".
- Des moyens sont imaginés pour **gérer la surcharge de travail** constitué par l'encadrement des stagiaires ou par l'obligation d'une mobilité. Un service de soins palliatifs organise des "fenêtres" d'une semaine par mois dans son planning d'encadrement des stagiaires. Un hôpital a envisagé la création d'un pool de tutorat. Tous les agents d'un pool d'un Centre Hospitalier travaillent 35 heures et sont rémunérés à plein temps avec une prime semestrielle supplémentaire.

---

<sup>33</sup>Cf. annexe 4 – "Intégration des infirmiers(es) dans les services cliniques et guide d'entretien "

- Eviter une étincelle sur un terrain repéré "chaud" : un Directeur en staff de Direction demande ainsi à ce que les problèmes de brancardage et de qualité des repas au self fassent l'objet d'une résolution rapide et il commente : "ce sont deux services transversaux qui peuvent vite faire l'union sacrée", l'hôpital étant en pleine restructuration.

#### Prise en charge directe

- **L'individu peut gérer** lui même ses périodes d'épuisement : "J'en ai ras le bol, je pars (en vacances), je me repose, je reviens". CIS
- **Une équipe peut gérer des ambiances et conflits sources d'épuisement** ; ainsi dans un service de soins palliatifs, le cadre infirmier supérieur commente : "On a choisi que des leaders, ça n'a pas été facile, il a fallu qu'ils apprennent à vivre ensemble". Un cadre d'une unité témoigne : "J'ai utilisé mon expérience (de souffrance) pour "consoler"".
- Le **médecin du travail** est fréquemment interpellé par ce problème. "On y est confronté dès lors qu'il y a dépression ; on ne voit les gens que en situation d'échec ou de troubles. La sanction, c'est l'arrêt". "On informe les décideurs de cet état de fait, on alerte quand il y a des tensions dans les services".
- Des **groupes de paroles** sont institués ; différentes caractéristiques les différencient entre eux : leur origine (proposés, demandés, négociés), leur animation (psychologue, psychanalyste, médecin, extérieurs ou non au service), leur champ (interne à un service ou transversal au niveau d'un établissement), la participation (toutes les catégories professionnelles y compris les médecins, auto-exclusion de la hiérarchie "je n'y vais plus, j'avais l'impression que ma présence gênait la parole", leur rythme (hebdomadaire, mensuel). Un psychologue qualifie ainsi leur objectif : "mettre en mots pour que les gens l'utilisent après, puissent prolonger dans l'action". Il ajoute que "la demande de mise en place d'un groupe de parole par la direction peut être considéré comme un symptôme d'une impossibilité d'écoute directe".
- L'identification des **services jugés moins stressants** "en dermatologie, rééducation, gynécologie, il n'y a jamais de poste disponible".
- **Compensation financière** : une prime exceptionnelle a été accordée à l'encadrement d'un hôpital en cours de restructuration "gigantesque" nécessitant une très grande

mobilisation et aboutissant compte tenu des échéances incertaines à un état d'épuisement de l'encadrement.

- Suite à une demande des cadres une infirmière générale (I.G.) a constitué des groupes de travail aboutissant à la rédaction d'un **livret des potentiels** recensant les personnes ressources face à des catégories de problèmes identifiés. "Je ne suis pas sûre qu'il soit utilisé". IG
- **Opposer à des impressions un travail de recensement** : Face à un débat sur la responsabilité qui semble submerger l'ensemble de la réflexion d'une équipe, établir une liste de questions précises et demander à un interlocuteur juridique de l'établissement de venir répondre et réouvrir le débat dans des conditions plus sereines. Face à un sentiment d'accroissement de la charge de travail, la mesurer. "L'équipe n'arrête pas de dire qu'elle est débordée, j'ai demandé aux cadres de faire un état des lieux". CIS
- Lors d'entretiens individuels mis en place dans le cadre d'un projet de restructuration, "des personnes en grande souffrance ont été repérées, après concertation entre nous (Directeur des Ressources Humaines (D.R.H.), Conseiller en Ressources Humaines (C.R.H.), Directeur du Service de Soins infirmiers (D.S.S.I.) et responsable de formation),elles ont été orientées vers l'un ou l'autre ou vers le médecin du travail ou l'assistante sociale". Responsable de formation
- La gestion des demandes de rendez-vous des cadres auprès de la D.S.S.I. fait l'objet de règles qu'applique son secrétariat : délai maximum de 48 heures par exemple "**être écouté**" apparaît très majoritairement comme utile et apaisant. "Quelquefois parler soulage et ça suffit". Cependant certains aspects sont déplorés : "Il y a beaucoup de chantage, on n'entend que des plaintes".IG. "Je ne me protège pas assez, je me fais avoir dans tous les sens du terme" ; ou encore : "écouter toute la journée des gens qui se plaignent et ne pas avoir de solution".
- .les **demandes de mutation interne** sont très souvent gérées dans l'optique d'un traitement de l'épuisement professionnel avec quelquefois des déboires : "un essai d'une journée, trois ans d'arrêt".

Prise en charge indirecte "Ne pas aborder de front ce thème" IG .

- **Formation** : pendant la formation initiale un stage optionnel de gestion du stress est quelquefois proposé<sup>34</sup> : Cours théorique, pratique de techniques relaxantes "C'est quinze jours de rêve, après on retrouve nos habitudes, nos repères,... j'ai été un peu déçue, je pensais apprendre des méthodes, c'est à nous de les trouver nous-mêmes, fallait pas s'attendre à des solutions miracle". Des séminaires de formation, des formations spécifiques sont en tout cas utilisés comme réponses institutionnelles à un état d'épuisement individuel ou collectif avec des retours positifs : "on est revenus gonflés à bloc".
- **Valorisation** : Ainsi le Cadre Infirmier Supérieur de l'unité prenant en charge les patients porteurs de la maladie d'Alzheimer estime très importante la présentation du projet du service à des congrès. Cette valorisation est quelquefois organisée par l'agent lui-même soutenu ou non par sa hiérarchie "avoir le concours, ce serait un remède à une vilaine expérience".
- Fédérer les cadres autour d'un **projet commun non institutionnel** : sur la base du volontariat, "du temps et des deniers personnels" une association de cadres, créée par une infirmière générale, encourage "le plaisir de travailler ensemble sur un intérêt commun". Des thèmes de recherche sont lancés et travaillés dans la convivialité. Un voyage ou des sorties font partie du programme.
- Des **groupes de recherche sont lancés** : exemples de thèmes travaillés dans un C.H.U. : Les représentations des infirmières sur leur qualité de vie au travail, l'impact du cloisonnement sur la qualité des soins.
- Des **actions symboliques** sont effectuées : ainsi, une infirmière générale recouvrira ce "trou laissé béant lors de travaux d'une dalle de plâtre".
- Un praticien hospitalier universitaire émet l'hypothèse "l'apparente sérénité des soignants" dans un contexte plus qu'incertain s'expliquerait par une "**forte syndicalisation**". Une infirmière générale, voyant un des cadres supérieurs en grande difficulté et souffrance mais ne pouvant l'aider directement du fait de la situation,

---

<sup>34</sup>200 demandes avaient été formulées, 4 ont été concrétisées, "l'ordinateur effectuant le choix, c'est ce qu'on nous a dit " étudiante en soins infirmiers

téléphone à une déléguée syndicale pour la prévenir du danger qu'elle perçoit chez cette personne.

- Un **service de médiation avec les usagers** est apparu comme facteur indirect et positif de la prise en compte de l'épuisement des soignants : "les soignants réalisent qu'on leur propose un service auquel ils n'avaient pas pensé ; on répond à toutes les demandes de médiation". Cadre Infirmier Responsable du Service.

Suivi - évaluation

- Dans un établissement un **bulletin faisant le point quotidien social** était préparé par la Direction des Ressources Humaines ; il contenait des extraits de tracts syndicaux, des éléments quantitatifs (journées de grève)
- L'évaluation, outre et grâce aux indicateurs pré-cités nous est apparue essentiellement réalisée par la **rencontre avec le terrain**, par un échange d'impressions, par une rapidité de mise en alerte.

### **3.2.3 Objectivation d'une souffrance en rapport avec le harcèlement moral ou professionnel.**

Les différents témoignages recueillis permettent de dégager les caractéristiques suivantes<sup>35</sup> :

Stratégies de la personne "harcelant"

- Phase de **rapprochement** : "elle a essayé d'établir des relations amicales pour s'octroyer plein de liberté". "Il me bipait directement, il ne voulait que moi, il poussait mes collègues ". "Je sortais du boulot, il m'accompagnait un bout de chemin". "A ma prise de fonction, un cadre vient me voir, me dit qu'elle est harcelée sexuellement. Je fais mon enquête, je me dis que c'est en fait une amitié qui a mal tourné, qu'en temps que femme je peux comprendre et que je vais essayer de la sortir de cette spirale-là". Sont donc offertes dans cette phase de rapprochement une amitié, une admiration, une confiance.

---

<sup>35</sup>Six entretiens sur ce thème spécifiques ont été réalisés. Trois personnes ont été contactées par une personne relais et ont accepté de participer à l'enquête ; nous avons rencontré les trois autres personnes sur nos lieux de stage. Après la communication du thème global de la recherche (lors d'un staff d'encadrement et au fur et à mesure des rencontres), décliné sous les trois aspects (épuisement professionnel, harcèlement moral, désillusion) elles ont été volontaires pour participer à un entretien. Ces six entretiens font part de l'expérience d'un médecin, de deux directeurs, une infirmière générale, trois cadres infirmiers supérieurs, de deux cadres, d'une infirmière, de deux aides-soignantes. Pour des raisons d'anonymat absolu, leurs fonctions ne seront pas citées au décours de chaque extrait d'entretien. Trois des personnes harcelant ont une position hiérarchique inférieure à la personne harcelée, trois supérieure. Les personnes volontaires sont les personnes ayant été harcelées. D'autre part, une infirmière générale ayant eu à gérer les conflits ou leurs conséquences nous a fait part de cas supplémentaires, de façon indirecte.

- Phase de **mise en dépendance** : Le temps est utilisé : "au départ, c'est anodin, plus ça va, moins c'est anodin, ce n'est pas pour rien que ça a duré cinq ans", "appels téléphoniques incessants à toute heure du jour ou de la nuit". Un cadre donne un temps réglementaire pour effectuer une "course" et chronomètre le déplacement. "Il fallait l'attendre pour prendre les décisions, elle n'était là que deux heures par jour". "Ça va vite, c'est fou", "elle me bouffait au moment de ma prise de fonction".
- Des **situations humiliantes** suivent : une surveillante demande à une infirmière de passer la mono brosse et à un A.S.H. (Agent des Services Hospitaliers) de contrôler la qualité du résultat. Des principes éthiques sont soupçonnés d'avoir été bafoués : successivement dans les exemples : la vérité, le respect humain et professionnel et enfin la conscience professionnelle. "Il me faisait passer pour une menteuse, il faisait des promesses, et dix jours plus tard me disait qu'il ne m'avait jamais dit ça". Des accusations de racisme sont fréquentes : ainsi une professionnelle a dû se justifier devant le Grand Rabbin. "Elle (une aide-soignante) me disait que j'empiétais sur son travail" relate une infirmière. Le but est de provoquer la culpabilisation ou la honte. "Il n'arrêtait pas de dire qu'elle s'était suicidée à cause de moi". "Tout était de ma faute et il disait que je me fichais pas mal de ce qui se passait dans le service". "Il m'a accusé d'abandon de poste alors que j'allais être hospitalisée, que j'avais prévenu et que j'avais trouvé une remplaçante. »
- La **peur** est entretenue : "Il surgissait à n'importe quelle heure de la nuit" ; "elle a déposé une plainte au tribunal administratif". "On travaille dans la peur", "on a travaillé deux mois dans des conditions très tendues, ça a été le plus pénible de ma carrière". "Le téléphone qui sonnait la nuit dans le service, je décrochais, il n'y avait personne ", "on fermait la barrière le soir, le matin elle était ouverte". Des **épreuves** sont imposées : "le jour où je suis revenue (après un arrêt pour dépression), j'ai dû aller faire l'évaluation d'une formation sur la prise en charge du malade dépressif".
- Parallèlement, on peut relever des pointes de **théâtralisme** , des excès du verbe : "Je n'ai jamais rencontré une surveillante dans toute l'Europe de l'Ouest qui... ", "la perfusion est terminée, *Madame*", "je vous sacrifierai sur l'autel de ma carrière" dit devant un public de patients et de soignants entre deux portes battantes.

- Les **possibilités de communication** et de travail sont **amputées** : "Les dossiers avaient disparu", "elle pouvait très bien me cacher des choses".<sup>36</sup>
- Les **notations et le statut administratif** deviennent des moyens de pression. "Il voulait descendre ma note de trois points, il a demandé à une collègue de témoigner contre moi, elle n'a pas voulu, il ne lui a pas monté sa note". Des soignants ayant un très bon dossier se voient qualifiés d'incompétents. Des refus de titularisation, de stagiairisation, et même une décision de rétrogradation ont suivi.
- Les personnes "harcelant" ont souvent des **antécédents** identiques : "il a été viré de partout pour sa façon d'être", "elle a déjà eu des problèmes avec d'autres personnes, c'est connu dans tout l'hôpital", "ce sont des choses qui se savent depuis longtemps". La connaissance des antécédents permet d'alerter une éventuelle future "victime".
- Le **harcèlement sexuel** est parfois proche en tant qu'agression ou comme accusation : "elle est incapable de discuter sans connotation sexuelle". "J'ai été l'objet d'un pari". "Elle m'a accusé de harcèlement sexuel".
- Des **interdictions** non légitimées institutionnellement surviennent : "Je ne veux plus qu'elle mette les pieds dans le service", "il refusait que je mette les pieds sur le plateau technique".
- Quelquefois la personne voulant harceler **renonce** : "je me suis dit, je vais l'embêter jusqu'à ce qu'elle s'en aille. Je n'ai pas pu, ce n'est pas dans mon caractère".
- Arrive parfois la "**goutte d'eau qui fait déborder le vase**". Ont été relevées : une altercation dans la chambre d'un patient mettant en cause la soignante et ce devant le patient, une rétrogradation annoncée par lettre recommandée<sup>37</sup> et la veille d'un Noël (c'est ce qui a fait commencer la grève), une pétition.

---

<sup>36</sup> Sous entendu des informations relatives au patient

<sup>37</sup> L'écrit semble jouer un rôle dans le phénomène. Lettres recommandées, courrier personnel inhabituel sont souvent utilisés dans l'instauration de la peur et de la dépendance, alors qu'une personne harcelée qui commence à écrire ce qui lui arrive (relever dans le cahier de transmissions les "faux" appels téléphoniques ou faire un compte rendu des entretiens) semble s'engager dans une phase de libération.

## Les conséquences pour la personne "harcelée"

- Un sentiment de **solitude** : "Je n'avais personne pour en parler". "J'étais isolée par rapport au reste de l'équipe". "Au départ on n'en parle pas, on déprime dans notre coin".
- Un **doute** "Vous vous demandez si vous n'interprétez pas les choses, si vous n'avez pas l'esprit tordu". "Pourtant je n'avais pas l'impression d'empiéter sur son travail plutôt de pallier". Ce doute se heurte parfois à une certitude : "malgré tout, j'avais vraiment la conscience tranquille".
- La **peur, les risques** : Dans un bloc opératoire, personne ne met les lunettes de protection (contre les risques d'exposition au sang). Le chirurgien n'en met pas et "on ne lutte pas contre un Professeur d'Université".<sup>38</sup> "A partir du moment où il faut agir, tout le monde a peur".
- des **problèmes de santé** : "J'en ai perdu le boire et le manger, j'ai fini en dessous de quarante kilos". "Je rentrais, je voulais dormir, je ne voulais plus rien voir, je repartais complètement malade". "J'étais sous Prozac". "Je suis étonnée d'avoir été si forte, je n'ai pas été en arrêt". "Je n'aurai pas tenu un mois de plus". Une personne harcelée a été victime d'un malaise sur son lieu de travail, dans un ascenseur et a alors été prise en charge. Une tentative de suicide est également évoquée. Une personne a été suivie par un psychiatre.
- Une **vie familiale perturbée** avec menace de divorce.
- Un **investissement professionnel qui s'érode** : "Avant, je venais souvent à mes temps libres, je participais à l'amicale des personnes âgées et pendant tout ça, plus de motivation, plus rien".
- Une **violence** : "Je pourrai lui arracher les yeux, je le hais". "Mon mari est venu avec une batte de base-ball dans la voiture". "On était prêt à tout, prendre en otage..".
- Un **avenir à reconstruire**. "Notre souhait : retrouver une vie normale (sans journalistes), un climat serein, qu'on reparte sur de nouveaux projets. On est heureux d'aller travailler

---

<sup>38</sup> On croirait rejoindre ici le déni collectif des risques, mais il s'avère que les risques ne sont pas déniés mais la pression (presque l'interdiction) trop forte pour être levée. Il se peut que l'interdiction relève d'un déni du risque de la part du chirurgien.

de nouveau". "Je suis revenue comme un défi. Partir, c'est lui donner gain de cause ; on est encore garant de quelque chose pour les gens ; j'ai affronté la personne qui m'a le plus cassée". Le choix de l'avenir peut se résumer : "se battre ou partir".

### Des conséquences pour les patients

Une personne harcelée dans un hôpital s'enferme dans son bureau. Quand quelqu'un frappe à la porte, elle ne répond pas et quand elle entend la personne partir, elle ouvre la porte de son bureau et demande à des patients postés-là le nom du visiteur. Si ce n'est pas la personne harcelant, elle la rattrape dans l'escalier et l'introduit dans son bureau.

"Les personnes âgées étaient révoltées, elles voyaient bien ce qui se passait, mais elles n'osaient pas en parler ; une fois une famille s'était plainte et le lendemain le pensionnaire était passé de la maison de retraite au service de long séjour". Après la résolution du conflit, "il y a de nouveau de la vie dans la maison, on a plein de projet d'animation, il y a de nouveau les décorations de Pâques, ça faisait plusieurs années...".

### 3.2.4 La prise en compte du harcèlement.

- Le **silence**, l'**inertie** : "Un jour, on aura un agent qui "se foutra en l'air", personne ne s'émue, on attend que les choses se passent toutes seules" ; ce silence ou cette inertie sont parfois parallèles avec une **contestation** qui peut prendre plusieurs formes : plainte, pétition, lettre au conseil d'administration, sollicitation de la médecine du travail, de l'inspection du travail, syndicalisation du mouvement, démission d'une instance, départs, absentéisme.
- Il arrive que la personne harcelant fasse l'objet d'un **contre-mouvement** qui s'organise pour sa défense : "c'est une cabale, tout le monde lui en veut", et l'on retrouve des pétitions, des articles dans les médias.
- Certaines situations sont **temporisées** : le harcèlement est rendu supportable ou est contenu par la présence d'une personne qui joue le rôle de protecteur "tant qu'elle a été là, ça a été canalisé. Elle avait compris le danger". Certaines demandes de temps partiel ont cet objectif : "A mi-temps, ça va". Il arrive que des tactiques soient trouvées. Depuis que je lui dis : "Oui, Monsieur, vous avez raison, ça va". Certaines tentatives de temporisation ont moins de succès : ainsi la lettre d'une infirmière générale adressée conjointement à deux soignantes, l'une harcelant l'autre, et rappelant que la mission des soignants était de procurer au patient des soins de qualité a été ressenti comme une

injustice voire une humiliation supplémentaire pour la personne harcelée (comme l'a été la décision de traiter leur notation de façon identique)

- De **fausses accusations de harcèlement moral peuvent être déjouées** : ainsi une surveillante ayant dénoncé des actes de maltraitance a-t-elle fait l'objet de plusieurs appels téléphoniques anonymes, auprès de la Direction des Ressources Humaines, de la Direction des Soins Infirmiers et de la médecine du travail et du syndicat. Elle était accusée de harcèlement moral. Une coopération entre les interlocuteurs a permis d'éviter que l'affaire ne prenne une ampleur à tort.
- La Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins sont des lieux d'**écoute** qui quelquefois désamorcent une situation de harcèlement : "J'ai déversé tout ce que j'avais sur le cœur ; j'encaisse, j'encaisse et puis il faut que j'en parle" ( et la situation s'est de fait améliorée sur le terrain ). Les personnes sont fréquemment orientées vers la Médecine du travail. Des délégations de service avec ou sans présence syndicale sont reçues conjointement par le D.R.H. et la D.S.S.I.
- Un **stage** dans un hôpital voisin a été proposé avec succès à une aide-soignante considérée comme "leader négatif" mais bonne professionnelle. Elle a fait l'objet d'un accompagnement qui figurait dans sa convention de stage et dit avoir réalisé les limites de sa fonction et avoir beaucoup mûri en rencontrant un milieu de travail différent.
- **Interventions dans les services** : Des réunions de médiation, de réflexion sont organisées dans les services en collaboration ou non avec le D.R.H. et les médecins et après information du Directeur. La difficulté réside à respecter chacun, (même la personne harcelant) dans son champ de compétences professionnelles. Ainsi une infirmière générale précise à une surveillante chef : "Je vous soutiendrai pour votre rigueur dans votre travail, pas pour vos qualités humaines". Dans les services, des alliances ont à ce stade souvent été réalisées et la situation est difficile à démêler. Des réunions en urgence et très ponctuelles prennent parfois des allures de commando, avec pour le cas qui nous a été rapporté un résultat positif : après réception par l'infirmière générale d'une pétition visant à défendre un cadre (qui en fait harcelait son supérieur hiérarchique), convocation du cadre au courant ou à l'origine de la pétition, arrivée impromptue dans les trois étages du service, "réunion dans trois minutes pour trois minutes", mise au point sur le rôle de l'encadrement, information aux chefs de service. Il arrive également que des agents soient "sortis" du service en urgence quand la situation semble trop menaçante ou l'agent trop fragilisé.

- **Gérer les conséquences:** "ce sont surtout les conséquences du harcèlement moral qu'on gère, les conflits, l'absentéisme", remarque un D.R.H.
- **Constat d'échec :** une infirmière générale commente le résultat d'une tentative de médiation entre un cadre et son équipe : "J'estime que j'ai échoué, la cadre s'est enfermée dans sa tour d'ivoire ; pour elle, tout va bien, c'est les autres qui ne vont pas bien. Les filles s'en vont, quittent le service". Et une autre : "la cadre n'a pas conscience, les gens vont muter".
- **Sanctions :** Conseil de discipline, avertissement ont été proposés sans réalisation concrète dans les exemples de l'enquête. Il semble que la réticence à poser des sanctions s'explique par la crainte de compromettre les chances d'une éventuelle mutation, mutation qui à court terme est jugée comme la meilleure solution. Une personne a été démise de ses fonctions.
- **Réparation symbolique :** Les personnes que j'ai rencontrées estiment qu'elle leur permettrait vraiment de "tourner la page" et aurait pu prendre comme concrétisation un conseil de discipline ou une notation pénalisante pour la personne ayant harcelé. Dans ce cas précis, l'administration devrait argumenter avec le syndicat qui soutient l'agent mis en cause. Une seule demande simplement de pouvoir continuer à travailler sereinement mais c'est celle qui a vécu la situation la plus médiatisée et pour laquelle la personne harcelant a eu une sanction professionnelle importante.

Le harcèlement moral se pratique bien à l'hôpital. Quand il n'est pas désamorcé rapidement, il met en danger l'équilibre des soignants "harcelés" tandis que les auteurs se cantonnent plutôt sur une position d'incompréhension. Il mobilise les capacités d'intervention de la Direction des Ressources Humaines, de la Direction des Soins, de la Médecine du Travail, des médecins et de l'équipe elle-même. Il est rare qu'il n'y est pas syndicalisation du conflit. L'avenir professionnel des protagonistes reste marqué.

### **3.2.5 La désillusion**

Trois projets institutionnels sont pris en compte ici, de façon quantitativement inégale. Le premier est une opération de restructuration de grande ampleur aboutissant à la fermeture de deux sites et à l'ouverture d'un nouvel hôpital. Les deux suivants sont des opérations de restructuration interne. Dans cette partie de l'enquête, ont été sollicités des Cadres Infirmiers

Supérieurs, une cadre hygiéniste, deux Infirmières Générales et deux Directeurs. L'observation de réunions d'information complète les informations issues des entretiens.

Les soignants font état de plusieurs phases dans la qualité de leur vécu au cours d'un projet :

Une adhésion au projet

Un investissement de départ. "L'ensemble du service, moi la première, on s'est approprié le projet très tôt". Cette adhésion est parfois due à la **pertinence de "l'effet vitrine"**.

Des incohérences et des contradictions qui "fissent" la confiance.

"On ne sait même pas qui sera le chef de service". "On doit déménager dans quinze jours mais on n'a pas les résultats de la potabilité de l'eau. Quand on évoque ça, on sent que sur des choses basiques, il peut y avoir de grands blocages". A propos d'une restructuration interne, un cadre supérieur commente : "Pour moi, ça ne tient pas la route, il ne faut pas nous leurrer, on va nous laisser vivoter". En parallèle, s'esquisse le **soupçon d'être exclu du processus de décision**. "On ne sent plus le pouvoir de décision, si on vous dit : "Vous faites seulement ce que je vous dis", non, ce n'est plus possible".

Une communication imparfaite

"On m'a annoncé sur le parking que je n'aurais pas le poste que j'espérais". Les soignants peuvent percevoir une discrimination. "C'est un peu fouillis actuellement, le projet, je n'y comprends plus rien, mais je ne suis peut-être pas assez intelligente". Les cadres interrogés font bien la part de la communication et de la rumeur difficilement maîtrisable.

Une fatigue et une souffrance

"J'ai été très malheureuse pendant dix-huit mois, tant que j'ai espéré quelque chose du projet, je ne dormais plus, j'avais du psoriasis". A cette fatigue peut succéder un découragement : "Je n'ai plus de projet de carrière". "J'ai du mal à suivre, c'est très pénible".

Un ressentiment

"Au début; j'étais un peu euphorique, puis fatiguée, puis déstabilisée ; j'ai le sentiment d'être escroquée". "J'ai eu l'impression qu'un travail considérable était mis à la poubelle". "Je suis aigrie car toutes les fonctionnalités prévues au départ diminuent comme une peau de chagrin". "On déçoit tous les jours le personnel, j'ai "vendu" quelque chose aux gens que j'ai

recrutés pour la nouvelle équipe, et ce ne sera pas la réalité. Je suis culpabilisée d'avoir entraîné des gens". Certains ont traité ce ressentiment douloureux en l'exprimant par courrier et même en l'absence de réponse en ont été soulagés. Il apparaît sporadiquement des petites pointes de frustration : "On a évalué pendant un an un prototype d'une chambre et on n'a pas tenu compte de notre avis". Le ressentiment est souvent imagé : Ce projet, c'est un soufflet qui se dégonfle, c'est un projet de façade".

#### Un conflit de valeurs

"Dans ce projet, il a manqué une aide extérieure candide, pour arriver à l'objectif primaire : le malade est au cœur du projet. Actuellement, la priorité, c'est que chacun atteigne son objectif personnel". L'analyse d'une précédente création d'une unité de soins palliatifs fait dire rétrospectivement à une surveillante-chef : "Le médecin se servait de ce qu'on faisait pour asseoir sa carrière et nous parce qu'on croyait à ce qu'on faisait". D'autre part, d'anciens projets qui avaient nécessité un investissement antérieur, auxquels les cadres avaient crus et pour lesquels ils avaient mobilisé leurs équipes se voient rangés à l'arrière plan ou abandonnés : "Les S.I.I.P.S. : ça a capoté, les procédures : plus rien, l'accréditation : plus rien. » Ces valeurs entretiennent un seuil d'énergie : "Je suis désabusée, déçue mais pas découragé".

### **3.2.6 La prise en compte de la désillusion.**

#### Absence de prise en compte

Les courriers des cadres adressés à la Direction pour notifier leur repli du projet, leurs remarques ou leurs désaccords partiels. n'obtiennent pas de réponses. L'inquiétude générée par l'incertitude des échéances n'est pas considérée.

#### Prise en compte individuelle

"J'ai appris à me protéger, je suis devenue méfiante". Des médicaments anti-dépressives sont plusieurs fois jugées nécessaires. L'espoir aide aussi à "tenir le coup" : "Je me dis que ce n'était qu'un temps à vivre, qu'un projet sera finalement mis en place".

#### Prise en compte par les équipes

"Ce qui me fait tenir, c'est le vrai soutien d'une équipe de cadres et d'infirmières". Plusieurs cadres supérieurs ont été plusieurs fois tenter d'abandonner. Le sentiment d'être redevables

vis à vis des équipes qu'ils avaient entraînés dans le projet les retient ainsi donc que les marques de confiance adressées.

### Prise en compte hiérarchique

- **Conseil, soutien "risqué"**, marques de **confiance** : "J'ai besoin que mes supérieurs hiérarchiques sachent mon histoire douloureuse dans ce projet, quand j'ai su qu'ils l'avaient entendue, ça a été un soulagement pour moi. La confiance c'est un moteur".  
L'écoute peut quelquefois difficilement se séparer d'un avis : "On vous a mis une bombe entre les mains" est le commentaire qu'a fait une infirmière générale après l'écoute des péripéties d'un cadre supérieur lors d'un projet de restructuration. Ces périodes sont souvent déstabilisantes pour les équipes ; un problème habituellement vite résolu peut se révéler insurmontable au sein d'une équipe dans ce contexte et les conseils de l'infirmière générale sont alors demandés. : "L'I.G. m'a reçue tout de suite, m'a conseillée immédiatement". Les staffs d'encadrement peuvent devenir le lieu privilégié d'une parole collective, l'accueil d'un groupe de parole spontané.
- **Message de transition**. "Admettre une non perfection" est le message qu'a fait passer un directeur lors d'une réunion d'information préparant un déménagement imminent. Ce message a pu amoindrir l'écart entre un niveau idéal ou idéalisé de départ et un niveau d'arrivée jugé moindre.
- **Management adapté** : "Surtout pendant le projet de restructuration, je maintiens toute mon équipe en haleine, je mets toutes mes infirmières sur d'autres projets, je ne veux pas seulement qu'on gère le quotidien et puis qu'on ferme". "Même si on va fermer, je maintiens un esprit un peu conquérant de l'équipe". Ces soignants qui doivent au minimum continuer de gérer le quotidien et se tenir informés des échéances de l'avenir de leur unité peuvent éprouver des sentiments qui les terrassent : "Pendant les réunions, les gens ne parlent plus, ils ont peur, peur du retour pour leur carrière ; quelquefois, ils ont eu vite fait de se faire retourner comme une crêpe et ils étaient devenus coupables". L'accompagnement du projet par un supérieur hiérarchique peut supposer une proximité : "Le Directeur m'a proposé de n'être que sur le projet d'ouverture du nouvel hôpital ; j'ai refusé, je veux le faire avec les soignants".
- Ecoute des **rituels de fin** proposés. Ainsi lors de la préparation d'une fermeture définitive d'un hôpital, une cadre supérieure a proposé d'étudier un circuit de recyclage des tonnes de papier qui allaient être jetées. Elle a été entendue et suivie dans sa démarche par le

directeur ayant perçu le bienfait écologique et symbolique de l'opération. Un séminaire pour les cadres supérieurs a été organisé avant cette même fermeture pour leur permettre de se ressourcer après un travail considérable mais aussi pour répondre à leur demande de "se retrouver ensemble une dernière fois".

### 3.2.7 Gros plan sur l'infirmière générale

Quelle perception ont les soignants du rôle de l'infirmière générale dans la prise en compte de leur souffrance au travail ?<sup>39</sup>

- **Perception positive** : Proximité, disponibilité ("a toujours été là", "m'a reçue tout de suite"), encourageante, consciente des problèmes ("sait l'ampleur des inquiétudes"), l'infirmière générale a surtout été perçue comme quelqu'un ayant de l'expérience qui écoute et qui aide même en prenant des risques. Cette perception rejoint parfois la notion de plaisir : "c'est agréable d'avoir quelqu'un sur qui s'appuyer".
- **perception des raisons des limites de son rôle** : "Je comprends qu'elle soit sous pression". "Une écoute, oui, mais on n'essayait tellement de nous convaincre qu'il fallait aider l'institution qu'on se faisait avoir". "Elle ne sait pas quoi faire, elle ne dit rien".
- **Perception négative** : "Je n'ai pas eu l'impression d'établir un dialogue", "c'était plus un rôle de soutien personnel que de l'aide à la négociation" "très difficile à rencontrer", "je me suis heurté à du mépris presque des insultes". "J'ai trouvé que ce n'était pas juste, j'ai payé les pots cassés alors que le problème (de harcèlement) était connu depuis longtemps".<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup>Cette question était posée en cours d'entretien. Les réponses concernent neuf infirmières générales.

<sup>40</sup>Une des infirmières générales a spontanément évoqué comment elle se sentait souvent perçue : "on attend de vous d'être le sauveur et vous êtes le bourreau parce que vous ne trouvez pas de solution. On se fait prendre : il vaut mieux une dépression que des lombalgies". (La population ayant répondu aux entretiens a une forte proportion de cadres supérieurs qui la différencie de la population soignante dans son ensemble dont parle cette infirmière générale). Elle même évoque une auto-perception insatisfaisante du rôle des infirmières générales dans la prise en compte de la souffrance des soignants : "On sait plein de choses et on sait qu'on ne fait rien. On cautionne un peu trop".

Avec qui l'Infirmière Générale prend-t-elle en compte la souffrance au travail des soignants ?

	<b>MOTIF</b>	<b>FORME</b>	<b>Condition préalable</b>
<b>Directeur</b>	Harcèlement Demande de sanction	Négociation : stage de mise à distance pour un soignant Discussion	
<b>D.R.H. (Directeur des Ressources Humaines)</b>	Epuisement Paix sociale menacée Harcèlement	Constitution d'un dossier en vue d'une augmentation des effectifs. Argumentation, négociation. Enquête interne.	Confiance réciproque. Parcimonie de ce type de demandes
<b>Médecins</b>	Harcèlement dans le service entre cadre et cadre supérieur infirmier	Réunion de service Information	
<b>Médecin du travail</b>	Affectation d'agent en difficulté Position administrative de l'agent	Avis discussion	
<b>Cadre Responsable Département Usagers</b>	Epuisement	Demande de rencontre, discussion Mise en commun des remarques et impressions. Médiation	Confiance réciproque
<b>Psychologues</b>	Souffrance éthique d'une équipe	Rencontres fortuites (à défaut organisées) Mise en commun de doutes latents persistants.	Longue connaissance mutuelle

	<b>MOTIF</b>	<b>FORME</b>	<b>Condition préalable</b>
<b>Partenaires sociaux</b>	Harcèlement Epuisement Désillusion	Instances Entretiens	
<b>Responsable Formation</b>	Epuisement	Réunion de travail Préparation d'une mobilité	Politique de gestion individualisée en cas de restructuration
<b>C.R.H. Conseiller en Ressources Humaines</b>	Epuisement	Réunion de travail Préparation d'une mobilité	Idem
<b>Assistante sociale</b>	Problème social important d'un agent	Rencontre information	
<b>Enseignante Ecole des Cadres</b>	Epuisement	Animation commune de groupes de travail. Projet de constituer un livret des potentiels	Motivation commune
<b>Organisme Formation</b>	Epuisement :	Animation commune groupes de recherche	

## 4 DISCUSSION – PERSPECTIVES - PROPOSITIONS

### 4.1 DISCUSSION

L'enquête a démontré que la souffrance des soignants existait, s'exprimait, qu'elle avait un poids sur l'individu dans sa vie personnelle et aussi dans sa vie professionnelle. La production de soins s'en accommode difficilement mais toujours au détriment d'une qualité de vie pour les patients de façon directe ou indirecte par le biais de l'absentéisme, d'un découragement des soignants.

La question qui se pose est la suivante : Pourquoi existe-t-il un décalage entre une réflexion théorique produisant une prise de conscience presque sociale de la souffrance et une situation sur le terrain parfois si grave et si aiguë ? Pourquoi n'a-t-on pu empêcher respectivement une infirmière et une aide-soignante, par ailleurs bonnes professionnelles, de vivre deux ans et cinq ans de harcèlement et donc de tensions infernales dans leur service ?

Dans tous les hôpitaux existent des projets de soins<sup>41</sup>, des projets sociaux<sup>42</sup>, élaborés de façon participative, validés par des instances représentatives. La souffrance est inhérente au milieu hospitalier qui plus est dans le contexte socio-économique actuel ? Sans doute ! Cette souffrance serait pire sans le travail collectif qui l'aborde ? Certainement !

La réalité pousse quand même rapidement dans une impasse face à la question initiale, mettre en mots la souffrance peut permettre de passer à l'action, d'améliorer l'organisation.

Oui, mais pourquoi ne peut-on rien garantir ? Pourquoi le malaise des cadres reste-t-il si aigu alors qu'il fait l'objet de tant d'études ? Question de délai ? Faut-il savoir attendre ? Combien de verrous connus et indéverrouillables ? Prenant la forme de personnalités perverses, de jeux de pouvoir, d'intérêts divergents, de labyrinthes administratifs, d'une pauvreté éthique ou de brillantes démonstrations idéologiques ?

Que devient l'hypothèse posée en début de recherche ? L'Infirmière Générale, en contribuant à la prise en compte de la souffrance au travail pose les conditions d'une

---

<sup>41</sup>Cf. annexe 5 : Extrait de l'avant projet 2000 de soins infirmiers de l'hôpital Paul Brousse de l'A.P. H.P.

efficience du service de soins infirmiers. Cette hypothèse sous-entendait une finalité de la prise en compte de la souffrance au travail, une finalité d'efficience du Service Infirmier. Or, il apparaît que la prise en considération de la souffrance au travail est une finalité en elle-même. Deux notions nous paraissent en effet devoir dépasser cette hypothèse :

La prise en compte de la souffrance au travail relève de la responsabilité humaine, professionnelle et légale des acteurs hiérarchiques et donc de l'Infirmière Générale.

La condition de la prise en compte de la souffrance au travail est justement qu'elle fasse l'objet d'une contribution commune de la part des différents responsables hiérarchiques, du médecin du travail, des collectifs de travail. Et c'est en assumant cette responsabilité partagée que l'infirmière générale se donne les conditions de conduire un service infirmier efficient.

D'autre part, envisager l'objectif d'efficacité d'une prise en compte de la souffrance au travail rend cette donnée plus hétérogène que ne le laissait présager son approche : la perception de la souffrance est propre à chaque individu, elle est gérée à un niveau individuel, quelquefois à un niveau collectif ; elle est hétérogène à la fois dans le temps et dans l'espace d'un hôpital. L'enquête a montré que "l'efficacité" de sa prise en compte n'était pas proportionnelle à l'ampleur des moyens déployés. Par contre l'absence totale de visibilité de prise en compte ou la non considération de la souffrance est toujours un élément péjoratif et signe une insuffisance de cohérence d'une politique.

L'avenir social et professionnel apparaît de plus en plus encadré par une volonté de cerner, de mesurer, de "traiter" le problème de la souffrance au travail<sup>43</sup>. Ainsi le protocole d'accord entre les organisations syndicales et le gouvernement du 14 mars 2000 communément appelé "protocole Aubry", les nouveaux textes sur le projet social, le profil des projets de soins infirmiers proposent-ils des opportunités ambitieuses et novatrices. Des "groupes d'expression directe", des groupes de réflexion éthique, un dialogue social renforcé, des chartes de l'encadrement<sup>44</sup> font et feront partie du quotidien des hôpitaux.

---

<sup>42</sup> Cf. annexe 6 Extrait du projet d'établissement du centre Hospitalier de Longjumeau – II partie – Projet social p 4 et 13 et annexe 7 Extrait du projet d'établissement du centre Hospitalier de Coulommiers.

<sup>43</sup> Cf. annexe 8 – "Conseil pour savoir quelle attitude adopter lorsqu'on est victime de harcèlement psychologique au travail" – Fiche diffusée par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

<sup>44</sup> Cf annexe 9 – Document de travail de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris – Plan stratégique 2001 – 2004 – Projet social et professionnel

Il nous paraît donc plus opportun d'émettre des propositions sur la qualité de réalisation des nouvelles orientations. Dans un souci de proximité du quotidien et du concret (puisque la réflexion engagée au niveau national et au niveau des établissements a permis l'émergence de propositions concrètes), nous aborderons successivement les notions de temps et d'espace par rapport aux risques et aux opportunités que la présente recherche nous a permis de repérer.

## **4.2 PERSPECTIVES - PROPOSITIONS**

### **4.2.1 Comment "accompagner" le temps ?**

Repérages de situations sensibles.

- **Périodes de restructuration.** Elles peuvent potentialiser une souffrance préexistante, être l'occasion de la révéler ou d'en prendre conscience, générer de la douleur individuelle ou collective, creuser l'écart ou l'incompréhension entre la Direction et les services. Elles comportent leur lot de fatigue, de déstabilisation. Elles sont toujours une perte de repères. Elles nécessitent le passage systématique à une gestion individualisée des agents effectuée de concert entre la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins Infirmiers en cohérence avec une politique d'information de la Direction. Ce peut être alors la chance de la rencontre, du dialogue<sup>45</sup>. Ces périodes sont avides de symboles, de rituels et féroces par rapport aux erreurs ou indécidables de communication. La différence entre symbole et spectacle est à noter car un spectacle serait immédiatement perçu comme une fausse note et source de souffrance ou d'incompréhension. Elles imposent d'accroître la disponibilité de l'infirmière générale, concrétisée par des délais de rendez-vous par exemple, car elles ne permettent pas une gestion habituelle des incidents et conflits.
- **Période de prise de fonction de l'un des membres de l'équipe de direction :** Elle comporte des risques pour les soignants : perte de repères, confiance et reconnaissance à reconquérir au niveau individuel ou collectif, sentiment de menace pour les travaux effectués, pour les valeurs mises à jour. Elle génère une succession de "tests", de mises à l'épreuve implicites ou explicites. Par tous ces aspects, elle perturbe la cartographie des mécanismes de défense, des jeux d'alliance, des zones de protection. Il doit donc exister

---

<sup>45</sup> Ainsi, un serrurier a longuement exposé la façon dont il répareit des stores qu'il ne réparerait plus jamais compte tenu de la fermeture du site "comme jamais sans doute il n'avait eu l'occasion de le faire" D.R.H.

une visibilité de la qualité du relais effectué sous des formes diverses compte tenu de la multiplicité des circonstances. Ce danger est également à évoquer en face de situations de harcèlement qui étaient contenues par la personne quittant l'établissement. Ces situations peuvent alors exploser (et elles ne sont pas les plus faciles à régler lors d'une prise de fonction) ou se détériorer sur le terrain de façon institutionnellement tacites mais cruelles pour la personne victime.

### Repérage des signaux d'alerte

- **Constitution d'indicateurs communs** : Les indicateurs institutionnels sont d'utilisation courante. L'absentéisme, le turn over, la satisfaction du personnel... sont mesurés, mis en diagramme et donnent une lecture d'un climat social. Nous voudrions souligner ici l'intérêt d'un travail commun d'une équipe de direction sur le choix des indicateurs. La discussion, portée par la construction d'un outil<sup>46</sup>, se double d'une sensibilisation commune et mesurée, évitant le piège de renforcer des résistances vis à vis de l'idée de la souffrance au travail ou celui de la rendre exploitable. Cette réflexion institutionnelle n'est pas contradictoire avec un choix personnel d'indicateurs "parallèles" (décoration dans les services, émergence de proposition, accueil dans les services) servant à aiguïser les "antennes" que chacun se fabrique et qui sont utiles.
- **"Ecouter" les cadres** en valorisant une écoute relayée et respectueuse. Nous touchons ici le rôle de l'encadrement intermédiaire et de son management. Les observations réalisées lors de l'enquête montrent que ce sont souvent les cadres qui ont les premiers alerté les infirmières générales sur des situations préoccupantes générant de la souffrance pour les soignants.

### Saisir l'opportunité des changements nationaux et locaux

- **Les 35 heures.** Ce ne sont pas les "35 heures" qui libèreront les soignants de leur souffrance au travail mais la réflexion imposée pour résoudre le dilemme est une occasion de dialogue et de réflexion sur l'organisation. Cette occasion comporte des risques sociaux, des risques de désillusion. Une attention vigilante commune de l'équipe de direction peut canaliser l'expression d'un sentiment sur l'organisation du travail et permettre de repérer des nécessités et des pistes d'amélioration de l'organisation.

---

<sup>46</sup>Le document de travail de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris sur le projet social et professionnel proposé en annexe projette de développer l'observation sociale en élaborant entre autre un tableau de bord social.

- **Le projet social** : "Chaque projet d'établissement comportera un projet social clairement identifié. Il sera négocié par les organisations syndicales et soumis pour avis au comité technique d'établissement. A cet effet, le Gouvernement proposera au Parlement une modification de la loi"<sup>47</sup>. L'enquête nous a montré les risques d'ambiguïté du dialogue entre organisations syndicales et équipes de direction. L'enjeu semble être la construction de la qualité de ce dialogue. Les problèmes de souffrance au travail sont humainement cruciaux et pourtant potentiellement "récupérables" à des fins de pouvoir ou de politique. Manœuvrer entre ces écueils semble un défi utile.
- **Les nouvelles formes d'organisation de l'hospitalisation**. Le service public "24 heures sur 24, 7 jours sur 7" n'est plus un modèle opérant dans nombre de services. L'hospitalisation de jour, de semaine, en réseau supplantent les hospitalisations traditionnelles et cloisonnées. Outre les bénéfices pour les patients, et le challenge médical et économique, elles libèrent des plages d'inactivité et induisent des exigences d'ouverture et de cohérence avec l'extérieur. De même la fermeture quasi systématique de services l'été est une opportunité de disponibilité de tout un service sur une journée (par exemple, juste avant la réouverture) pour faire le point, lancer un projet, ou tenir informé un service de l'avancée d'un projet sans être pressé entre les transmissions, les entrées de patients, les sonnettes et les coups de téléphone. Ces plages n'interférant pas avec la planification des soins aux patients, utilisées avec parcimonie et rendues attractives, sont une opportunité de respiration d'une équipe. Quant à la nécessaire cohérence entre des services ou des structures en réseau, souvent concrétisée par une charte de fonctionnement, elle est une occasion de distanciation, d'ouverture, propices à l'analyse et à l'amélioration de dysfonctionnements douloureux.
- **Une lecture de l'accréditation** : l'auto évaluation est entre autre une chance de développer une réflexion médicale et paramédicale commune et situe chaque individu acteur de l'hôpital. Savoir ne pas superposer les projets, en ayant le souci systématique de gérer l'investissement nécessaire peut conduire à s'inspirer des items de l'accréditation pour mener à bien des projets locaux et ainsi à éviter cette impression de redite, de déjà fait si démotivante.

---

<sup>47</sup> Extrait du protocole d'accord du 14 Mars 2000 entre les organisations syndicales et le gouvernement.

## Discerner l'urgence

Certaines situations imposent de recourir à des interventions immédiates pour protéger un individu ou éviter une aggravation de la situation. La connaissance du phénomène de harcèlement moral et de ses différentes étapes est utile. Elle permet d'éviter ou de raccourcir la phase de doute ou de vérification. Elle impose de passer à des compte-rendus écrits systématiques. L'urgence peut aussi être repérée par une mise en commun de doutes, de sensations latentes de danger pour un individu ressentis puis exprimés par plusieurs personnes : le Directeur des Ressources Humaines, le Médecin du Travail, un cadre, un psychologue...<sup>48</sup>

### 4.2.2 Comment aménager l'espace ?

Un espace de communication sécurisé

- **Un règlement intérieur** doit pouvoir s'appliquer au réseau informatique interne. En effet, il est de plus en plus fréquemment utilisé comme voie de diffamation sournoise. C'est ce que relatent des personnes harcelées. Participer à l'élaboration et à la diffusion d'une charte de fonctionnement faisant partie du plan informatique nous apparaît nécessaire.
- **Les groupes de parole** sont parfois considérés comme la panacée de l'expression ; or, ils peuvent être le symptôme d'une absence de communication ou évoluer vers un clivage s'ils sont insuffisamment encadrés. Une vigilance est à partager avec les psychologues, l'encadrement, le médecin du travail, ... afin que les paroles ne soient pas une fin en soi, la façon de répondre à une bienséance sociale actuelle, mais détournée de son sens. Une réflexion en profondeur s'impose de façon globale à l'échelle de l'hôpital.
- Entretenir **un espace de communication** avec les associations se préoccupant de la souffrance au travail. Il est plus facile de communiquer en dehors des situations de crise (et cela peut alors contribuer à une sensibilisation "douce", c'est-à-dire ne créant pas de résistance) et pendant les situations de crise plus facile de communiquer si le contact a déjà été établi en période "calme". En tout état de cause, le débat sur la souffrance au travail est appelé à sortir des institutions, des entreprises et l'hôpital a tout à gagner à entretenir une ouverture.

---

<sup>48</sup> De toutes ces situations d'urgence, il faut aussi discerner celles qui nécessitent une action collective de celles qui peuvent être traitées par l'infirmière générale avec bien sûr une information à l'équipe de Direction, au médecin du travail le cas échéant.

## Créer des espaces

- Préserver un espace de **mobilité** : Il faut là aussi discerner la mobilité à dégager dans l'urgence d'une mobilité visant la lutte contre l'essoufflement. Les services dont la charge psychique est réputée être la plus légère sont souvent pris d'assaut pour soulager des professionnels à bout de souffle, qui n'envisagent plus ensuite de les quitter pour permettre à d'autres professionnels d'obtenir le même bénéfice. D'autre part, il arrive qu'un changement de service soit décidé dans l'urgence, ce qui peut pénaliser un autre soignant et est souvent ressenti comme une situation de pis-aller. Peut-être serait-il possible "à froid " et en concertation de définir des procédures, des règles, permettant de traiter les deux types de nécessité, de mobilité de façon positive et transparente.
- Faciliter un espace de **distanciation**. Certaines entreprises québécoises proposent à leurs salariés un quota de consultations gratuites avec un psychologue de leur choix par année. D'autre part, l'enquête a montré des exemples positifs de séminaires de formation organisés à l'extérieur de l'hôpital et permettant de "prendre l'air". Il n'y a là pas de recette mais une créativité à développer, des idées à recueillir, des espaces à mettre en place.
- Créer des espaces de **valorisation** du travail. Publications, forum, conférences, jumelage, partenariat avec des entreprises, des écoles, en sont des exemples.

## CONCLUSION

Ces propositions, ces perspectives ont donc pour but de créer un climat de vigilance avertie et de permettre à de nombreux projets et orientations déjà dessinés de porter leurs fruits. Ce peut être une façon de répondre à la question posée plus haut : pourquoi encore tant de souffrance au travail alors que les projets et les idées pour la réduire existent et sont pertinents ?

De notre passé d'infirmière, nous avons entre autre acquis la certitude que soigner exigeait un degré de sérénité. De notre formation en tant qu'infirmière générale, nous avons acquis la conviction que conduire un service infirmier exigeait entre autre de veiller à sa sérénité, une sérénité productive en soins de qualité, réflexion et créativité. Des projets, des réglementations encadreront cette vigilance. D'ores et déjà les enseignements de cette recherche ouvrent une voie d'attention et d'analyse à des fins d'efficience.

Veiller à la sérénité exige-t-il d'être serein ? Combien d'équipes de direction épuisées, cherchant cohérence et rythme ? En huit semaines de stage, combien avons nous rencontré de membres d'une équipe de direction d'un hôpital "indemnes" d'une souffrance marquante ? Fatalité ? Contexte socio-économique ? Contexte juridique ? Moment charnière d'une société qui se cherche et dont l'hôpital est le premier reflet ? Sort des dirigeants ? En tout état de cause, il est probablement utile de s'en préoccuper même si les "résistances" au débat sur la souffrance au travail telles que celles citées en tout début d'exposé existent.