



4° colloque du Pôle Santé / Social d'Euromed en partenariat avec l'IRTS PACA Corse

Performance des organisations et bien-être des usagers : quels modes de pilotage et d'intervention ?

Les 17 et 18 mai 2011, Marseille

La souffrance des soignants au travail conséquence de la quête de performance de l'hôpital ?

HOLCMAN Robert (*), CARRARA Valérie ()**

(*) Directeur d'hôpital, auditeur à la direction de l'inspection et de l'audit de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Professeur d'université qualifié CNU, associé à l'Institut d'études politiques de Bordeaux.

robert.holcman@sap.aphp.fr

(**) Psychologue clinicienne du personnel, Hôpital Raymond Poincaré, Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

valerie.carrara@rpc.aphp.fr

INTRODUCTION

Il est fréquemment affirmé que les soignants, tout particulièrement les personnels paramédicaux – soignants non médicaux –, sont dans une situation de souffrance au travail en raison de l'accroissement des rythmes et de l'intensité du travail qui serait dû à la quête de performance des hôpitaux publics, désormais affrontés à la nécessité de la productivité par le biais de leur nouveau mode de financement, la tarification à l'activité.

Lors des dernières rencontres d'Hippocrate, organisées en mars 2011 à la Faculté de médecine de Paris, il a été révélé que le nouveau Pôle santé et sécurité des soins du médiateur de la République a enregistré 10 000 requêtes en 2010, dont 20 % étaient le fait de professionnels de santé. Cette analyse, qui a conduit à la mise en place d'une cellule d'accompagnement et de soutien par le médiateur de la République, a été attribuée par certains acteurs soignants hospitaliers à la mise en œuvre du concept d'hôpital-entreprise, à la quête de rentabilité dans laquelle l'hôpital public se serait engagé, à l'évolution quasi industrielle du système de santé qui conduirait les soignants à être débordés et à ne plus être en mesure de répondre aux attentes de leurs patients.

Les facteurs explicatifs de ce malaise des soignants sont systématiquement décrits comme exogènes : les conflits et la violence à l'encontre des soignants (Mauranges, 2010) ; l'organisation et les conditions de travail (Canouï et *al.*, 2008) ; l'environnement de travail (Estryn-Behar, 1997) ; l'impératif gestionnaire (Sainsaulieu, 2003). L'étude Press-Next, qui interroge la validité des modèles de souffrance au travail sur la base d'échantillons de soignants de dix pays (Estryn-Behar, 2010), identifie surtout comme facteurs corrélés à un score élevé de *burn-out* parmi les soignants paramédicaux des éléments liés au contexte de travail : qualité du travail d'équipe, harcèlement des supérieurs, violence, demande quantitative, influence au travail, manque de soutien des collègues, crainte des erreurs, interruptions, couplage effort/récompense. Les autres facteurs accroissant le stress sont liés à la personne : grade, conflit travail/famille, sexe, âge, situation de famille, pratique d'un sport ou d'un loisir. Jamais la nature même du métier n'est interrogée. De même, Tonneau et *al.* (1996) décrivent deux types de charges communément éprouvées par les personnels dans un service hospitalier : la charge cognitive (informations et des connaissances que les personnels soignants doivent accumuler et tenir à jour dans un contexte de parcellisation de leur activité) et la charge psychique (volume et urgence des tâches à accomplir, aux décisions à prendre).

Or l'observation au plus près du fonctionnement des services de soins (Holcman, 2007) et l'évolution des moyens en personnels ne conduisent pas à trancher en faveur de rythmes ou des conditions de travail qui épuiserait les personnels.

Cela signifierait-il que les soignants mentent quand ils affirment être épuisés par leur travail ? La réponse est clairement négative : les personnels soignants sont effectivement soumis à une pression intense, un épuisement cumulatif sur la durée de leur carrière. Les directeurs des ressources humaines des hôpitaux sont souvent conduits à recruter des psychologues du personnel dont les consultations individuelles sont vite saturées.

Mais la souffrance du soignant dans la relation de soin reste une question taboue. Ses causes ne sont évaluées qu'en fonction du contexte professionnel, et renvoient le plus souvent à la description d'un épuisement professionnel provoqué par les conditions de travail. Il existe un amalgame avec les situations de *burn-out*, la souffrance du soignant non médical au travail ne peut être entendue qu'à travers le filtre de l'épuisement professionnel : autrement dit, ce sont les modalités de travail qui feraient souffrir et pas la nature du travail lui-même. Mais si cet épuisement n'a pas pour origine leurs conditions de travail ou leurs effectifs, qu'est-ce qui peut l'expliquer ?

On avancera ci-après qu'on peut plutôt voir une origine endogène à cette souffrance : c'est soigner qui épuise, quel que soit l'environnement et les conditions de travail. Travailler au contact de la douleur, du désespoir, de l'angoisse, parfois de la mort, atteint les personnels qui y sont confrontés et les renvoie à leur propre histoire, à leur attitude face à la maladie et à la souffrance. L'attitude des soignants face à ce dilemme professionnel et personnel est celle du déni, qui se conjugue avec l'aveuglement des autorités sanitaires qui, dans le déroulement des carrières des agents concernés, ne prennent pas en compte cette dimension spécifique au soin.

1° DES MOYENS EN PERSONNELS EN HAUSSE CONSTANTE

Contrairement à ce qui est abondamment avancé par les personnels concernés, repris par les médias, et faisant presque office de dogme, les effectifs hospitaliers soignants ne sont pas en baisse, l'observation chiffrée démontre le contraire, tout particulièrement dans les hôpitaux publics.

Progression des effectifs hospitaliers et infirmiers, 1997-2008

	1997	2008	2008/1997 (en %)
Emploi hospitalier (tous secteurs confondus)	1 114 764	1 250 194	+ 12,14
Personnel soignant des hôpitaux publics (en etp)	520 260	446 888	+ 16,41
Personnel soignant des hôpitaux publics (en etp pour 100 lits)	138,3	187,2	+ 35,35
Personnel infirmier des hôpitaux publics (en etp)	171 932	211 292	+ 22,89
Personnel infirmier des hôpitaux publics (en etp pour 100 lits)	53,2	76	+ 42,85

Etp : équivalent temps plein.

Source : Eco-Santé France, 2011.

Les chiffres tirés de la base Eco-Santé France (IRDES, 2011) montrent qu'entre 1997 et 2008, le nombre de personnes (en équivalent temps plein) tenant un emploi hospitalier a augmenté de 12,1 % (1 114 764 à 1 250 194). Dans les hôpitaux publics, les effectifs du personnel soignant ont progressé de 16,4 % (520 260 à 446 888) ; de 35,35 % si les effectifs sont rapportés à 100 lits (138,3 à 187,2).

S'agissant de la profession d'infirmiers, la hausse dans les hôpitaux publics est encore plus marquée sur la même période : 22,89 % en équivalent temps plein (171 932 à 211 292) ; 42,85 % rapportés à 100 lits (53,2 à 76).

2° DES RYTHMES DE TRAVAIL EPUISSANTS ?

L'autre argument utilisé à l'appui d'une dégradation des conditions de travail des personnels soignants non médicaux des hôpitaux est l'intensification des rythmes de travail, la dénonciation de personnels hospitaliers écrasés par un volume de travail trop important.

Cette affirmation ne résiste pas à l'observation (Holcman, 2008). La charge objective de travail observée dans les services de soins n'est pas aussi excessive, tant s'en faut, que celle qui est communément décrite. Ce constat n'est pas propre au monde hospitalier (Devetter, 2004), mais y est particulièrement accentué. Les membres non médicaux des services de soins sont répartis entre trois équipes : matin, après-midi et nuit (jour, veille et garde, pour utiliser le jargon professionnel). L'équipe du matin porte la plus grande part de l'activité du service, le pic de l'activité hospitalière se situe au début de la matinée dans les salles d'hospitalisation, les blocs opératoires, les salles d'examen ; hors cas d'urgence, le travail de l'après-midi s'articule autour de la contre-visite de l'interne ; l'équipe de nuit, quant à elle, accomplit essentiellement un travail d'accompagnement et de surveillance qui s'assimile à une activité de garde ou d'astreinte.

La question de la charge et de l'intensité du travail est complexe, il n'existe pas d'instruments efficaces pour comparer la lourdeur ou la difficulté d'une activité par rapport à un autre. Il faut donc trouver des instruments approchants. Les résultats d'une enquête menée récemment sur les conditions de travail perçues par les personnels des hôpitaux (DREES, 2003) montrent que, lorsqu'ils sont interrogés, les personnels concernés ne disent pas qu'ils sont accaparés par un volume de travail trop important, les récriminations quant aux rythmes de travail portent sur le manque d'autonomie accordée pour son exécution : limitation de la durée accordée pour le faire ; contraintes techniques ; dépendance vis-à-vis du personnel médical ; demande extérieure immédiate. Cette perception signifie que la pénibilité ressentie peut tout aussi bien provenir de la médiocre organisation du travail dans les services de soins, et pas nécessairement de son volume nominal ni de l'accroissement supposé de ce dernier.

3° UNE ORGANISATION ARCHAÏQUE DE L'ACTIVITE QUI NE SUFFIT PAS A EXPLIQUER L'EPUISEMENT DES PERSONNELS

La charge mentale introduite par l'exercice d'une activité professionnelle n'est pas spécifique à l'hôpital, elle s'observe dans tous les secteurs d'activité : la pression du travail est consubstantielle de sa pratique (Cézard et Hamon-Cholet, 1999). Toutefois, dans les services hospitaliers, plusieurs éléments spécifiques caractérisent l'organisation de l'activité : la parcellisation des tâches, l'imperméabilité entre organisation médicale et organisation soignante, la multiplicité des supports écrits, et la prépondérance accordée à la transmission orale.

3.1 LES DEFICIENCES DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Héritiers des sœurs dévouées aux indigents et aux nécessiteux, les personnels soignants non médicaux – tout particulièrement les infirmières et les aides-soignantes – ont façonné l'organisation de leur activité sur la prise en charge des malades au fil de leur arrivée dans le service.

Cette gestion séquentielle – sans aucun doute indispensable dans de nombreux cas – a déteint sur les autres composantes du travail des soignants : de même qu'on accueille immédiatement un malade en situation d'urgence, on traite l'ensemble des aspects du travail qui, pourtant, pourrait faire l'objet d'une planification. À l'exception de l'urgence médicale, c'est trop fréquemment la règle de la file d'attente inversée qui prévaut dans un service hospitalier : chaque tâche qui se présente venant chasser celles qui étaient en attente de réalisation. L'organisation séquentielle du travail a pour corollaire une parcellisation excessive des tâches (Holcman, 2002), et la redondance dans leur accomplissement par différentes catégories de personnels des services de soins.

De même, la prépondérance accordée à l'oral dans la communication professionnelle contraint les agents des services hospitaliers à reformuler périodiquement les informations qu'ils communiquent et/ou à réitérer les demandes d'informations qu'ils formulent ; une bonne partie de leur temps d'activité professionnelle consiste ainsi à acquérir et, surtout, à vérifier les informations acquises ou transmises – l'information orale étant, en effet, sujette à déformations et à interprétations.

Quand bien même la communication professionnelle écrite ne peut pas être parée de toutes les vertus (Grosjean et Lacoste, 1998), ces modalités particulières de transmission font de la recherche et de la validation de l'information thérapeutique une quête épuisante. Interrogés, les personnels non médicaux des services de soins décrivent abondamment l'anxiété ressentie à l'égard des justes prescriptions données aux malades, ou des gestes techniques à accomplir. L'inorganisation de la transmission de l'information et sa validation permanente constituent un facteur de stress et d'épuisement pour les agents qui y sont astreints – les personnels soignants se trouvant en l'occurrence en asymétrie d'information vis-à-vis des médecins qui ont l'initiative de la démarche thérapeutique.

3.2 DES ACTIVITES PROGRAMMABLES MAIS PEU PROGRAMMEES

Les tâches non programmables accomplies par les agents d'un service hospitalier sont peu nombreuses, en dépit du discours fréquemment tenu sur le sujet. Contrairement à ce qu'ils affirment, donc, la plupart des agents des services de soins ont des activités sur lesquelles ils exercent un contrôle quant au moment de leur accomplissement. La situation des personnels varie, toutefois, suivant la proportion de tâches programmables au sein de leur travail : certains accomplissent presque exclusivement des tâches programmables, quand d'autres ont un volant important d'imprévu dans leur activité.

Deux types d'organisation du travail cohabitent dans un service hospitalier : celle des médecins et celle des non-médecins – soignants, personnels médico-techniques et personnels administratifs. Les agents non-médecins ont une organisation du travail fondée sur un modèle horaire, caractérisé par une définition précise des phases de présence et d'absence au travail. À l'inverse, l'organisation du travail des médecins est beaucoup moins encadrée, seules leurs gardes et les astreintes relèvent du modèle horaire : les médecins sont en mesure d'imposer leur propre rythme de travail aux personnels avec lesquels ils travaillent. L'organisation du travail des personnels non médicaux est donc contrainte et adaptable au rythme de dispensation des soins et de prescription des médecins ; celle des médecins est davantage empreinte d'autonomie (Di Grande, 2000).

Si, comme l'a montré Dejours (2000), la souffrance mentale résulte pour une part de l'organisation du travail, elle ne suffit pas à expliquer l'épuisement psychique des soignants non médicaux : à l'hôpital,

trop souvent on confond le *burn-out* professionnel commun à toutes les professions avec l'épuisement psychique intrinsèque au soin.

4° L'ÉPUISEMENT, CONSUBSTANTIEL DU SOIN

4.1 UNE CONFRONTATION INSUPPORTABLE AVEC LA MALADIE, LA SOUFFRANCE, LA MORT

On peut plutôt voir l'origine de la souffrance des soignants non médicaux au travail dans l'effet de l'activité de soin elle-même. L'acte de soigner est épuisant en lui-même. Or les termes de souffrance et de soins sont le plus souvent associés à la prise en charge du patient et à l'accompagnement de sa famille. Même si les établissements de santé se sont engagés dans une démarche de prise en charge de la douleur – physique ou psychique – accoler la souffrance et le soin a toujours comme signification la douleur provoquée par le soin chez le patient. Envisager la douleur due au soin du point de vue du soignant demeure une réalité peu partagée dans les services. Dès lors que la fonction soignante non médicale s'est sécularisée la sublimation religieuse de la proximité avec la souffrance et la mort n'était plus opératoire (Loriol, 2001).

Pourtant, travailler au contact de la douleur, du désespoir, de l'angoisse, parfois de la mort, atteint les personnels qui y sont confrontés et les renvoie à leur propre histoire, à leur attitude face à la maladie et à la souffrance. Aucun autre groupe professionnel n'est confronté à une telle épreuve, même les militaires ne passent l'intégralité de leur carrière professionnelle au feu, leur séjour sur le terrain alterne avec des périodes de relâche et de récupération. Les soignants hospitaliers sont confrontés sur la durée de leur carrière, soit près de quarante ans, à des situations destructrices psychologiquement parce que renvoyant à leur propre fin, au spectacle poignant des familles, des proches et des patients, détruits peu à peu par la maladie, qui les projette vers ce qu'ils éprouveraient en de telles situations.

En principe, l'attitude de chaque être à l'égard de la mort conjugue lucidité et occultation (Morin, 1970). Ce n'est pas que les hommes pensent ne pas mourir un jour, ils en ont conscience, sans pourtant que cette conscience vienne altérer leur insouciance d'exister : chaque individu sait qu'il va cesser d'exister, mais pas à court terme, ce qui lui permet d'exclure cet événement de son agenda de vie qui, au quotidien, ne prend pas en compte le décès (Lafontaine, 2008). La proximité des soignants avec la mort - tout particulièrement non médicaux, le personnel médical ayant un rapport plus technicisé avec le patient -, sa fréquentation presque quotidienne, leur interdit de maintenir cette distanciation qui permet à chacun de ne pas voir sa vie écrasée, bouleversée, par l'échéance finale de l'existence.

4.2 LA VIOLENCE DES PATIENTS ET DES FAMILLES A L'ÉGARD DES SOIGNANTS

Contrairement à une image d'Épinal abondamment répercutée par les médias et les séries télévisées, de patients et de familles compatissants et empathiques, c'est plutôt la violence qui est suscitée par l'effet de leur souffrance, du refus d'accepter la maladie ou la fin d'un proche, de la difficulté pour le patient de faire son deuil de son état de bien-portant, voire de son existence. Cette violence à l'égard du soignant peut être psychologique, s'exprimant par des demandes, des exigences, des souhaits, des refus ; verbale (en s'étalonnant des insultes aux menaces) ; ou même physique.

Ainsi, dans son dernier bilan annuel, l'Observatoire national des violences en milieu hospitalier (2010) révèle l'accroissement des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier : 2 690 faits signalés en 2006 ; 3 253 en 2007 ; 3 433 en 2008 ; 4 742 en 2009 ; et 5 090 en 2010. Entre 2006 et 2010, les signalements d'actes de violence ont augmenté de 89 %. En 2010, 83 % des signalements ont été relatifs à des atteintes aux personnes, dont 21 % concernent des insultes, des injures et des provocations ; 15 % des menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne ; 46 % des violences volontaires, des menaces avec arme par nature ou par destination, des agressions sexuelles ; 1% des violences avec arme par nature ou par destination, des viols et tout autre fait qualifié.

Ces manifestations de violence sont le plus souvent provoquées par le sentiment d'impuissance éprouvé par les patients et/ou leurs familles à l'égard du diagnostic, de la maladie et à de ses conséquences ; elles nécessitent pour l'équipe d'être capable de gérer ces situations, et de disposer des moyens pour ce faire.

4.3 SOIGNER UN AUTRE QUE SOI-MEME : DES MODELES IDENTIFICATOIRES FUSIONNELS

431. Le manque de distanciation avec le patient

Être soignant n'est nullement le fruit d'un hasard. Cette fonction implique de soigner un autre soi-même et engage donc le soignant dans sa globalité, aussi bien dans sa dimension professionnelle que personnelle (Morasz, 1999). Certaines situations peuvent faire écho au sujet soignant et engendrer de la souffrance, le geste le plus courant ou le plus anodin peut prendre une autre dimension, celle de l'affect. Le plus souvent, ce sont des raisons inconscientes qui vont provoquer cette résonance affective. Le risque est un manque de distanciation, un glissement identificatoire, et même un risque de fusion, qui peut empêcher le soignant de « *travailler suffisamment bien* » (Winnicott, 1970).

La distance ainsi maintenue n'empêche pas l'établissement d'une relation avec le patient, elle en forme plutôt la condition nécessaire : un soignant qui bascule dans l'affect à l'égard d'un patient dont il a la charge se délégitime y compris aux yeux mêmes de ce patient ou de ses proches. Compassion, empathie, humanité, ne se confondent pas avec sentimentalisme, émotivité et sensiblerie. En d'autres termes, l'empathie du soignant doit s'accompagner d'une neutralité affective permettant à ce dernier de conserver son rôle et ses compétences de professionnel.

La relation avec le patient ne recouvre donc pas les notions de « travail émotionnel » (Drulhe, 2000) ou de « travail sentimental » (Lépinard, 2000) ; bien au contraire, la relation avec le patient se construit, suivant les situations, à partir d'une subtile alchimie entre proximité et distance, affectivité et recul, compassion envers l'autre et protection de soi-même. L'introduction d'une dimension sentimentale ou émotionnelle est proscrite dans le travail des soignants – médicaux et non médicaux – en tant qu'elle leur fait perdre la distance qui les constitue comme professionnels. À cet égard, l'une des fonctions des personnels d'encadrement est de diagnostiquer cette dérive afin d'en protéger les personnels dont ils ont la responsabilité.

Or la capacité du soignant non médical à maintenir une relation distanciée avec le patient s'effrite au long de sa carrière ; plus précisément, l'effet délétère de la proximité avec la maladie, la souffrance, la dégradation, la mort, est cumulatif et finit par être destructeur au bout d'un certain nombre d'années. Le « travail émotionnel » de prise de distance par rapport à la spécificité du soin, censé amoindrir les effets du *burn-out* consécutif au stress soignant, a démontré son inanité : quoi que fasse le soignant – travail en binôme, groupes de paroles recours à un psychologue, comportements délétères... –, l'effet cumulatif de son travail sur son affect est irrépressible.

432. Le sentiment d'impuissance source de souffrance

Soigner n'est pas guérir. Les motivations initiales qui déterminent l'engagement dans une carrière de soignant sont souvent en lien avec un désir inconscient de se réparer soi-même (Sapir, 1985). Pourtant, l'acte de soin n'est pas toujours synonyme de guérison ni même de réparation : soigner, c'est aussi soulager la douleur, accompagner jusqu'à la mort des soins palliatifs. C'est la raison pour laquelle le soignant se protège parfois d'une réalité trop difficile en adoptant des postures de toute-puissance et d'omnipotence sur lesquelles il aura à travailler durant sa carrière. Dans cette perspective, ce n'est pas l'échec thérapeutique qui affecte les soignants, mais leur incapacité à guérir vient dégrader l'image de toute puissance qu'ils se sont forgée à leurs propres yeux, et aux yeux d'autrui, à partir de l'acte de soigner.

De même, le manque de reconnaissance de la part des autorités sanitaires et des directions d'hôpitaux – si abondamment décrit –, est sans doute davantage dû à la perte de considération venant des patients et des familles en raison de la perte d'un savoir autrefois non partagé (Petitat, 1994). Désormais ce savoir est accessible à tous *via* les nouveaux moyens d'information, à partir desquels le patient et son entourage peuvent aborder la question de la maladie avec un savoir préétabli. Cette position nouvelle du malade face à l'abord de sa pathologie vient déposséder les soignants d'un savoir, et contribue à renforcer le sentiment de manque de reconnaissance à leur l'égard.

433. Le décalage entre représentation et réalité professionnelles

Dans leur cursus de formation, les professionnels de soin sont fortement sensibilisés aux questions d'empathie, de neutralité bienveillante, et de bonne distance vis-à-vis des patients. Cette approche exclut la subjectivité du soignant, et place ce dernier dans un dilemme entre un discours qui préconise la distanciation et la réalité de son exercice professionnel qui mobilise son affect. Cette confrontation

provoque de la souffrance parce que les soignants non médicaux sont dans l'impossibilité de demeurer à la place qui leur est assignée par la description qui leur a été faite de leur métier, et doivent trouver un compromis entre leur position de soignant et la représentation qu'ils se sont faite de cette place. Il y a un décalage entre ce que doivent être idéalement les soignants et ce qu'ils sont nécessairement dans leur réalité professionnelle en raison de leur humanité.

Autre décalage : dans les unités d'hospitalisation, les soignants paramédicaux passent d'une unité de soins à l'autre – au sein d'un même service – en fonction des impératifs de gestion de ces unités. L'enchaînement de ces affectations internes successives contrevient à l'image que les soignants se sont faite de leur rôle de soignant, fondé sur le suivi individualisé des patients dont ils ont la charge.

De même, les soignants non médicaux s'engagent dans leur carrière en ayant le sentiment qu'ils soigneront. Or, dans la plupart des cas, ils exécutent les prescriptions du personnel médical – à l'exception des actes définis par leur rôle propre (s'agissant des infirmières), règlementairement défini. Le fait de ne pas se situer dans la maîtrise de la prescription de la plupart des actes de soins et d'être dépendants des prescriptions des médecins – dont ils sont les exécutants, et envers lesquels ils peuvent être en désaccord – suscite un sentiment de frustration.

4.2 LE DENI SOIGNANT, CONDITION DE LA PRESERVATION DE L'IDENTITE PROFESSIONNELLE

Les revendications des soignants portent sur des questions qui n'ont pas de rapport de causalité directe avec la souffrance qu'ils endurent au travail : manque de personnel, pression excessive à l'accroissement des rythmes de travail, auxquels on pourrait ajouter la dénonciation de salaires insuffisants, notamment par rapport au secteur privé, et la déconsidération au travail.

La souffrance au travail générée par la nature du soin éloigne le soignant non médical de l'image qu'il s'est forgée de lui-même, et que les autres ont de lui, au travail. Ce dilemme identitaire soignant non médical au travail s'articule autour d'une opposition entre la trajectoire individuelle et la résistance à la domination bureaucratique des directions (deux modalités d'accès à la reconnaissance de soi et des autres au travail, Sainsaulieu, 1988) –, et de la transaction subjective définie par Dubar (2002), l'identité professionnelle pour soi.

Les soignants non médicaux fondent la spécificité de leur métier, donc de leur identité au travail, en grande partie sur le lien spécifique qu'ils entretiennent avec le patient – cette description renvoyant sans nul doute à la réalité puisque le personnel médical a une relation bien plus distanciée avec le patient. Or la souffrance générée par la proximité, la promiscuité, avec le patient, vient en plus brouiller ce positionnement : non seulement les soignants sont remis en cause dans leur identité professionnelle parce que la nature même de leur métier les fait souffrir, mais la dimension constitutive de la spécificité de leur travail – le lien avec le patient – les place en porte-à-faux parce que c'est à la fois un pilier identitaire au travail et un facteur de souffrance. On est là au cœur d'un dilemme identitaire fondé sur la transaction objective définie par Dubar (2002) : l'individu soignant non médical au travail ne parvient plus à concilier les attentes de rôle, l'identité pour autrui, qu'on attend de lui avec le soi idéal, l'identité de soignant pour soi, qui s'étirole inexorablement au fil de sa carrière. Ainsi que décrit par Dubar, il y a rupture entre identité professionnelle héritée et identité visée, un décalage entre la définition de soi issue de la trajectoire antérieure et la projection de soi dans l'avenir.

C'est la raison pour laquelle le discours catégoriel et revendicatif des personnels soignants focalise l'attention sur l'organisation du travail et le manque de moyens, et esquive ainsi la question centrale de leur rapport à leur métier – la promiscuité avec la douleur, la maladie, la mort, finissant par être insupportable sur longue durée. Or les métiers du soin sont fréquemment choisis, et reconnaître que son choix professionnel est source de souffrance revient à déconstruire son identité au travail.

C'est là une posture de déni, posture de défense qui conduit à refuser de reconnaître la réalité d'une perception négative, que Freud définit comme un mécanisme pervers par lequel un individu fait coexister deux réalités contradictoires en un refus de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante (Roudinesco et Plon, 2000). Les soignants se sont engagés dans leur métier en raison de l'image que ce dernier renvoie et qu'ils se sont appropriée : l'image de leur métier est devenue l'image professionnelle qu'ils ont d'eux-mêmes. Reconnaître que c'est le soin lui-même qui les fait souffrir reviendrait à briser l'image professionnelle qu'ils ont d'eux-mêmes. Dans la mesure où l'image du soignant dans l'imaginaire du public est celui d'un être heureux, qui s'oublie dans son attention portée

à l'Autre souffrant, accepter que le soin soit générateur de souffrance pour le soignant reviendrait également à déconstruire cette image sociale renvoyée par autrui : par définition, seuls les dysfonctionnements liés l'organisation peuvent expliquer la souffrance professionnelle qu'ils éprouvent.

5° AJUSTER L'ORGANISATION DE L'ACTIVITE ET LES DEROULEMENTS DE CARRIERE A L'USURE INHERENTE AU SOIN

Afin de pallier l'usure psychique consubstantielle de l'activité de soins, la réflexion doit porter sur le degré de transformation à apporter aux organisations de travail dans les services soignants, et sur le déroulement des carrières professionnelles des personnels soignants non médicaux.

5.1 MENAGER DES TEMPS DE RECUPERATION DANS L'ORGANISATION DE L'ACTIVITE DE SOINS

Aussi archaïque soit-elle, l'organisation actuelle du travail dans les services de soins génère paradoxalement au sein de son inefficience les remèdes aux maux de l'activité soignante : du fait de son relâchement dans sa structure, l'organisation du travail dans les services offre aux personnels le loisir d'y intercaler, à leur rythme et quasiment à leur convenance, des moments de récupération.

Or la quête de performance à laquelle les hôpitaux sont désormais astreints, en raison de la combinaison de l'encadrement de leurs dépenses et des nouvelles modalités d'acquisition de leurs recettes *via* la tarification à l'activité, modifie les organisations en privilégiant les activités génératrices de recettes tout en incitant à minimiser les coûts afférents à chaque activité. Dans la mesure où chaque acte est désormais producteur d'un certain volume de recettes, les établissements sont entrés dans une logique de productivité : faire autant avec moins de moyens ou bien faire plus avec des moyens identiques.

La logique de productivité n'est pas en elle-même incompatible avec l'activité soignante : la plus grande efficacité de l'activité permet de prendre en charge davantage de patients, de mieux les prendre en charge, ou bien de dégager des recettes qui permettent à leur tour de financer des activités soignantes innovantes et donc plus coûteuses. Pourtant, ses effets sur les personnels doivent s'apprécier à l'aune de la nature de cette activité (Cresson et Schweyer, 2000). Les limites à l'accroissement de la productivité au travail dans les activités soignantes outrepassent les effets propres à l'intensification du travail (*burn out*, *inclusion*, *surmenage*...) à mesure que ces dernières provoquent de la souffrance physique et émotionnelle chez les patients et s'inscrivent dans des pathologies qui mettent l'existence même en jeu.

Par conséquent, toute la difficulté vient de l'identification des déterminants des moments de repos : ressortissent-ils à l'épuisement provoqué par les défauts de l'organisation actuelle ou bien sont-ils le corollaire de la difficulté intrinsèque de travailler dans un service hospitalier ? Accroître l'efficacité des organisations de soins vient butter sur cette limite immatérielle : l'outrepasser et s'affranchir de ces moments, apparemment inefficaces mais vitaux dans la réalité du travail, s'est s'exposer à mettre en œuvre des organisations destructrices des personnes au travail et, par conséquent, moins efficace que celles que l'on voulait réformer. En d'autres termes, l'inefficacité apparente due aux relâchements dans l'organisation de l'activité peut être un facteur d'efficacité en tant qu'elle ménage des espaces de récupération pour les soignants.

5.2 PERMETTRE LA VERBALISATION COLLECTIVE DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Les groupes de parole de soignants, souvent très prisés pour remédier aux situations de souffrance, de détresse, parfois de désarroi, ne sont pas curatifs en tant qu'ils ne peuvent pas effacer le caractère destructeur du soin : les « *mises en forme collectives et ritualisées des émotions* » (Castra, 2004) ne préviennent pas, diffèrent tout au plus, l'usure psychique générée par le soin. Les groupes de parole de soignants ne sont pas des espaces psychothérapeutiques individuels, mais des lieux de verbalisation. La régulation collective de la souffrance est fonction de la place faite à la parole dans l'organisation du travail. Autrement dit, un groupe de parole ou d'analyse des pratiques ne peut se substituer à des réunions de service au cours desquelles la parole individuelle et collective a sa place. Il est primordial que le chef de service et ses collègues médecins entendent cette nécessité pour leurs collaborateurs soignants... voire pour eux-mêmes.

Des postes de psychologue du personnel ont été créés dans les établissements de santé dans le but d'accompagner la souffrance du soignant, et ce, dans un cadre individuel ou collectif. Leur mission est d'offrir un espace de parole individualisé, confidentiel, à l'attention du personnel, mais aussi d'être à l'écoute des demandes collectives, quand bien même ces dernières restent rares. L'intérêt de l'intervention d'un psychologue extérieur au service, contrairement aux interventions du psychologue du service qui s'occupe des patients, est l'instauration d'une distance avec les soignants : il n'est pas leur collègue et il ne connaît pas les patients qu'ils prennent en charge, ce qui facilite son intervention dès lors qu'un tel espace est cautionné par l'instance médicale. Le médecin ne doit pas, en effet, se sentir menacé par le fait que ses collaborateurs soignants peuvent parler en leur nom propre de la relation soignant-soigné, qui constitue l'essence même de leur fonction.

5.3 AMENAGER LE DEROULEMENT DES CARRIERES DES SOIGNANTS

De même, le déroulement de la carrière des personnels soignants non médicaux aurait vocation à prendre en compte l'usure au travail. Pour l'heure, la volonté de devenir cadres de santé – cadre de proximité ou bien cadre supérieur – n'est pas toujours éloignée de l'aspiration à une distanciation vis-à-vis du soin. Pour les soignants, s'orienter vers des métiers de l'encadrement est parfois – aussi – une manière de prendre de la distance par rapport au contact quotidien avec la maladie et la souffrance des patients.

L'autre aspect de cette question renvoie à la logique des démarches GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences). Les types de métiers réellement exercés par les personnels soignants ne relèvent pas toujours du soin. Mis à part les personnels d'encadrement dont il vient d'être question, de nombreux personnels soignants non médicaux, recensés comme tels sur les fichiers du personnel, n'ont pas un métier qui relève du soin. Il en va ainsi des personnels appartenant à la direction des soins des établissements de santé, de ceux qui travaillent sur le codage des dossiers de patients et dans les directions de l'information médicale, de ceux encore qui exercent un métier de formateur... Il y a donc un décalage entre métier « nominal » et fonctions effectivement exercées. Quand bien même, dans les établissements publics de santé, cet écart s'inscrit dans la logique de la séparation du grade et de l'emploi propre à la fonction publique, la part des personnels soignants non médicaux qui n'exercent pas un métier du soin est là aussi pour démontrer la souffrance induite par ces derniers.

Il conviendrait que les démarches GPEC servent aussi à identifier les différents métiers non soignants que peuvent tenir les personnels soignants non médicaux afin de penser en amont les parenthèses de carrières qui pourraient leur être offertes comme autant de périodes de récupération ponctuant leur vie professionnelle suivant le degré de proximité avec le soin. Il y a en effet une différence très importante entre travailler dans une salle d'hospitalisation, de soins intensifs, de réanimation, ou bien dans une unité de consultations extérieures, d'imagerie, d'examen endoscopiques...

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Canouï P., Mauranges A., Florentin A., *Le burn-out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel*, Paris, Elsevier Masson.

Castra M. (2004), « Faire face à la mort : réguler la "bonne distance" soignants-malades en unité de soins palliatifs », *Travail et emploi*, n° 97, janvier, p. 53-64.

Cézard M., Hamon-Cholet S. (1999), « Travail et charge mentale », *Premières Synthèses*, n° 27.1, 99.07.

Cresson G., Schweyer F.X. (Dir.) (2000), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Éditions de l'École nationale de la Santé publique.

Dejours C. (2000), *Travail, usure mentale*, Paris, Bayard Éditions.

Devetter F.X. (2004), « Le temps de travail des agents publics : un régime temporel spécifique ? », *Politiques et management public*, vol. 22, n° 1, mars, p. 47-69.

Di Grande C. (2000), « Gestion du temps et productivité des services hospitaliers », *Entreprise Santé*, n° 25, janvier-février.

- DREES (Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques - ministère de la Santé) (2003), *Conditions et organisation du travail à l'hôpital*, Paris.
- Drulhe M. (2000), [Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle], in Cresson G., Schweyer F. X. (Dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Éditions de l'École nationale de la Santé publique, Rennes, p. 15-29.
- Dubar C. (2002), *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, Paris.
- Estryn-Behar M. (1997), *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention*, Paris, Éditions Estem.
- Estryn-Behar M. (2010), « Pertinence des indicateurs de risques psychosociaux à l'hôpital pour la prévention du burnout », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, n° 4, Vol. 71, septembre, p. 619-637.
- Grosjean M., Lacoste M. (1998), « L'oral et l'écrit dans les communications de travail ou les illusions du " tout écrit " », *Sociologie du travail*, n° 4/98, p. 439-461.
- Holcman R. (2002), « Quelle spécificité de l'organisation du travail dans les services de soins ? Tâches standardisées et tâches spécifiques par type d'agent », *Gestions hospitalières*, n° 421, décembre, p. 785-794.
- Holcman R. (2007), « L'hôpital public manque-t-il réellement de personnel ? », *Journal d'Économie médicale*, Vol. 25, n° 5-6, septembre-octobre, p. 307-317.
- Holcman R. (2008), « La dysorganisation, un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs », *Revue française de gestion*, Vol. 34, n° 184, mai, p. 35-50.
- IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) (2011), *Eco-Santé France*, Paris.
- Lafontaine C. (2008), *La société postmortelle*, Paris, Seuil.
- Lépinard E. (2000), [Un travail à côté : le rôle des soignants dans la division du travail sentimental], in Cresson G., Schweyer F. X. (Dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Éditions de l'École nationale de la Santé publique, Rennes, p. 37-45.
- Loriol M. (2001), « La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière », *Prévenir*, n° 40, 1^{er} semestre.
- Mauranges A. (2010), *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier*, Montargis, Publications de la Mutuelle nationale des hospitaliers.
- Moras L. (1999), *Le soignant face à la souffrance*, Paris, Dunod.
- Morin E. (1970), *L'Homme et la mort*, Paris, Éditions du Seuil.
- ONVMH (Observatoire national des violences en milieu hospitalier) (2010), *Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier*, ministère de la Santé et des Sports, Paris.
- Petit A. (1994), [La profession infirmière : un siècle de mutations], in Aïch P., Fassin D. (Dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos/Economica, p. 227-259.
- Roudinesco E., Plon M. (2000), *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard.
- Sainsaulieu I. (2003), *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, Paris, L'Harmattan.
- Sainsaulieu R. (1988), *L'identité au travail*, Presses de la Fondation nationale des Sciences politiques, Paris.
- Sapir M. (1985), *Soignant-soigné : le corps à corps*, Paris, Payot.

Tonneau D., Bohnoure S., Gallet A.M., Pépin M. (1996), *L'organisation du travail dans les services de soins*, Coll. Outils et méthodes, Éditions de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), Lyon.

Winnicott D. W. (1970), *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*, Paris, Payot.