

THESIS / THÈSE

MASTER DE SPÉCIALISATION EN ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE L'ÉDUCATION

Les soignants en souffrance. Quels sont les soutiens qui leur permettent de tenir ?

BOUCQUÉ, Jeanine

Award date:
2022

Awarding institution:
Universite de Namur

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Les soignants en souffrance. Quels sont les soutiens qui leur permettent de tenir ?

MÉMOIRE PRÉSENTÉ EN VUE DE L'OBTENTION DU
MASTER DE SPECIALISATION EN ACCOMPAGNEMENT DES
PROFESSIONNELS
DE L'EDUCATION, DU MANAGEMENT, DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

PAR
Jeanine Boucqué

Mélanie Latiers Promotrice U.C.L.& UNamur

Lecteurs

Olivier Callebaut C.H.U. U.C.I. Godinne
Nathalie Burnay U.C.L. Louvain-la-Neuve

A Fanny Jacquemart
Je te dédie ce mémoire.
Il traite de notre noble profession que
tu as exercée avec tant de passion et
de tout ton cœur.
1965-2019

Remerciements

Je remercie chaleureusement chaque membre de ma famille, en tout particulier ma fille Hélène, ma sœur, mon frère et Grégoire, mon filleul, ils ont été mes « fans » de la première heure.

Merci à Coline, ma fille pour s'être courageusement chargée de l'intendance durant ces 2 années de préparation à chaque fois que je devais m'absenter.

J'adresse mes vifs remerciements à Madame Mélanie Latiers pour avoir accepté d'être ma promotrice et pour m'avoir accompagnée tout au long de ce programme.

Merci à Madame Burnay et Monsieur Callebaut pour l'honneur qu'ils me font d'être mes lecteurs.

En partageant des instants de liesse, de joie, de fous rires mais aussi en vivant parfois des moments de doute et de découragement, j'ai pu compter sur le groupe d'étudiants du MAPEMASS ainsi que sur nos professeurs, en tout particulier Madame Sephora Boucenna. Un tout grand merci à eux.

Je tiens aussi à remercier mes collègues ceux que je connaissais auparavant et celles dont j'ai fait la connaissance, ils se reconnaîtront, ils ont contribué à la rédaction de ce mémoire par leurs participations actives.

Enfin, un petit clin d'œil à ma cheffe Madame Gillet, qui m'a concocté un horaire à la carte pendant ces 2 années et je sais que cela n'a pas été simple pour elle ; je l'en remercie.

VOS ENCOURAGEMENTS ONT ETE POUR MOI LA PLUS BELLE DES
RECONNAISSANCES

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
I. INTRODUCTION	6
II. PROBLÉMATISATION	7
II.1 HISTORIQUE	7
II.2 MAINTENANT, QUE SE PASSE-T-IL ?.....	8
<i>II.2.1 Contexte juridique</i>	<i>8</i>
<i>II.2.2 Contexte politique.....</i>	<i>9</i>
<i>Reconnaissance du caractère pénible de la profession.....</i>	<i>9</i>
<i>L'intervention du fond des blouses blanches.....</i>	<i>9</i>
<i>II.2.3 Contexte socio-économique</i>	<i>10</i>
III CADRE D'ANALYSE.....	12
III.1 LE PROFIL DE L'INFIRMIERE	12
III.2 DE QUEL PUBLIC EN SOUFFRANCE PARLONS-NOUS ?	13
III.3 DIFFERENTES PERCEPTIONS DE LA SOUFFRANCE INFIRMIERE ET LES HYPOTHESES DE REMEDIATION CORRELATIVES.....	14
<i>Approches sociologiques.....</i>	<i>14</i>
<i>Approche philosophique.....</i>	<i>15</i>
IV. L'OBSERVATION.....	18
IV.1 LE PERIMETRE DE MA RECHERCHE	19
IV.2 LA METHODOLOGIE DE COLLECTE DE DONNEES	19
IV.3 COLLECTE DES DONNEES	20
IV.4 ANALYSE	
V. DISCUSSION.....	27
LA PERSPECTIVE D'AUDREY RIVIERE	27
LA PERSPECTIVE DE S.HOBFOLL ET DE F.GRIMA(CITES PAR RIVIERE)	28
LA PERSPECTIVE DE M.LORIOLE.....	28
LA PERSPECTIVE DE CHRISTOPHE DEJOURS	28
LA PERSPECTIVE DE MADELEINE ESTRYN-BEHAR	28
LA PERSPECTIVE DE JEAN-FRANCOIS GASPAR	29
LA PERSPECTIVE DE JEAN-MICHEL LONGNEAUX.....	30
VI. PROJECTIONS DANS L'ACCOMPAGNEMENT.....	31
<i>Le projet</i>	<i>31</i>
<i>Les limites de l'accompagnement.....</i>	<i>33</i>
<i>Les effets secondaires d'un accompagnement efficace.....</i>	<i>33</i>
<i>La culture de l'accompagnement</i>	<i>33</i>
VII. CONCLUSIONS	34
VI. BIBLIOGRAPHIE	36
VII. ABRÉVIATIONS.....	40
VIII. ANNEXES.....	41
ANNEXES 1 DEMANDE GENERALE AUX DIRECTIONS	41
ANNEXES 2 : GUIDE EN VUE DE L'ENTRETIEN	42
ANNEXE 3 : DEMANDE PRECISE AUX DIRECTIONS APRES LA PREMIERE REPONSE.....	43

I. Introduction

18 mars 2020, 20 h. « Marraine, tu ne l'entends pas de ton lieu de travail, mais je suis en train de t'applaudir car tu es un de nos soldats de la première ligne et je suis fier de toi ». Des témoignages comme celui-là, sont venus fleurir nos vies de professionnels de la santé. Par les réseaux sociaux, les médias, les services postaux, ils ont afflué de toutes parts venant des citoyens de tous les âges, toutes les classes sociales, des 4 coins de la Belgique et même au-delà de nos frontières. Des initiatives privées les plus cocasses ont été imaginées notamment par des musiciens, des chanteurs, des anonymes... C'était l'instauration d'un véritable rituel, d'une reconnaissance, d'une identité. Il a été relayé par d'autres professionnels tels que les policiers en haie d'honneur devant les hôpitaux feux allumés et sirènes hurlantes. Cela nous a réchauffé le cœur, vraiment. Les soignants que nous sommes, l'infirmière que je suis, nous nous sommes presque sentis des héros.

Et pourtant, plus que jamais, nous assistons à un épuisement des ressources adaptatives des infirmières * en milieu hospitaliers. Depuis son existence, la profession d'infirmière a un parcours difficile, semé d'embûches, de manque de respect, de peu de reconnaissance et d'absence de considération. Céline Declaire (2019 p.9) consacre sa thèse au malaise professionnel infirmier. Celui-ci se traduit par de l'absentéisme sur burn-out, sur dépressions, par des départs prématurés, ou par des abandons du métier. Louise Gallez (2017 p.35,48) évoque le turnover important des soignants « Dans les 5 ans de leur entrée en fonction, beaucoup abandonnent la profession, tant les conditions de travail sont désastreuses ». Aimer son métier, mais ne plus supporter la façon dont on doit l'exercer, c'est du gâchis. « La souffrance au travail est un marqueur et un témoignage de la difficulté du métier, mais il est aussi le signe que l'organisation du travail et le collectif ne permettent plus de faire face à cette difficulté » (Christophe Dejours 2015 P.27).

Le contenu de ce mémoire va dans un premier temps, repérer les points sensibles liés à cette souffrance et les raisons pour lesquelles elle est grandissante. Dans un second temps, il va consister à rechercher auprès d'un échantillonnage de soignants, la manière dont ils maintiennent la « tête hors de l'eau » et à identifier ce qui les maintient debout. Dans un troisième temps, nous verrons dans quelle mesure, un accompagnement pourrait être mis en place.

*L'utilisation du genre féminin dans l'ensemble de ce document a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire. Nous utiliserons donc les termes indifféremment d'infirmières, infirmiers, soignants, soignantes, assistantes, pour désigner des personnes au sens générique.

II. Problématisation

II.1 Historique

Pour expliquer en majeure partie, les raisons pour lesquelles les soignants en sont là, un bref rappel historique s'impose, il tisse le lien jusqu'à leur quotidien.

C'est l'environnement économique, religieux et social qui a construit leur profession.

Au IV^{ème} siècle, la première profession du soin se présente sous forme de bénévolat dans les maisons et hôtel dieu (Marc Busiau et Jacques Héraud 2009 cités par Declaire 2019). Au moyen âge, les congrégations catholiques féminines marquent de leur empreinte la pratique officielle des premiers soins. Elles sont imprégnées de vocation, dévouement, altruisme, humilité, abnégation, charité, obéissance, pauvreté et chasteté. Le terme infirmier apparaît au XVII^{ème} siècle. Les hommes, minoritaires, s'occupent des blessés de guerre, ils sont mis de côté pendant la période religieuse de la profession puis « réapparaissent » au XIX^{ème} siècle. Leurs tâches consistent essentiellement à s'occuper des cadavres et du cimetière (Valérie Piette 1995 P.19). En parallèle, du XII^{ème} au XVIII^{ème} siècle, apparaissent les hôpitaux publics dans lesquels travaillent des soignants laïcs, tous issus de la classe populaire et servante (Michel Nadot 2012 p.67). L'Eglise remet la main sur les hôpitaux jusqu'au XIX^{ème}. Le XIX^{ème} représente un tournant dans le monde infirmier grâce aux conflits anticléricaux, aux premières idées d'émancipation de la femme, à l'émergence de l'asepsie, aux découvertes médicales et chirurgicales. Cela leur forge une profession. La religieuse est cheffe de salle, aide le médecin, surveille et dirige les « servantes infirmières » dites « les ignorantes ». Ces subalternes volages, interchangeables, sans qualification, effectuent les tâches lourdes : toilettes, réfections de lits, distribution des repas, brancardages, vidanges des pots, nettoyage des latrines. Elles vivent dans la promiscuité, sans loisirs, sans vie privée pour des gages dérisoires. Ces infirmières domestiques s'occupent plus du nettoyage.

Ce sont encore des conditions de travail insalubres, précaires mais peu à peu, il s'installe une certaine indépendance de la femme, le droit à l'instruction et au travail. Une carrière s'ouvre progressivement à elles car elles ont des qualités dites « de femmes » comme le dévouement, la patience, l'abnégation. Elles restent soumises aux médecins mais acquièrent une certaine autonomie financière (Javier Arguello 1995 cité par Declaire 2019). Les servantes infirmières remplacent les sœurs les unes après les autres (Arlette Joiris 2009 citée par Declaire 2019).

En Angleterre, c'est Florence Nightingale qui fait véritablement éclore le métier d'infirmière. Elle le crée en 1840. Pour elle, il est bien séparé du métier de médecin. « Le chirurgien sauve la vie, l'infirmier aide le patient à vivre » (Rose-Marie Laurent, 1999). La chirurgie s'installe. Florence Nightingale fonde les premières écoles d'infirmière et avec elles, son modèle : l'art infirmier (Arlette Joiris 2009 p.87). Il n'est plus basé sur la philanthropie et la charité mais sur la connaissance. La tâche reste cependant ingrate : s'occuper des corps, de leurs souillures, leurs excréments, cela reste vile. Leur position sociale n'étant pas enviable, ceux qui le font, c'est

« parce qu'ils sont faits pour cela ». Et puisqu'il y a peu de mérite à exercer ce pourquoi on est fait, le salaire est bas.

Au XX^{ème} siècle, les 2 guerres mondiales apportent aux soignants une utilité sociale et une certaine reconnaissance. Des jeunes filles sont recrutées, apprennent sur le tas, pour prêter main forte aux infirmières anglaises aguerries, qui font preuve de professionnalisme, d'ordre, de discipline : les femmes en blanc (Joiris 2009 p.155). Les guerres ouvrent le marché de l'emploi : gagner dignement sa vie en prodiguant des soins. Les syndicats et fédérations représentatives apparaissent, la FNIB en 1919 et l'ACN en 1925. Il y a rupture avec le dévouement absolu, le travail sacerdotal, exécution subalterne mais il subsiste des reliquats (Rose-Marie Laurent 1999).

« Un personnel auxiliaire instruit et spécialement formé, obéissant et soumis, prêt à seconder les médecins efficacement, sans prendre d'initiatives intempestives. Outre les tâches domestiques, il doit connaître les actes techniques qui vont lui être peu à peu délégués : prise de température, pansement, bandage, piqûre, prise de sang » (Joiris, 2009). « La valorisation du sacrifice naturel de la femme soignante justifie pour de nombreuses années encore les bas salaires, les horaires infernaux, le travail de nuit et la soumission au pouvoir médical masculin » (Joiris, 2009, p. 157). Un ancrage de ces images a été créé dans l'imaginaire collectif d'où, un siècle plus tard, tout ou presque, est encore d'actualité.

II.2 Maintenant, que se passe-t-il ?

Aujourd'hui, il existe une loi sur l'art de soigner (Arrêté royal 78 ART 2 10/11/1967), un code de déontologie de la profession (14/11/2017), une identité juridique, (A.R.78 Art 21 1967). Des démarches gouvernementales sont mises en place pour améliorer les conditions de travail et pour augmenter la rémunération des soignants. Des projets de reconnaissance de pénibilité, de classification de fonctions sont en bonne voie.

II.2.1 Contexte juridique

Tout d'abord, la profession est identifiée dans un cadre législatif par un arrêté royal (arrête royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, notamment les articles 5, §1^{er}, alinéa 3, 2, modifié par la loi du 20 décembre 1974, et 21 *ter*, §2, inséré par la loi du 20 décembre 1974).

L'exercice de l'art infirmier :

L'infirmier bachelier évalue l'état de santé, assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers pour les patients présentant des problèmes de santé complexes et prodigue des soins et des traitements. Il est chargé de l'accomplissement des activités suivantes : « observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social ». Il

doit pouvoir définir les problèmes en matière de soins infirmiers ; collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit ; informer et conseiller le patient et sa famille ; assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades. Il est tenu d'assurer l'accompagnement des mourants et l'accompagnement lors du processus de deuil ; engager de façon indépendante des mesures immédiates destinées à préserver la vie et appliquer des mesures dans les situations de crise ou de catastrophe. Il doit analyser la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle en tant qu'infirmier-ière ».

En 2019, les études d'infirmière ont été allongées à 4 ans et ce, pour deux raisons :

- Pour répondre à la demande de l'Europe
- Pour permettre la réalisation de stages supplémentaires car les étudiants diplômés n'étaient pas prêts et dès lors, au lieu d'être sur le marché du travail, ils se tournaient vers des spécialisations (Alda Dala Vallee, 2021).

II.2.2 Contexte politique

Reconnaissance du caractère pénible de la profession.

L'éligibilité du caractère pénible des professions de la santé trône sur les tables ministérielles depuis au moins 7 ans (Ministre Daniel Bacquelaine).

Pour rentrer dans les critères, il faut :

- la pénibilité des circonstances de travail (à raison de contraintes physiques liées aux charges physiques et à l'environnement de travail.
- la pénibilité de l'organisation de travail
- la pénibilité en raison des risques de sécurité élevés
- la pénibilité de nature mentale et émotionnelle.

Le 18 juin 2020, le ministre de l'Intérieur promet la reconnaissance de la pénibilité aux infirmières. Actuellement, c'est toujours le statu quo.

L'intervention du fond des blouses blanches.

Le 12 mai 2021, le ministre de la Santé Franck Vandenbroucke était l'invité d'Ophélie Fontana sur la RTBF et déclare que 11,7 millions d'euros avaient déjà été consacrés aux soignants pour financer leur soutien psychologique en lien avec la covid-19. Il précise que 290 millions d'euros seraient réservés pour le personnel soignant dans le cadre du fond des blouses blanches et que

les effets se feraient sentir durant l'été. Nous sommes en avril 2022, aucune majoration de rémunération n'a été accordée. Ce fond des blouses blanches a été mis en place le 24 décembre 2019. Il fait l'objet d'un arrêté royal de la même date dans le secteur de la sécurité sociale. Ses objectifs sont les suivants :

- améliorer l'emploi et l'encadrement des praticiens de l'art infirmier ainsi que l'attractivité de cette profession ;
- financer la création nette d'emplois du personnel soignant ;
- financer les dépenses du personnel de soutien (aides logistiques, secrétaires, administratif susceptibles d'alléger les tâches des soignants) ;
- améliorer les conditions de travail des soignants ;
- et permettre des formations ainsi qu'un soutien aux projets de tutorat. Ce dernier objectif n'est pas sans intérêt pour nous.

II.2.3 Contexte socio-économique

La profession dispose de différents syndicats et même d'un syndicat autonome (Union4U) depuis octobre 2020. La FNIB, lors de diverses manifestations et mouvements de grève est venue alimenter leurs revendications comme celles de 1989 « NI Nonne, Ni Bonne, NI Conne » et a permis une légère augmentation barémique, une certaine victoire morale. Mais, les infirmières actuellement, évoluent dans un contexte en perpétuel changement. Elles doivent déployer des capacités d'adaptation aux protocoles thérapeutiques, biotechnologiques, aux fonctionnements de matériel, à la numérisation des plans de soins. La dimension humaine est oubliée pour laisser place à des restructurations normatives (Pierre Canoui 2003, P.104) Durant deux ans, elles ont dû faire face à cette pandémie qui s'est invitée dans ce contexte difficile, de nombreux changements ont mis en péril la qualité de leurs soins et de leur vie au travail. Des contraintes supplémentaires sont donc venues s'ajouter, augmentant la souffrance physique et mentale des soignants. Le docteur Philippe Vignaud (octobre 2020 p.53), lors de son étude sur l'impact psychique de la pandémie sur les infirmiers, remet un rapport sans équivoque. Il parle de nombreuses séquelles allant jusqu'à citer le stress post-traumatique. Celui-ci fait partie des conséquences éventuelles de l'impact de la pandémie de Covid-19 chez les soignants placés en première ligne durant la crise sanitaire. Ses signes pathognomoniques sont les symptômes de répétition, c'est-à-dire la reviviscence de scènes en lien avec un événement traumatique sous forme de flashes visuels diurnes, de cauchemars ou de ruminations envahissantes. Bien que l'exposition à la Covid (soignant confronté à des patients ou à des proches contaminés, ou contaminé lui-même) ne réponde pas *stricto sensu* à la définition de l'événement à potentiel traumatique, l'apparition de symptômes psycho traumatiques chez des professionnels de santé dans le cadre de la pandémie, est renseignée dans une cohorte de grande ampleur. Il ajoute que les symptômes anxieux, l'altération de la qualité du sommeil, la majoration de la consommation d'alcool, voire de son mésusage, font partie des autres risques de souffrance psychique retrouvés chez les soignants.

On constate en outre, une baisse significative d'inscriptions dans les hautes écoles d'infirmières (Alda Dalla Vallee, 2021). 25% des infirmières ne sont pas satisfaites de leur profession, 36% d'entre elles sont menacées de burn-out (épuisement professionnel), et 10 % envisagent de quitter le milieu (KCE, 2020). Par ailleurs, elles dépassent le nombre légal de patients par infirmière (9,4). Les normes de sécurité permettent 8 patients par infirmière (KUL, 2020). Elles doivent donc pallier la pénurie d'effectifs. Nathalie Depoire dénonçait déjà en 2017 dans un ouvrage, ce manque de moyen venant du monde politique. Elle demandait l'engagement de paramédicaux qui pourraient gérer ce qui ne relève pas du soin, n'obligeant plus les infirmières à effectuer des tâches pour lesquelles elles sont surdiplômées ou qui ne relèvent pas de leur fonction (p. ex. les lourdeurs administratives). Elle dénonçait également les horaires totalement irréguliers et destructurants, accessibles au personnel 1 mois à l'avance voire parfois 2 semaines. Elle évoquait enfin le manque d'ergonomie, la maltraitance hospitalière, le harcèlement moral, sexuel, l'emprise parfois, dont les infirmières font l'objet. Elle s'inquiétait de l'assèchement professionnel ainsi que de la qualité des soins apportés aux patients en conséquence, ajoutant que l'aide psychologique proposée, ne travaille que sur le « mal qui est fait ».

Céline Declaire (2019) qualifie la situation de malaise également d'un point de vue économique, en lien avec le salaire modeste des infirmières. Dans le secteur hospitalier, « l'infirmier bachelier (gradué) peut prétendre à un salaire de base de 2.228,63 € bruts mensuels en début de carrière. Ce salaire évolue régulièrement pour atteindre 3.926,39 € au terme de 27 années d'ancienneté. » (SPF Santé, 2006)

Elle évoque au point de vue social, les conflits d'intérêt entre soignants, les conflits intergénérationnels, la violence entre pairs, avec certains patients et leurs familles.

Elle relate les bras de fer avec la hiérarchie médicale qui engendre auprès du personnel infirmier du stress important à cause des colères, des comportements inappropriés, des agressions verbales ou de leur incompetence. Le docteur Alain Rosenstein, (2012) lui-même médecin interniste et chercheur à San Francisco s'est inquiété des comportements de ses confrères et a élaboré une étude en interrogeant 8000 infirmiers : 5% d'entre eux ont déclaré un comportement inapproprié de la part des médecins, il estimait que ce n'était pas beaucoup. En revanche, Il a ensuite mené des études concernant les feuilles d'événements indésirables qui ont révélé que 18% concernaient un mauvais comportement médical. Il a pu constater que leurs comportements perturbateurs pouvaient nuire au bon déroulement des soins et déboucher sur des erreurs autant infirmières que médicales. « Les infirmières avouaient se sentir intimidées quand il faut appeler les médecins humiliants ». Le problème n'étant pas propre aux Etats-Unis, l'université de Toronto a élaboré un programme interprofessionnel pour améliorer la communication infirmiers/médecins pointant du doigt que c'était l'origine du problème. Ils ont donc instauré un programme d'ateliers pour faire prendre conscience aux médecins les effets de leur comportement sur les infirmiers, offrir des cours de gestion de leur stress et des conflits qu'ils engendrent, proposer des cours d'affirmation de soi pour aider le personnel soignant à faire front aux médecins...

Jean Foucaut 2003 (cité par Marc Lorient 2012) associe la souffrance du soignant à de la pure intériorité, à la perte de sens, à l'incapacité de communiquer avec les autres, de trouver auprès

d'eux du réconfort, de la sollicitude, du refuge. Paradoxalement, cette souffrance est pure intériorité subjective mais est structurée par le social. Les infirmières vivent en conflit entre leurs convictions et celles de leur organisation institutionnelle. Elles restent passionnées, ajoute Pierre Canoui (2003p.104), même si elles se sentent démotivées dans l'exercice de leur profession.

Quel patient va accepter de leur faire confiance, de faire confiance à leurs soins en sachant que les soignants sont abimés, épuisés, en souffrance ? Pierre Canoui (2003, P.104), va plus loin :« Comment une société peut-elle tolérer que ceux à qui elle confie ses malades et ses mourants, souffrent tant en essayant d'apporter des soins ? ». Il ajoute (Canoui P.102) que les infirmières en souffrance, coutent cher à la société : 20 milliards d'euros à l'union européenne, il s'agirait pour lui, de réagir par des solutions curatives mais également de mettre en place des idées préventives.

Alors notre question est celle-ci : les soignants sont en souffrance physique, morale, mentale, enclavés entre le marteau et l'enclume. Cette situation est exacerbée par le caractère récurrent de celle-ci. Comment identifier ce qui permet aux soignants d'être toujours sur le pont malgré cette évolution trop rapide, ces horaires ingrats, ces conflits, ce manque de (re)connaissance de la profession ? Nous allons identifier les théories sur lesquelles nous pouvons appuyer notre recherche pour répondre à ce questionnement.

III Cadre d'analyse

III.1 Le profil de l'infirmière

Céline Declaire dégage 4 archétypes (images symboliques) de la profession infirmière (2019, pp.19,20, cite Catherine Mercadier 2013). Ceux-ci ont tous un point commun : des rôles sociaux, dits de femmes :

- « L'infirmière sacrifiée » : elle a pour origine l'infirmière religieuse qui faisait vœux de pauvreté, de chasteté, d'humilité. L'infirmière sacrifiée, s'efface renonce à son propre corps et à sa vie privée. Elle a la vocation, fait preuve de dévouement, d'altruisme, d'abnégation, de bienveillance. Elle possède les qualités de cœur, le don de soi.
- « L'infirmière ménagère » : elle est l'héritage du XIXème siècle, des domestiques appelées « les ignorantes ». Celles-ci s'occupent des basses besognes, elles remplacent les paillasses, vidangent les pots de chambre, nettoient les latrines, sont soumises. Elles ont une position sociale non enviable et de bas salaires.
- « L'infirmière aguicheuse » : fantasme toujours bien présent qui s'explique soit, par les infirmières débauchées, frivoles incultes du XIXème ; soit, par une façon de réduire le

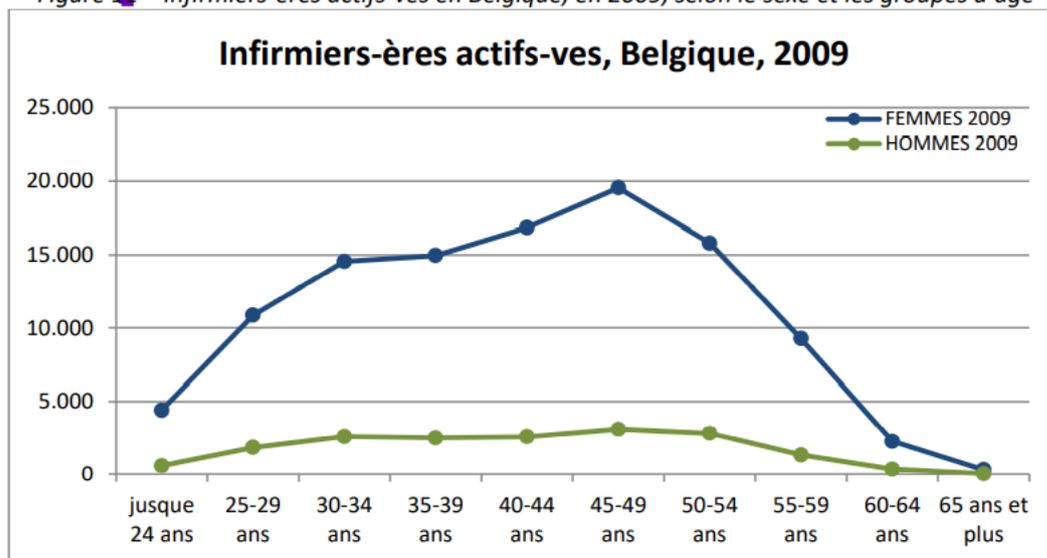
pouvoir que les infirmières auraient lorsqu'elles soignent des hommes vulnérables et amoindris. Et dans ce cas, les infirmiers hommes doivent être des chefs ou des mi-hommes.

- « L'infirmière mère » : image venant de la grande guerre ; « l'ange blanc », représentée par la reine mère en Angleterre, qui était la « mère » de tous les soldats.

III.2 De quel public en souffrance parlons-nous ?

Céline Declaire décrit le malaise infirmier sous toutes ses formes et pour tous les soignants de Belgique. Elle a constaté que la population soignante active diminuait à partir de 45 ans, et de façon plus significative encore (50%) de 50 à 60 ans, tant pour les femmes que pour les hommes. Elle a pu établir le lien franc entre ce qu'elle décrivait comme le malaise infirmier et tous ces départs anticipés.

Figure 11 – Infirmiers-ères actifs-ves en Belgique, en 2009, selon le sexe et les groupes d'âge



Source : SPF Santé publique – PlanCAD

<http://organesdeconcertation.sante.belgique.be> (site consulté en septembre 2016).

Tableau 1 infirmiers actifs

Madeleine Estryng-Behar (2007 P.324), lors d'une enquête auprès de 4989 répondants infirmiers, s'est intéressée à l'abandon prématuré de la profession, et constate que le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail. Pour elle, si le travail amène des contraintes étrangères à l'individu, cela constitue nécessairement une source de souffrances, qui expliquerait la longévité des carrières infirmières. D'après son enquête, en équipe, il est possible de mettre en place des mécanismes de défense pour atténuer les angoisses, les tensions. Individuellement, cette souffrance entraîne des réactions de fuite, de retrait (abandon), du

surinvestissement dans l'activité entraînant lui-même soit de l'agressivité, soit de l'hyperempathie.

Nous faisons le choix d'orienter nos recherches auprès des soignants qui exercent en milieu hospitalier exclusivement, tout en ayant bien conscience que les professionnels de la santé qui travaillent aux domiciles, dans les maisons de repos et de soins, sont certainement en souffrance aussi et qu'un soutien serait le bienvenu.

Nous opérons également le choix de ne pas tenir compte des 22% d'infirmières qui sont inscrites au plan CAD (Decleire 2017 P.32) mais qui sont soit, prépensionnées, inscrites au chômage, en incapacités (maladie longue durée, burn-out), qui ont changé complètement d'emploi ou qui ont arrêté toute activité professionnelle.

III.3 Différentes perceptions de la souffrance infirmière et les hypothèses de remédiation corrélatives.

« Ce n'est pas parce que des personnes parlent de la même chose, qu'elles en parlent de la même manière » John Cultiaux MAPEMASS 2021.

Approches sociologiques

A n'en pas douter, les soignants sont en souffrance. Ils subissent les reliquats de leur histoire, les évolutions des protocoles thérapeutiques, les lourdeurs administratives, notamment par le biais de la numérisation. Ces souffrances sont sporadiques, récurrentes, impactantes ou légères, minantes à court ou à long terme et dans tous les cas, invalidantes pour leur épanouissement au travail. Ils éprouvent énormément de difficultés à concilier vies de famille et vies professionnelles. Ils doivent pallier au manque d'effectifs (les candidatures pour le bac infirmier est en constante décroissance, la longévité de carrière est de 55 ans de moyenne) (tableau 2016 C. Decleire 2019).

Pourtant, ces infirmières, ces infirmiers sont là, à leur poste, se tiennent sur le pont, ils continuent à placer le patient au centre des soins, à conserver leur identité professionnelle, à acquérir du savoir afin de se développer (Richard Wittorski MAPEMASS 2022), c'est-à-dire, à être compétents. Ils répondent au cadre législatif : « maintenir, améliorer et rétablir la santé des personnes ». Pour J-M Longneaux (2004, P.31) : « un bon soignant, c'est celui qui sait lutter contre toutes formes de souffrances, à commencer par la sienne ».

Comment parviennent-ils à tenir ? Jean-François Gaspar (2012 P. 33,34 P.275,276) dans sa description de ce qui fait tenir des travailleurs sociaux, constate que venir en aide aux autres, est inscrit au plus profond d'eux-mêmes, ils se sentent faits pour ce métier, la passion. Il remarque aussi (P 81 ,182) que les encouragements, l'estime des collègues sont importants ainsi que la communication langagière, « parler, c'est réparer ».

Marc Loriol (2015 P.23) s'inspire de Christophe Dejours, celui-ci envisageant une autre approche. Les soignants, selon lui, ressentent un manque de moyens (temps, effectifs,), une impuissance face à la souffrance d'autrui, une majoration de la détérioration des situations des hôpitaux pris dans les politiques de rationnement des dépenses. Les politiques semblent penser que s'ils instaurent des restrictions budgétaires dans le domaine du soin, il n'y aura plus de patient. Ces mêmes restrictions imposent des procédures standardisées parfois contraires aux pratiques des équipes. Par conséquent, la souffrance naît d'une difficulté à offrir un soin de qualité dont il peut être fier en tant que soignant, et à rester un « bon » soignant. Pour Marc Loriol, un bon soignant, ne s'investit pas trop, sinon il va s'épuiser (assèchement émotionnel, burn out,). Par contre, il doit s'investir un minimum sinon il risque de déshumaniser le malade. Il faudrait, selon lui, faire correspondre les pratiques quotidiennes avec les valeurs professionnelles : d'une part, peser sur l'organisation (motivations extrinsèques : salaires, avantages divers), d'autre part, adapter de façon partagée leurs valeurs (motivations intrinsèques : plaisir du don de soi, plaisir du travail bien fait, bonnes relations avec les collègues et les malades). « Ne pas prendre en compte et ignorer volontairement l'ensemble des efforts que font les soignants pour s'adapter aux difficultés et améliorer la qualité des soins, ne peut que pousser les soignants à la démotivation, à la perte de sens, à la déshumanisation des malades. » (Marc Loriol 2015 P.33). Christophe Dejours (2015 P. 7) dit : « La souffrance est toujours au rendez-vous du travail. En revanche, ce qu'il adviendra de cette souffrance peut dans certains cas, conduire à la maladie mais dans d'autres cas, elle peut être transformée en plaisir. » Il ajoute qu'au travail, on se travaille, il invite le soignant à ne pas respecter la prescription, la procédure, le règlement sinon, ça ne marche pas. « La fraude est ordinaire parce que nécessaire. » (Olivier Cousin 2009, cité par A.Rivière 2013 P.157) « les soignants sont parfois contraints de ruser lorsqu'ils sont confrontés à des normes et des procédures inapplicables ou contradictoires ». Gabriel Perez (2022) reprend dans un article, les propos de C.Dejours en soulignant que travailler implique une transformation de soi.

Approche philosophique

Dans une optique plus philosophique, l'article de Jean-Michel Longneaux(2004 p.24-33), traite de l'identité professionnelle des infirmiers et en particulier, de leur réaction face à la souffrance. Il écrit que les soignants ne sont pas tous égaux devant elle. Certains se replient sur eux-mêmes, d'autres se désinvestissent, déshumanisent leurs soins. D'autres s'extériorisent par des comportements violents, de l'agressivité du cadre sur le subordonné. Il évoque aussi ceux qui se défoulent sur leurs patients ou sur leurs familles. Il précise que nous pensons que si tous ces problèmes étaient réglés à savoir les horaires, les salaires, les sous-effectifs, les chefs de service insupportables, ce travail serait un vrai bonheur. Selon lui, il est illusoire de le croire. Même dans leur vie privée, les soignants et où qu'ils soient, restent en souffrance. Ils cherchent la reconnaissance, et le paysan, le maçon, l'avocat aussi. Il intitule son ouvrage « la souffrance des soignants n'existe pas ». Il souhaite en effet démontrer qu'elle n'existe pas vis à vis de la profession, mais qu'elle existe bel et bien lorsqu'elle est liée à la condition humaine. La souffrance, pour lui, n'est rien d'autre que la mise en scène de notre condition dans un univers particulier, celui des soins. Il ajoute que nous pouvons aller chez le psy, consulter des thérapeutes, alerter les syndicats, ..., nous résoudrons un problème mais en créerons un autre. Cependant, il affirme que tout ce qui peut être fait, doit être fait. Jean-François Gaspar (2012,

p.33), se questionnait également au sujet de la souffrance similaire auprès des travailleurs sociaux. Une assistante sociale qu'il interroge, lui dit : « Oui, on travaille avec la souffrance, mais je pense qu'on l'a choisie aussi ». Il n'existe pas de techniciens de la souffrance. « Notre condition humaine n'est pas quelque chose qui puisse se soigner ! » (Longneaux, 2004, P.32) La spécificité de la profession tient simplement au fait que nous côtoyons de « près » la vie et la mort, tout ce qui constitue la fragilité de l'être humain. La souffrance du soignant n'est pas une réalité en soi. Ce serait admettre que le fait d'être infirmière, c'est savoir souffrir et que dès lors, ça en ferait une sorte de vertu. Ce qui est une vertu, selon Longneaux, c'est la lutte contre la souffrance, pas la souffrance elle-même.

Stratégie d'ajustement retenue

Audrey Rivière & Al. (2013 P.142-162) a mené une enquête auprès des cadres de santé de différents hôpitaux au sujet des tensions de rôle qui y régnaient. Elle constate (P.152) des surcharges de travail, des ambiguïtés de rôle liées à la tâche, des difficultés de conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle, des injonctions contradictoires de la part des directions (faire plus avec moins), des incertitudes sur leur identité professionnelle. Les cadres témoignent et disent : « on se retrouve avec un boulot pour lequel on n'a ni les compétences, ni la motivation, parce que ce n'est pas ce métier-là qu'on a choisi. » (2013 P.153) Lors de son enquête, elle a pu constater que les cadres infirmiers développaient essentiellement une stratégie centrée sur le problème afin de diminuer les exigences et augmenter les ressources pour y faire face. Dans la même veine, elle évoque la théorie de conservation des ressources de Stevan Hobfoll. Les valeurs auxquelles les soignants accordent de l'importance sont appelées ressources, elles constituent un potentiel de résistance aux contraintes pathogènes du travail. La perte de ces ressources est le premier mécanisme qui engendre les réactions de stress.

Audrey Rivière (P.154) estime que des stratégies doivent être mises en place pour améliorer les conditions de travail des soignants Elle s'appuie sur Francois Grima (2000) qui répertorie des façons de réagir : l'exemplarité, l'arrangement, la mise à distance, la fuite. Elle propose une stratégie d'ajustement propre à l'infirmière et propre à son organisation, sous forme de tableau à 2 entrées. Nous l'avons adaptée selon la méthode acquise au cours de méthodologie de l'observation (Damien Canzittu MAPEMASS 2020).

	STRATEGIES INTERNES	STRATEGIES EXTERNES
AJUSTEMENT MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> • Respect des valeurs fondamentales qui font exercer ce métier • Capacité d'économie de soi • Par conscience professionnelle • Son éducation (ce qui a été incarné) • Son sens de l'humour • Sa nature optimiste • Sa résignation • Passion pour la profession 	<ul style="list-style-type: none"> • Le conjoint • La famille- enfant(s) -parents - frère/sœur • Les amis • Les collègues • Les médecins • Cadre direct • Cadre intermédiaire • Ressources humaines • Formation prévention • Cellule psychologique • Direction département infirmier • Direction générale
AJUSTEMENT MATERIEL	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de temps de travail • Pratiques de sport, hobbies • Fuite de l'institution • Fuite de l'unité de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Salaires • Avantages, primes, frais, déplacements • Horaires adaptés • Aide matérielle famille • Zone d'habitat • Unité de soins attractive (par sa technologie p.ex.) • Augmentation d'effectif

Tableau 2 Stratégies d'ajustement

Ce tableau va nous permettre de guider principalement l'analyse du contenu de nos entretiens.

Nous avons différentes hypothèses de « réparation de la souffrance infirmière » en référence à la littérature de JF Gaspar (2012), de Jean-Michel Longneaux (2004), d'Audrey Rivière, Marc Loriol, Stevan Hobfoll et Madeleine Estryn-Béhar. Nous émettons les hypothèses que les soignants ont soit, des ressources personnelles et parviennent eux-mêmes à se libérer de leurs souffrances. « Ne pas renoncer à ses rêves (ce qui serait mortel) mais cesser de prendre ses rêves pour la réalité ; cela permet de se réapproprier ce que le soignant est, en étant libéré de tout jugement » (Longneaux 2004 P. 31) Soit, ils sont soutenus par les collègues (J.F. Gaspar 2012 P.182), par la supérieure directe (P.79), par la famille, par les amis (P.242). Soit, ils trouvent une ressource dans le/les biens matériels qu'ils reçoivent (primes, différences de rémunération selon l'institution, avantages divers). Christophe Dejours invite à la fraude pour trouver le plaisir du travail, Cousin et G.Perez le rejoignent en s'orientant vers la ruse et la transformation de soi. M.Loriol, S.Hobfoll et M.Estryn-Béhar & al. conçoivent le concept de ressources du soignant et qu'il faut presser l'organisation à laquelle le soignant appartient pour améliorer les conditions de travail et donc de promouvoir la qualité de vie.

IV. L'observation

Pour nous permettre de répondre à la question « quel est le soutien des soignants ? », nous avons mené une enquête auprès de 5 infirmières et un infirmier. Quatre d'entre eux exercent au Centre de santé des Fagnes, petite structure très diversifiée de proximité de 144 lits, isolée à 40 km à la ronde dans la campagne Chimacienne. Cet hôpital est de petite taille mais toutes les disciplines générales y sont représentées : maternité, pédiatrie, chirurgie, médecine interne, gériatrie, soins intensifs, urgences, SAMU, consultations, dialyse.

Deux autres infirmières exercent à l'ISPPC, site de Marie Curie, hôpital universitaire établi en milieu urbain. Il peut accueillir 517 patients, dispose d'un plateau technique ultra moderne qui lui permet des spécialisations : néonatalogie, médecine vasculaire (certifié european stroke organisation), polytraumatisme (agrée trauma center suprarégional).

Ces infirmiers se présentent avec des profils professionnels différents.

	Ancienneté	Type de service	Horaire	Age	Archétype
Nath	12 ans	Chirurgie générale	Nuit	50 ans	Infirmière Mère
Gene	43 ans	Oncologie M.S.F.	Nuit	64 ans	Infirmière sacrifiée et mère
Cécile	9 ans	Médecine interne	Jour	30 ans	Infirmière mère et ménagère
Anne	7 ans	Chirurgie orthopédique	Jour	28 ans	Infirmière sacrifiée
Elo	12 ans	Equipe volante	Nuit	34 ans	4 archétypes à la fois
mrA	10 ans	Urgences	Jour	31 ans	Infirmier mère (et père)

Tableau 3 Profils des soignants

L'échantillonnage est modeste, cependant, la souffrance des infirmières est largement reconnue par le monde scientifique. Que celle-ci concerne 6 soignants ou des centaines, elle est reconnue. La recherche est orientée vers la qualité et non dans la quantité. (MAPEMASS 2021, J.Cultiaux « L'approche qualitative »).

IV.1 Le périmètre de ma recherche

Le problème des infirmiers est généralisé mais pas nécessairement les remèdes.

Dans ce mémoire, nous aimerions découvrir quels éléments permettent d'identifier ce qui fait tenir ces 6 infirmiers. Si ces hypothèses se confirment, ces mesures sont-elles efficaces pour tous ? Pour certains dans certaines conditions ? Un seul ajustement est-il suffisant ou doivent-ils être regroupés ? Au regard de la littérature scientifique, y-at 'il des convergences ?

IV.2 La méthodologie de collecte de données

Un entretien semi-directif avec retraçage du parcours professionnel, nous paraît le plus judicieux pour mener notre enquête. (Annexe2) En effet, un questionnaire aurait été trop restreint, étant donné que nous ne profiterions pas des bienfaits de la verbalisation (MAPEMASS 2021, Analyse de l'activité S.Boucenna). Idéalement, notre objectif était d'interroger les infirmières engagées dans 3 formes d'institutions hospitalières : un hôpital de proximité, un hôpital universitaire et une clinique. Malheureusement, pour un motif très flou, les entretiens en clinique nous ont été refusés. « Les choix qui sont les meilleurs sont ceux qui

sont possibles » J. Cultiaux MAPEMASS 2021. Toutefois, parmi les personnes que nous avons interrogées, deux soignants avaient des parcours partiellement en cliniques, nous avons donc pu étudier l'environnement d'une clinique indirectement. Pour des raisons pratiques, trois des six entretiens ont été menés en distanciel : Anne, Cécile et Elo. Cette pratique n'a pas mis à mal la qualité de l'entretien. Ces infirmiers ont été choisis selon un critère précis : des soignants qui assurent, qui ne sont pas au bord du burn-out, qui ne sont pas en dépression ou qui ne manifestent pas des comportements de malaise. Dans la lettre adressée aux directions de nursing, nous avons demandé à nous entretenir avec des infirmières « qui vont bien » (Annexes 1 et 3). Nous avons au départ l'intention de mener notre enquête auprès de personnes qui « vont mal ». Cette méthode aurait constitué un biais. (MAPEMASS J. Cultiaux 2021) En effet, si nous menons une enquête avec des soignants déprimés, démotivés, nous ne trouverons jamais ce qui les fait tenir, puisqu'ils ne tiennent pas.

IV.3 Collecte des données

Nous nous appuyons sur la grille d'Audrey Rivière & al. (2013 p.142-162) que nous avons adaptée pour classer nos verbatims. A chaque fois que le soignant nous a fait part d'un moment de difficultés dans son parcours, nous avons recherché ce qui l'avait aidé pour s'en sortir, de quel ajustement il avait eu besoin. Nous nous concentrons sur l'ajustement de la situation et non sur l'ajustement de l'émotion qu'elle a provoquée. « Une stratégie d'ajustement est jugée efficace si elle permet à l'individu de maîtriser ou diminuer l'impact de l'agression sur son bien-être physique et psychologique (Folkman, Lazarus, Di Matteo cités par Audrey Rivière 2013 P.147).

E: Elo C :Cécile

M :Mr. A G :Gene

N: Nath A :Anne

Nous reprenons le tableau qui a été adapté et avons coché le nombre de fois que l'infirmier a évoqué le besoin de cet ajustement dans son parcours professionnel.

		Stratégies internes						Stratégies externes						
Mental/ Social	Infirmiers	N	G	C	A	E	M	Infirmiers	N	G	C	A	E	M
	Valeurs	3x	3x		1x	4x	1x	Famille	1x	2x				1x
	Economie				1x			Amis						
	Conscience	1x		2x		5x		Collègues	1x	1x	3x	4x		2x
	Education	4x	1x			1x	1x	Médecins			1x			
	Humour							Cadre D.			3x	3x	1x	1x
	Optimisme	1x	1x					R.H.					1x	
	Résignation	1x	1x					Cellule						
	Passion	2x	2x			1x		formation						
								D.D.I., DG.		2x		2x	4x	
Matériel	Temps de T.	1x						Salaires		1x	1x			
	Hobbies						2x	Avantages				1x		
	Fuite					3x	3x	Horaires		1x	1x	1x	1x	1x
	Fuite U.S.					2x	2x	Famille	1x					
								Habitat						
								Attractivité				1x		2x
							Effectifs	1x						

Tableau 4 : les résultats

IV. Analyse

Non, les infirmiers ne sont pas masochistes, quand ils souffrent, ils puisent dans leurs propres ressources ou appellent à l'aide auprès des autres humains, nous avons pu le constater lors de nos 6 entretiens. Les différences d'ajustement ne proviennent pas du type d'institution hospitalière, elles ne proviennent pas non plus de l'ancienneté ni de l'âge, ni du type d'orientation du service et ne sont pas probantes non plus par rapport aux rémunérations.

En superposant les grilles de chaque soignant interrogé et en marquant d'une croix rouge ce qu'ils ont utilisés durant leur carrière, les grilles pourraient être presque superposables, il y a peu de différences.

Peu de stratégies au niveau matériel (les deux cadres inférieurs)

Les stratégies les moins retenues concernent les stratégies au niveau matériel (13x pour l'interne comme l'externe). Une autre observation issue du tableau montre que les stratégies internes concernent moins de soignants (3 infirmiers) tandis que les modalités externes les concernent tous. Par exemple, pour Nath, une seule modalité est décrite (une demande d'adaptation du temps de travail), et ce, une seule fois.

N : *« J'ai dû commencer par faire un mi-temps à l'hôpital et l'autre mi-temps en domicile. Pour mon petit garçon, c'était plus difficile...Donc là, je me suis dite, il faut que je fasse quelque chose : j'ai arrêté le domicile et plus tard, j'ai pu avoir un temps plein de nuit qui nous convenait à tous les deux. »*

En termes de stratégie externe, l'amélioration de l'horaire imposé au travail, a été un soutien pour 5 soignants sur 6.

A : *« on tourne en 8h, c'est idéal. L'équipe du matin voit celle du soir et vice versa. »*

MrA : *« On tourne tous en 12h, ainsi on a congé fin de semaine »*

G : *« le système de nuit me convient bien »*

E : *« pour mon garçon, c'est l'idéal »*

C : *« En 8h, c'est bien ».*

L'attractivité des services a amélioré la qualité de vie au travail de 2 infirmiers dont un à deux reprises.

A : *« Dans un service de chirurgie ortho comme celui-là, ce n'est jamais 2 fois la même technique de pansement, il y a toujours une différence, on ne se lasse pas. »*

MrA : *« On avait 3x plus de pontages que dans les autres hôpitaux, c'était super »*

« Dès mon arrivée, la cheffe a fait une sortie smur avec moi puis elle m'a laissé y aller, j'ai toujours voulu faire du SAMU. »

L'aide matérielle de la famille n'a été reprise qu'une seule fois par une infirmière :

N : *« Ma sœur conduisait mon fils à l'école, le reprenait puis le ramenait chez moi ».*

Cette même soignante a également bénéficié d'un soutien en matière d'effectif, via l'ajout d'un second infirmier volant de nuit.

« Maintenant qu'ils sont 2, on a moins de risque de se retrouver à faire son tour de traitements du matin seule. »

Notre attention a été attirée pour deux soignants qui ont fui leur poste et même leur lieu de travail (ajustement matériel interne). Le changement d'institution hospitalière est une mesure assez radicale : il s'agit de quitter l'ancien poste, se faire engager dans un nouveau, travailler avec des nouveaux collègues, des nouveaux responsables, intégrer de nouvelles façons de travailler, une nouvelle organisation. Il s'agit d'acquérir des nouvelles techniques, des nouvelles orientations de service. Il s'agit aussi de déménager sinon, de faire des déplacements

différents, d'emmener sa famille, faire suivre. En y regardant de plus près, pour quelles raisons, les deux soignants qui ont changé d'institution, ont-ils pris une mesure aussi radicale, aussi importante ? Elo a quitté la première fois pour le bonheur de son fils.

E : « *Mon temps de présence au travail était plus important que le temps de présence à la maison* ».

La seconde fois, elle quitte parce qu'elle devait travailler avec des médecins qui ne prenaient pas leur responsabilité, qui étaient dangereux pour les patients.

E : « *Il m'est arrivé de me battre avec un médecin, pour qu'il fasse une échographie cardiaque à un patient ! On a perdu le patient.* » Ces deux raisons sont pour Elo, extrêmement importantes à savoir sa descendance directe et sa conscience professionnelle, dans les deux cas, cela concerne des vies humaines. A situation grave, ajustement important.

MrA a quitté le premier hôpital où il travaillait car il était stressé et effectuait du travail à la chaîne : aux antipodes des valeurs de la profession.

MrA : « *je n'ai pas adhéré, c'était du travail à la chaîne* ».

La seconde fois, il quitte la clinique car il se sent trahi par sa supérieure directe et le chirurgien, on ne lui fait pas confiance.

MrA : « *Moi j'étais sûr de ce que j'avais dit, ma cheffe m'a quand même mis un manquement, j'ai dit qu'on ne me faisait pas confiance, je suis parti* ». Comment va-t-il pouvoir continuer à travailler avec eux et leur faire confiance dans ces conditions ? Ce n'est pas envisageable pour lui. Les motivations de ces départs sont graves pour lui. A situation grave, ajustement important. Cependant, la gravité ne se porte pas sur le même objet. Elle est dépendante de l'objet et du soignant, en particulier de la perception que le soignant a de cet objet.

La stratégie externe / mentale davantage évoquée (cadre supérieur droit)

Le nombre de demandes en ajustement mental externe sont nettement plus importantes. Nous comptons 33 verbalisations d'ajustements dont 11x du soutien des collègues, 8x pour la DDI et 8x les cadres, 4x la famille et une seule fois le médecin et une RH.

Les propos les plus nombreux concernent donc les collègues, comme illustré par les exemples ci-dessous :

G : « *les collègues sont allées jusqu'à me remplacer au pied levé* »

N : « *Il y avait une bonne ambiance et aux pauses, on déconnait quoi, tu vois, les moments où on a fait des tiktoks* ».

C : « *le fait d'avoir été deux dans la même galère, si je puis dire, ça nous a donné du courage.* »

A : « *au début, nous avons une marraine, comme on l'appelle, c'est une personne de référence vers qui on peut se tourner pour poser des questions ou nous montrer* ». « *Nous sommes solidaires, une bonne équipe soudée* ».

MrA « *Nous étions 4 infirmiers, nous sommes tous partis à cause de ça, par solidarité* ».

La demande d'aide auprès des directions pour deux soignants est, soit insatisfaite, soit mitigée. Elle n'a pas permis de générer un sentiment d'écoute véritable. Au contraire de ce constat, les

deux infirmières travaillant au sein d'une institution universitaire évoquent le fait qu'il n'a pas été nécessaire pour elle de demander d'aide aux directions, étant donné qu'elles ont reçu du soutien de façon spontanée. Leurs directions sont très présentes, à l'écoute et réactives, comme l'illustre l'extrait suivant issu de l'interview d'Anne :

« Pendant la période covid, la direction venait dans le service, elle nous approvisionnait quotidiennement en sandwich. Elle recevait les directives sanitaires à faire exécuter, à rendre applicable, recevait les plaintes de toutes parts (patients, familles), mais elle s'occupait de nous, prenait du temps pour nous ».

L'appel à l'aide de deux autres infirmières était moins heureux.

E : « J'ai eu un entretien pour lui dire tout ce qui n'allait pas au niveau de l'investissement du personnel, y compris me concernant, il m'a bien écoutée, il a pris des notes et tout ça puis j'ai eu 0 effet, 0 effet ! Je ne suis pas parfaite non plus mais on peut essayer de mettre en place quelque chose pour s'améliorer. Rien, rien, rien, même pas un feed back. »

G : « J'ai demandé de l'aide cette semaine puisque je viens de faire 2 fois 7 nuits sur 3 semaines, j'ai demandé au cadre intermédiaire s'il avait moyen d'alléger mon travail car j'ai quand même 64 ans et là, la réponse a été : « Je ne sais pas sortir une infirmière de mon chapeau ! »

La stratégie interne / mentale largement mise en avant (cadre supérieur gauche)

Le soutien qui fait l'unanimité est l'ajustement interne mental. Chaque infirmière interrogée a validé au moins à deux reprises, un item de cette catégorie, 37 fois dans cette zone pour l'ensemble des entretiens, à raison de 9X en ce qui concerne les valeurs, 8x la conscience professionnelle, 7x l'éducation et 5x la passion de la profession. La résignation a été répertoriée pour 2 infirmières. Une seule infirmière a recours au principe de l'économie de soi.

Le **respect des valeurs fondamentales** qui font exercer ce métier est souverain, comme illustré par les propos suivants :

E : « Nous sommes là pour soigner les patients, pas pour être fatiguées. C'est pas les patients qui doivent nous aider, c'est l'inverse ».

A : « Aider les gens, c'est mon quotidien ».

N : « Je vais toujours privilégier le patient, ma priorité, c'est que le patient soit bien. »

G : « Je l'ai réinstallé, maintenant, il me connaît, je le connais...il est en confiance ».

C : « L'agressivité, je trouve que ça ne sert à rien même si c'est pas toujours évident tout en restant souriante, agréable. Je pense honnêtement que les gens sont plus facilement embêtés par les gens agréables que désagréables ».

MrA : « Un jour il y a un mec bourré qui téléphone et dit qu'il avait mal sous son plâtre, il m'a demandé si je pensais que c'était grave et s'il devait venir. Je lui ai dit que s'il avait mal, il fallait venir. »

La **conscience professionnelle** est le deuxième pilier le plus cité.

E : « moi aussi, j'ai eu peur du covid mais j'estime qu'un médecin, un infirmier doit être là pour ses patients. La dame avait failli mourir ! Les patients, on est là pour les soigner pas pour les laisser mourir ! »

A : « Nous, on est dans l'optique d'avouer son erreur. On peut mieux les gérer et on limite les catastrophes. »

C : « Je me suis trompée de médicament, mais dans ma réflexion, le principal, c'est d'avoir prévenu et surveillé. »

N : « Je soigne les gens comme si c'étaient mes parents ».

L'**éducation** tient également une place prépondérante dans les propos des soignants.

Nath éprouve parfois de la fatigue en fin de semaine de nuits particulièrement lorsqu'il y a eu de nombreuses interventions chirurgicales avec des retours de salle en début de nuits. Elle assure malgré tout, elle dit elle-même tenir ça de son éducation.

N : « On n'avait pas beaucoup d'argent, on était 4 et donc, j'ai appris à prendre sur moi. Ça veut dire, ne pas répéter toutes les 5 minutes « j'ai mal ici, j'ai mal ça », même si t'as mal quelque part, tu travailles, c'est comme ça, c'est de la famille, c'est du vécu, véhiculé par mon père qui a toujours travaillé malgré tous ses problèmes, il est mort jeune. »

G : « Le médecin dans un hôpital c'est soi-disant le grand Dieu ...Mon papa est médecin, jamais il ne s'est comporté comme ça, il nous a appris à travailler ensemble, médecins et infirmières. »

E : « on m'a imposé à travailler au covid, je n'étais pas à l'aise par rapport à mes parents et pour mon garçon, je ne voulais pas prendre le risque de les contaminer. »

La **passion** anime les infirmières.

E : « c'est ma passion !...J'ai découvert que j'aimerais bien m'occuper des gens comme cette infirmière »

N : « j'ai jamais lâché prise parce que voilà, j'aime bien ce que je fais ».

G : « j'ai toujours eu l'impression d'avoir accompli quelque chose, qui avait du sens même si on travaillait sans compter

Conclusion concernant les ajustements évoqués

Nous pouvons constater que les adaptations aux difficultés rencontrées par les soignants interrogés entrent dans les cases du tableau d'Audrey Rivière. Nous nous attendions toutefois à ce que la rémunération soit abordée de façon plus prégnante, étant données les revendications des syndicats infirmiers qui dénoncent très régulièrement la modestie des salaires. Or, une infirmière employée au CHU aborde spontanément le sujet en disant : (C) « on gagne bien sa vie », alors qu'une autre soignante issue d'une petite structure évoque le problème en disant : (N) « plutôt que de nous augmenter comme les politiques le promettent, il ferait mieux d'engager du personnel pour que nous ayons une qualité de vie au travail meilleure ».

Nous nous attendions également à des ajustements plus nombreux en matière d'infrastructures : matériel de pointe, équipement performant, locaux spacieux,... Il est vrai que les 2 infirmiers en institutions universitaires apprécient de travailler au sein d'une organisation aisée avec du matériel performant, mais sans plus.

(A) « *Nous avons une grande cuisine dans les unités de soins, cela nous permet de manger tous ensemble, ça favorise la convivialité* ». Le sujet concernant « la pauvreté » de l'établissement, n'est pas abordé par les autres infirmiers comme étant une difficulté.

C'est la stratégie d'ajustement mental/social interne qui l'emporte, juste devant l'ajustement mental/social externe.

Quelles sont les lectures que nous pouvons en tirer ?

1. Ce résultat pourrait signifier qu'en tant qu'humain, nos pistes de solution restent propres à l'être humain.
2. L'autre hypothèse est que ces infirmiers utilisent sciemment ce type de stratégie en se disant, « je gère, je maîtrise, je suis capable ». C'est le concept du Locus of control interne de Julian Rotter (1954) cité par Mélanie Latiers (Mapemass2022) Dans ce cas, leur résilience, leur sort, lors de chaque difficulté, dépendent surtout d'eux-mêmes et ils vont s'adapter. Au contraire, ceux qui croient que les stratégies dépendent de la hiérarchie, des infrastructures, du salaire ou d'un quelconque élément externe, vont être affectés et ne tiendront pas.



Figure 1 : locus of control

3. La troisième hypothèse vient aussi d'une croyance de l'individu mais centrée sur son efficacité (Catherine Piguet 2010 P.5). La théorie de Bandura cité par Piguet, vise la régulation de l'activité humaine. Le facteur environnemental, personnel et comportemental s'articulent pour favoriser l'agentivité soit, la capacité que possède un individu (un soignant) d'atteindre un objectif donné, sa puissance d'agir sur le monde.

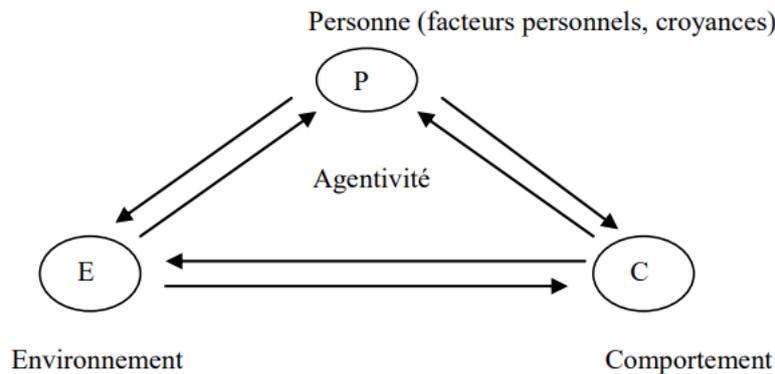


Tableau 5 : SEP

Ce modèle triadique doit permettre d'identifier le SEP. Il est le sentiment d'efficacité personnelle, la croyance d'un individu selon laquelle il est capable d'atteindre un objectif donné dans un contexte précis soit en l'occurrence, assurer son travail avec efficacité, en milieux hospitaliers.

V. Discussion

En quoi l'analyse de nos entretiens corrobore-t-elle les différentes théories des auteurs évoqués ?

Le principe de ces ajustements que Rivière, Hobfoll, Moisson, Estry-behar, Grima et Loriol proposent tout en complémentarité, visent tous à diminuer les exigences de la profession et augmenter et/ou maintenir les ressources. Gaspar, Dejours et Longneaux paraissent plus pragmatiques, mais visent également le désir de se prémunir contre la souffrance au travail.

La perspective d'Audrey Rivière

Des stratégies doivent être mises en place pour garantir la qualité de vie au travail des soignants, elles sont pour elle internes ou externes à eux, mentales ou matérielles, elles constituent pour les infirmiers interrogés des outils pour tenir. Ils veillent à conserver ces ressources. Lors de la pandémie, l'équipe d'Anne a été complètement dispersée, elle l'a ressenti comme une rupture, une mise en difficulté, elle a été très heureuse de les retrouver ensuite : « Heureusement, ça n'a pas duré ». Fatema Safy (2013P.8) dans son article affirme : « A quantité égale de pertes et de gains, l'impact de la perte des ressources est plus décisif sur le soignant que l'impact d'avoir du gain ». Ce qui entrainerait un paradoxe dans le cas où le soignant craint d'être viré. Cette peur d'être exclu servirait de puissant levier à la soumission, donc à la souffrance.

La perspective de S.Hobfoll et de F.Grima(cités par Rivière)

Ils privilégient les ressources comme l'exemplarité, l'arrangement ou la mise à distance. A ce sujet, plusieurs exemples sont évoqués par nos répondants :

- L'exemplarité de C. qui, malgré qu'elle ait terminé son service, reste pour aider la relève car il y a une surcharge de travail dans l'unité.
- L'arrangement de G. qui à chaque départ en mission à Médecins sans frontière, peut quitter son poste directement et le récupérer à son retour.
- La mise à distance d'A. devant un patient agressif, qui dit qu'il n'en peut rien, que ce n'est pas de sa faute... et reste calme.

La perspective de M.Loriol

Loriol ajoute une nuance par rapport aux autres auteurs cités, en invitant les soignants à peser sur l'organisation. Certains soignants interviewés ont essayé, ont été écoutés mais n'ont pas le sentiment d'avoir été entendus.

Or, les institutions hospitalières ont un sacré défi à relever si elles ne veulent pas faire face à des « hémorragies infirmières » au sein de leur service, avec le risque que celles-ci ne mettent en concurrence les employeurs potentiels. « La possibilité pour un hôpital de conserver son soignant jusqu'à la retraite passe par une politique active de santé mentale » M.Estryn-Behar (2007 P.325).

La perspective de Christophe Dejours

Dejours conseille aux soignants de frauder pour avoir le plaisir du travail et pour éviter la déshumanisation des soins venant de l'activité empêchée. Dans les entretiens menés, une seule infirmière a été amenée à frauder face au manque de professionnalisme d'un médecin. Grâce à son expérience, elle a redéfini sa tâche, elle l'a actualisée par adjonction, puis l'a réalisée. Elle est heureuse de l'avoir fait : la patiente a dû être transférée aux soins intensifs mais a survécu.

La perspective de Madeleine Estryn-Behar

Les ressources sont essentiellement subjectives. Les valeurs (le plaisir du travail bien fait, la reconnaissance, la santé, la bienveillance) la conscience professionnelle (souci du bien-être des patients, de la qualité de ses soins) sont des ressources déjà présentes chez eux, font parties de l'identité, elles ne s'acquièrent pas, ne peuvent se « prescrire ». Il en est de même pour les ressources telles que l'éducation, la famille. L'entraide, la solidarité des collègues sont également des ressources de type subjectives, à l'inverse du matériel, ou du bâtiment. Estryn-Behar craint que le new management, qui consiste à favoriser la polyvalence des infirmiers, leur soient préjudiciable en leur faisant courir le risque de rupture des collectifs de travail. Un

management qui serait efficace, serait celui qui est à l'origine de construction, d'élaboration d'espace de discussions. Les infirmières, tout comme nos répondants, acceptent plus ou moins les contraintes de types économiques mais refusent de s'accommoder à ce qui atteint le cœur de la profession. « Le score de soutien reçu des collègues est un élément fort pour l'attractivité du travail soignant et est la condition indispensable pour la prévention du burn-out. » Estryn-Behar & al. (2007, P.321,322)

Elle propose aux institutions de mettre en place des dispositifs qui rendent du sens à la profession :

- Des horaires qui permettent de récupérer.
- L'aménagement des locaux.
- Laisser les aînés travailler.
- Organiser des réunions régulières.
- Des formations continues en cohérence avec les soins à prodiguer.
- Avoir recours au temps partiel pour les vies de famille.
- Prévoir une supervision venant d'un professionnel extérieur à l'organisation.

Nos répondants ont évoqué ces thèmes. Quatre d'entr'eux se plaignaient des horaires, l'aménagement de ceux-ci les a aidés mais pour la qualité de leur vie de famille, pas vraiment pour leur permettre de récupérer. Les locaux consacrés au personnel sont essentiellement adaptés à l'hôpital universitaire. L'évocation du travail avec les aînés est présente de façon positive dans tous les entretiens. L'organisation de réunions formelles entre les membres du personnel soignant n'a pas été abordée. Au csf, elles ne sont pas mises en place. Le suivi des formations et leurs mises à jour sont respectés. Les propositions de prestations en temps partiel ne sont pas à l'ordre du jour, certains soignants les trouvent même pénalisantes par rapport à la baisse du salaire. Il y a bien une personne de référence à l'attention de chaque novice à Marie Curie mais elle fait partie du personnel existant et non extérieure à l'hôpital comme c'est préconisé.

La perspective de Jean-Francois Gaspar

Gaspar évoquait le fait que « parler, c'est réparer ». Effectivement, chacun des soignants que nous avons interrogés, étaient heureux d'avoir répondu présents à cet entretien, ajoutant que cela leur avait fait du bien ou que le moment avait été agréable. La verbalisation a permis aux infirmiers interrogés de livrer ce qui n'avait pas été facile à vivre dans leur vie professionnelle. Chacun a employé du vocabulaire différent excepté pour la verbalisation de leur souffrance, elle a émergé sous la forme des mêmes mots : « ça a été difficile, vraiment difficile, j'ai eu des difficultés, ça n'a pas été facile, c'était un moment difficile ».

Deux infirmières ont été très volubiles, avaient besoin de communiquer. Une autre montrait beaucoup plus de réserve et il était nécessaire de la questionner davantage. L'infirmier exprimait de la sérénité et répondait de façon concise. Les deux autres infirmières ont répété un nombre de fois assez considérable de : « et voilà ». Cette expression est étudiée par Jean François Gaspar 2012, P.54. Il explique cette expression de deux façons. Première explication : « et voilà » équivaut à un point d'exclamation, un étonnement, une certaine prise

de position. La seconde fonction de cette expression est un point final, c'est alors synonyme de « il faut faire avec, on ne peut rien dire de plus, rien faire de plus ». Il s'agit plus d'un état de fait. Dans les deux entretiens qui nous occupent, il s'agirait d'une résignation. Elle se sont effectivement résignées.

N : « *Je me dis : allez, plus que deux jours, tu vas avoir du repos, donc et voilà ...* »

G : « *Il y a ici une monotonie qui s'est installée, on nous déplace très souvent comme des, comme des pions sur un échiquier voilà et ça c'est vraiment la chose qui est la plus dure pour moi, voilà* ».

La perspective de Jean-Michel Longneaux

Lors des entretiens, chaque soignant a exprimé les ajustements dont il avait bénéficié de façon très professionnelle. Toutefois, et ce « malgré eux », alors qu'ils décrivaient des situations, ils laissaient émerger leurs émotions, faisaient des remarques beaucoup plus personnelles. Ces remarques font référence aux réflexions de JM Longneaux sur la fragilité de l'humain et sur l'absence de traitement de la condition humaine. Dans son récit, Anne explique la période pandémique et l'isolement des patients dans les chambres avec émotion : « *c'était troublant cette dégradation des patients qui se faisaient aussi rapidement. Ça nous suivait ensuite quand on rentrait à la maison... On se disait, voilà il est parti tout seul.* »

Nath évoque également ses difficultés de travail en service covid : « *on se sentait vraiment mal, on ne savait pas faire grand 'chose, juste les voir se dégrader, on avait des ordres d'aller dans la chambre maximum 2X sur la nuit et pour certains patients, on devait les laisser partir, ça, franchement, ça n'a pas été facile* ».

Cécile, quant à elle, était en congé de maternité pendant les périodes de confinement, quand elle est revenue, elle ressentait une certaine culpabilité : « *Je me sentais mal à l'aise car je me rendais compte de tout ce qu'ils avaient enduré pendant que j'étais là chez moi, tranquille* ».

Pendant son récit, MrA., alors qu'il expliquait comment s'étaient passées 3 interventions SAMU aux issues très dramatiques sur la même journée, il nous raconte qu'il retrouve un gamin de 9 ans écrasé dans un accident de voie publique. Il s'arrête, interrompt l'entretien. Emotionné, il m'interpelle : « *Tu vois Jeanine, Les enfants, c'est pas pareil, c'est une profession bizarre qu'on a, c'est bizarre parce que c'est vraiment un sacré métier qu'on fait là. ...et quelquefois, notre population, c'est triste, c'est moche* ». Ces réactions convergent avec les conclusions de Longneaux ainsi que celles de Sephora Boucenna et Evelyne Charlier (2018 P.35) : « la reconnaissance d'une émotion exprimée, donne un sentiment d'apaisement et ce sentiment, autorise « le droit de ressentir une blessure ».

VI. Projections dans l'accompagnement.

« La vie n'est pas un problème à résoudre mais une énigme à déchiffrer » Muchielli cité par Safy 2012 P.7

Le projet

Même si les soignants que nous avons rencontrés savent se servir des outils dont ils disposent (ajustements) de façon consciente ou non, il n'en reste pas moins qu'une certaine instabilité est palpable. Lorsqu'Elo dit que la patiente s'en est heureusement sortie, elle ajoute que si tel n'avait pas été le cas, elle aurait quitté l'hôpital. Cela signifie qu'elle était prête à fuir de nouveau pour la troisième fois, avec tous les désagréments que cela peut générer. Lorsqu'un patient se plaint auprès d'elle du dysfonctionnement qui lui cause préjudice, elle lui répond : « une feuille de satisfaction est mise à votre disposition monsieur, écrivez, expliquez tout ce qui ne va pas. Vous êtes notre seul levier, nous, nous ne sommes pas entendus ». Ce sont des situations parmi tant d'autres pour lesquelles il s'en faut de peu pour que l'équilibre se rompe, d'où l'intérêt de savoir ce qui les fait tenir.

Nous avons sollicité des entretiens avec des soignants qui vont bien, qui parviennent à compenser pour l'instant, mais quelle réflexion mener par rapport à ceux qui se rendent dans les hôpitaux avec des pieds de plomb, « parce qu'il faut bien » ? Personnes pour lesquelles ce qui, au départ était peut-être un conflit basé sur un petit malentendu, est devenu un véritable cauchemar ?

Ces cas de figure existent dans tous les hôpitaux, ils engendrent des atteintes à l'intégrité de l'individu, à sa santé. Dans l'émission « Investigations » du 25 mai 2022, un reportage commence en mentionnant qu'il manque près de 20.000 infirmiers dans notre pays. Pourtant, ces 20.000 infirmiers sont présents, vivants, ont le diplôme requis mais leur état de santé ne leur permet plus de travailler. Ces épreuves pourraient être évitées notamment en intervenant à l'intérieur du monde du soin, sur le terrain.

Fatema Safy (2013 P.6) cite Clot sur le maintien de la santé au travail : « Le travail est une activité déployée par les hommes et les femmes non pour faire « face à », mais pour faire autrement « avec » ce qui est déjà donné par l'organisation prescrite du travail. Le travail devient donc le lieu même du développement du pouvoir d'agir des sujets, condition sine qua non de la santé au travail ». La mise en place d'un accompagnement des professionnels rend possible cette voie d'action.

L'accompagnement a d'abord été envisagé comme un accompagnement aux personnes en fin de vie (Martine Beauvais 2004). Il était désigné dans les années 60-70 comme un projet de soin spécifique, une attitude, une relation avec le malade en fin de vie (« Mourir accompagné »). La conception des soins reposait sur la reconnaissance de la personne comme étant un être humain à part entière, la nécessité d'une présence à autrui. Nicole Croyère (2008) l'identifie comme une pratique éthique. Accompagner le malade en fin de vie, c'est considérer la personne malade

jusqu'au bout comme un sujet vivant, le refus de réduire la personne à son statut d'incurable ou de mourant. L'accompagnement a pour but de ne pas l'isoler et de limiter sa mort sociale. Il consistait pour le soignant à écouter, se rendre proche, trouver des ressources (antalgiques p.ex.), être présent, être le passeur dans un passage de vie à trépas.

Une des nombreuses différences par rapport à l'accompagnement tel qu'il nous est enseigné, réside dans le fait que nous ne sommes pas l'ainé qui a déjà expérimenté la mort ou pas forcément connu la vieillesse. C'est cependant la base du concept d'accompagnement : accompagner l'individu qui est fragilisé et amené à réaliser des projets dans des situations de vulnérabilité.

Guy Le Bouedec (2001) amène à considérer l'accompagnement dans son essence spirituelle. Il montre l'insensé d'en faire une profession. Maela Paul (2012), dans la même considération, justifie : « l'accompagnement n'est pas un métier, il ne se réfère pas à un cursus de formation identifié comme tel. La fonction d'accompagnement est confiée à des professionnels dont le métier est d'être soignants... et à qui on demande de procéder à une manière d'être et de faire ».

La posture que les accompagnants doivent tenir, désigne une manière d'être en relation avec autrui dans un espace et à un moment donnés. Il va nous être confié une fonction d'accompagnement dans un contexte difficile à savoir les tensions, la frustration, l'anxiété, la culpabilité, ...la souffrance, le tout prescrit et conditionné par des exigences économiques. Nous devons donc réinsuffler dans tout accompagnement, une dimension relationnelle d'un être humain avec un autre. (M. Paul 2012) « La posture d'accompagnement peut être caractérisée comme une posture labile, fluide, en constante redéfinition et ajustement. Elle doit sa justesse à sa pertinence au regard d'une situation ». L'accompagnement dans le monde du soin, est en fait « une condition à créer pour que le soignant exerce sa capacité d'agir » (Paul, 2004).

Bien que Maela Paul soit la référence en matière d'accompagnement de professionnels, d'autres auteurs ont exploré cette commande sociale. Madeleine Estryn-Behar&al. a notamment découvert que les hôpitaux qui sollicitaient des « tuteurs » pour accompagner leurs soignants, présentaient un taux de départs précoces de la profession beaucoup plus bas que ceux qui n'en bénéficiaient pas.

Christophe Dejours (vidéo 2008), lors d'une conférence devant un public constitué essentiellement de représentants syndicaux de secteurs sociaux et de soin, abondait dans ce sens. L'accompagnant médiateur doit comprendre ce que le travailleur en souffrance dit et pourquoi il le dit. Il est nécessaire d'analyser « Pourquoi tient-il la position qu'il tient ? ». Les individus agissent en fonction de ce qu'ils pensent, il n'est donc pas simple de répondre à cette question en raison de la subjectivité du travailleur. Le médiateur va permettre aux travailleurs d'exprimer des choses qu'ils ne savaient pas tant qu'ils ne les avaient pas dites. Dejours invite son public à faire appel à ces professionnels de l'accompagnement et précise que les accompagnants ont la maîtrise des dispositifs pour « métamorphoser une expérience en savoir ».

Dans le cadre du programme du MAPEMASS, Richard Wittorski (2022) nous a démontré l'intérêt du lien existant entre l'accompagnement et la professionnalisation dans le monde du soin. Il permet au soignant d'avoir une identité professionnelle, d'augmenter ses compétences

et surtout, de développer son pouvoir d'agir, c'est à dire possibilités d'agir, l'empowerment. Les outils dont l'accompagnant dispose notamment, sont constitués de l'analyse des pratiques professionnels (DAGNEA, codéveloppement, DAPP), de l'analyse de l'activité (instruction au sosie, entretien d'autoconfrontation, entretien d'explicitation), de pratiques réflexives (ARPPEGE, analyse des schèmes d'action), des dispositifs de débriefing, d'entretiens de groupes semi-structurés. Il est laissé à l'expertise de l'accompagnant le soin de choisir le dispositif le plus pertinent. Ainsi, par exemple, un responsable d'unité, pourrait faire appel à un accompagnant parce deux clans se sont formés dans son équipe et par conséquent, ne communiquent presque plus. L'accompagnant commencerait par organiser une séance d'analyse de pratique professionnelle avec un « clan » à la fois dans les cadres de sécurité prévus. Cette problématique serait exposée, puis analysée, clarifiée par chacun des groupes, des hypothèses de compréhension seraient révélées, des pistes d'action pourraient être envisagées. Les pistes d'action communes pourraient ensuite, être dégagées. Dans notre exemple, le dispositif du codéveloppement paraît le plus adéquat pour ces groupes, mais un entretien d'explicitation pourrait s'avérer nécessaire par la suite, pour un ou plusieurs membres, d'autres séances seraient peut-être à envisager selon ce qui s'est passé à la précédente et qui est à réguler. « Chaque rencontre est unique, singulière et rien ne peut prédire ce qui va résulter de l'interaction » (Maela Paul 2017 P.124). « L'accompagnement, c'est la pratique éclairée de la gestion de l'incertitude » (John Cultiaux 2021MAPEMASS).

Les limites de l'accompagnement

Dans le milieu hospitalier, ce qui fait défaut à l'ensemble du personnel soignant, c'est le temps. Pour de multiples raisons, il manque du temps pour terminer les toilettes, pour distribuer les médicaments, pour terminer le tour des traitements intraveineux, pour compléter les macrocibles, ... Il risque par conséquent, de manquer de temps pour profiter des apports d'un accompagnement. Les séances d'accompagnement se déroulent pendant les heures de service. L'accord des responsables des ou de l'unité(s) concernée(s) doit être indispensable. Il va dépendre de l'activité en temps réel dans le service. La séance devra être éventuellement postposée et reprogrammée. Cette temporalité, constitue elle aussi, une gestion de l'incertitude.

Les effets secondaires d'un accompagnement efficace

L'accompagnement n'est pas « Je pense à la place de, je fais à la place de, je choisis à la place de, je me refille le fardeau de l'autre à moi-même » (Martine Beauvais 2004 P.106). Au contraire, l'accompagnement permet de solliciter l'autonomie de l'accompagné. Plus La personne accompagnée a prise sur le changement, moins elle est en demande d'accompagnement. Un accompagnant efficace, travaille donc à sa propre disparition.

La culture de l'accompagnement

Dans le milieu du soin, il y a vraiment peu d'accompagnants en tant que tels en Belgique.

L'accompagnement est une commande sociale (Paul 2019). Le soignant en souffrance doit demander pour être accompagné. Ce n'est pas l'accompagnant qui en observant la personne en

difficulté, va le chercher. Par conséquent, l'accompagnement en milieu hospitalier est au stade du balbutiement. Nous émettons deux hypothèses à l'origine de cet état de fait.

- La méconnaissance de la richesse qu'il peut apporter. Des infirmiers ignorent jusqu'à l'existence du phénomène social, y compris la majorité des soignants que nous avons interrogée. Lors d'une rencontre avec un coach en nursing (conseiller en prévention indépendant), il nous a confié avoir connu des obstacles dans son activité. Il est généralement contacté par les responsables des unités pour intervenir avec une équipe. Lorsqu'il met en place le dispositif, il se voit réduit à présenter une séance de formation de gestion de l'agressivité. Nous gagnerions à faire connaître l'accompagnement des infirmiers, c'est-à-dire présenter les objectifs, les modalités de contrat, la méthode générale, le cadre de sécurité lors d'une présence pour tous, y compris la hiérarchie, afin d'en montrer tous les atouts. (Faire du lobbying). Faire apparaître les enjeux, établir un terrain de travail, de rencontre. « Il faut créer les conditions de la demande, s'approprier les espaces aliénants et en faire une construction collective » (Sephora Boucenna mars 2022 MAPEMASS).

- La seconde raison de son « manque de succès » est inhérente à la profession infirmière elle-même : les infirmières peinent à demander, à recourir. C'est comme si ce n'était pas inscrit dans leur ADN d'appeler au secours, d'admettre avoir besoin d'aide. « Être en demande pour une infirmière, c'est comme ne plus être en accord avec les valeurs fondamentales qui font exercer ce métier » (Joris Thievenaz 2021 MAPEMASS). Or, Claire Jouffray (2011) estime que la demande n'est pas un problème, c'est l'incapacité pour l'accompagné de ne plus pouvoir avancer qui en est un. Est-ce un héritage de leur histoire et/ou lié à la culture des institutions ? Catherine Piguet (2010 P.7) s'est penchée sur la question d'une culture de l'institution par opposition à l'infirmière indépendante ou aux soins à domicile. Elle s'est intéressée à l'approche culturelle de la fonction infirmière. Selon elle, une infirmière en milieu hospitalier a strictement une fonction d'intermédiaire culturelle à savoir rendre des services à trois ensembles culturels : l'institution, le corps médical et soignant. Contrairement à l'infirmière privée, sa pratique est centrée sur les soins auprès de la personne selon la mission de l'institution hospitalière. L'accompagnement va devoir se montrer attractif et créatif.

Une infirmière ne demande pas. Une infirmière, elle se plaint éventuellement mais elle donne, elle propose, comme l'infirmière mère, l'infirmière sacrifiée.

VII. Conclusions

Dans ce travail, nous avons souhaité nous intéresser à la souffrance des infirmiers, son histoire, ses causes, ses impacts sur les infirmiers eux-mêmes, sur les patients, sur la société, sur l'économie. Elle est révélatrice de mutations sociales. L'évolution de notre société n'est pas d'office à considérer sous un angle pessimiste. Nous avons d'ailleurs axé notre travail sur ce qui aidait les soignants à s'en sortir, pas sur ce qui les enfonçait. Les soignants comme de nombreux professionnels doivent travailler dans l'urgence, cela transforme les rapports au travail et les travailleurs. Nous avons constaté que malgré de nombreux freins à leur bien-être,

ces infirmières, ces infirmiers parviennent à tenir. Nous avons donc entrepris de mener une enquête auprès de 6 d'entre eux afin d'en connaître les raisons. L'échantillonnage s'est construit sur base de leurs caractéristiques et non sur la représentativité.

Nous avons interrogé cinq infirmières et un infirmier d'âges différents, de statut familial différent, d'hôpitaux différents. Certains n'ont jamais changé ni d'institution, ni de service. D'autres ont travaillé dans le privé, dans le public, dans l'humanitaire en alternance avec un hôpital pendant 20 ans. Ils ont fait du domicile, ont changé plusieurs fois et de régions, et d'hôpitaux. Ces soignants ont un seul point commun, le seul critère : ils vont bien, ils travaillent bien. C'était une enquête à visée optimiste.

Quels sont les éléments qui les font tenir dans un moment difficile ? En nous basant sur une grille de stratégies d'ajustements, nous avons repéré que majoritairement, c'était la symbolique de la profession et le tissu social professionnel qui les maintiennent. Plus précisément, c'est le fait de ne pas perdre ce capital symbolique et social qui les fait tenir. Cependant, la perception des difficultés qu'ils vivent, est très variable d'un soignant à l'autre et même d'une situation à l'autre. Les ajustements, en revanche, sont liés par le degré de gravité perçue par le soignant : aux grands maux, les grands remèdes. Ils ont la capacité de développer une réparation adaptée à la gravité perçue de leur situation. Etonnement, alors que c'est l'environnement qui les rend souffrants individuellement, ce sont non seulement leurs ressources propres, mais aussi extrinsèques qui les aident à s'en sortir : des ajustements externes à double emploi.

La question est de savoir, tous ces soignants sur le pont, sont-ils sains, sans souffrance puisqu'ils ont pu ajuster ? Pour nous, un soignant sain n'est pas un soignant qui ne souffre pas, c'est celui qui arrive à conserver son équilibre et qui parvient à préserver ses ressources quelles qu'elles soient, pourvu qu'elles soient efficaces. Et la bonne façon d'y parvenir, est de solliciter une démarche d'accompagnement.

VI. Bibliographie

Arguello Javier 1995. Introduction du nursing laïque en Belgique 1882-1914 « D'une vocation à l'émergence d'une profession ». Femmes et médecine, sextant 3.

Base légale de la profession infirmière en Belgique : Arrêté royal du 05/04/2015 articles 45-46,46/1,47-61

Loi coordonnée du 10 mai 2015 ch.4

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi

Beauvais Martine 2004 P.93 à 113. Des principes éthiques pour une philosophie d'accompagnement Savoirs3 n°6

Boucenna Sephora & Charlier Evelyne 2018 P.35. L'accompagnement et l'analyse des pratiques professionnelles.

Boucenna Sephora 2021. Analyse de l'activité MAPEMASS

Boucenna Sephora 2021. Pratiques Réflexives MAPEMASS

Busiau Marc et Héraut Jacques 2009. Historique de la profession, 50 ans de la fédération nationale des infirmiers de Belgique (Régionale de Tournai)

Canoui Pierre 2003 p.101 à 104. Souffrance des soignants, risques humains, enjeux éthiques. Cairn info.

Canzittu Damien 2020. Méthodologie d'observation MAPEMASS

Croyere Nicole 2008. « Ethique publique : l'accompagnement de fin de vie » Open édition vol10 N°2 2008

Cultiaux John 2020. Méthodes de recherche en sciences humaines MAPEMASS

Dala Vallee Alda 2021. Vice-présidente de la FNIB Reportage RTBF du 06/03/21

Decleire Céline 2019. « Evolution d'un malaise professionnel infirmier : entre récurrences et mutations ». Thèse

Dejours Christophe 2015. « Le choix. Souffrir n'est pas une fatalité » 2015 P.7

Dejours Christophe 2012. « j'ai très mal au travail » Entretien réalisé par Jean-Michel Carré.

Depoire Nathalie 2017. Infirmière présidente de la coordination infirmière en France « La violence dans les hôpitaux » Interventions radio et presse écrite.

Duarte Antoine 2017. P.56 « Défenses et résistances en psychodynamique du travail ».

Estryn-Behar Madeleine et al. 2007 « Abandon prématuré de la profession infirmière : le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail » Science direct, droit, déontologie et soin 2007 P.322 , P.324

Gallez Louise 2017. Aventures et mésaventures d'une infirmière. Paris La boîte à Pandore

Gaspar Jean-François 2012. « Tenir ! Les raisons d'être des travailleurs sociaux » Editions La Découverte

Joiris Arlette 2009. De la vocation à la reconnaissance, les infirmiers hospitaliers en Belgique 1789-1970

Jouffray Claire 2018 P.17-30. L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : une approche qui vient faire bouger les postures dans l'accompagnement social.

JT 13h. RTBF info du 12 mai 2021 Intervention en direct de du ministre de la santé , Franck Vandembroecke

Fonds des blouses blanches :

-Arrêté royal du 24 décembre 2019 : https://www.etaamb.be/fr/loi-du-09-decembre-2019_n2019206087.html

-modifications datant du 30 juin 2020.

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/circulaire_information_sur_le_fonds_blouses_blanches_2020-14102020.pdf

Latiers Mélanie 2020. Analyse organisationnelle et du changement MAPEMASS

Le Bouedec Guy 2007 p.169 à 188. « Tous accompagnateurs ? Non. » dans « Penser l'accompagnement adulte » Cairn info.

LOI sur l'art infirmier : l'arrête royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, notamment les articles 5, §1^{er}, alinéa 3, 2 , modifié par la loi du 20 décembre 1974, et 21 *ter* , §2 , inséré par la loi du 20 décembre 1974;

Laurent Rose-Marie 1999. « Infirmières ni bonnes ni nonnes ni connes ! » Santé conjugée

Laurent Rose-Marie 2013 Les combats des infirmiers en regard de leur histoire. Les infos sous les projecteurs p.50 à54

Longeaux Jean-Michel 2004 p.24 à 33 .« La souffrance des médecins et des soignants n'existent pas » Ethica clinica.

Loriol Marc 2012 « La souffrance au travail » cite Jean Foucart 2003 « Sociologie de la souffrance » Bruxelles

Mercadier Catherine 2013. « Le statut symbolique et social de l'infirmière ».

Nadot Michel 2002. « Médiologie de la santé, de la tradition soignante à l'identité de la discipline ». Perspectives soignantes (13) p.29-86

Paugam Serge 2000. « Le salaire de la précarité. Paris » P.U. de France

Paul Maela 2017 P.124. « La démarche d'accompagnement » Louvain-la Neuve De Boeck

Paul Maela 2012 p.13 à 20. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. « Recherche en soins infirmiers » 2012/3 n°110

Paul Maela 2009 p.11à 63. « L'accompagnement dans le champ professionnel ». Savoirs 2009/2 n°20

Piette Valérie1995. Des « infirmières » avant les infirmières, le personnel soignant laïque dans les hôpitaux Bruxellois au XIX -ème siècle. Femmes et médecine sextant,3

Piguet Catherine 2010. Art. « l'autonomie dans les pratiques infirmières :une posture à clarifier au sein du système de santé ». Université de GenèveRichard Sylvain 2020. Article dans journal Français « Hôpital grand corps malade »

Thierry Lothaire 2021.Président du syndicat infirmier indépendant, Union4U Lettre ouverte au gouvernement sur la pénibilité.04/01/21 La Libre Belgique

Perez Gabriel 2022« Les destins du travail » Journal de la littérature, des idées et des arts.

Rivière Audrey 2013 P.142 à 162. « Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : une étude auprès des cadres de santé à l'hôpital » Journal de gestion et d'économie médicales vol.31

Safy-Godineau Fatema 2013. Article revue n°3 « Souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion

Wittorski Richard 2022. « La professionnalisation » MAPEMASS UNamur

VII. Abréviations

ACN : association des praticiens belges de l'art infirmier

CSF : centre de santé des Fagnes

DDI : directrice du département infirmier

FNIB : fédération nationale des infirmiers de Belgique

IFIC : classification de fonctions de référence

ISPPC : Intercommunale de santé publique du pays de Charleroi

KCE : centre fédéral d'expertise de soins de santé

SAMU : service d'aide médicale urgente

SIAMU : soins intensifs et aide médicale urgence

SPF : service public fédéral

ACN : association des praticiens belges de l'art infirmier

U.S : unité de soins

VIII. Annexes

Annexes 1 Demande générale aux directions

le 20 février 2022

Jeanine Bouqué

Infirmière coordinatrice de nuit

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Madame XXXX, Monsieur XXXX

Dans le cadre du programme du master spécialisé en accompagnement de professionnels que je poursuis actuellement (2^{ème} année), je désire présenter mon mémoire sur la souffrance infirmière. Pour la seconde partie de sa rédaction, j'ai besoin de mener des entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon d'infirmiers, -ères dans 3 institutions hospitalières. Il me paraît opportun de porter un de mes choix sur xxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Par le présent courrier, je sollicite votre autorisation à mener mon enquête auprès de 2 membres de votre personnel soignant. Les séances se dérouleront en dehors des heures de service, dans le courant du mois de mars, uniquement en version audio et individuellement.

L'anonymat des personnes interrogées sera garanti au niveau de l'ensemble des collectes de mes données ainsi que des analyses que je pourrai en dégager. En revanche, la dénomination et l'adresse des 2 hôpitaux seront citées.

D'ores et déjà, je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de mes vifs remerciements.

Bien à vous

Jeanine Bouqué

Annexes 2 : Guide en vue de l'entretien

Nous avons établi un guide d'entretien. Il nous a permis de ne pas nous disperser dans notre enquête et matériellement, de nous organiser pour ne pas perdre de temps.

Accueil : dialogue informel, mise en place du matériel audio, installation dans un local tranquille, j'amène les petits œufs en chocolat

- Partie administrative : consentement éclairé et rappel sur la garantie de la confidentialité, le respect de son anonymat tant dans le verbatim que dans son analyse. Nous lui assurons de ne pas l'interrompre dans son récit de vie et d'accepter ses éventuels silences. Nous l'informons que nous lui poserons des questions ensuite.
- Entretien : avant de commencer l'enregistrement, nous demandons s'il y aurait une objection à ce que nous nous tutoyons. Il n'y en avait aucune.

« A travers ton histoire professionnelle, je souhaiterais rechercher les ressources qui t'ont permis de tenir, de continuer d'assurer tes fonctions d'infirmière.

Je te propose de laisser revenir les étapes qui ont jalonné ta carrière professionnelle : les bons moments mais aussi les moins bons. Je te laisse quelques minutes pour te remémorer toutes ces étapes. Peux-tu me signaler lorsque tu es prêt ».

- Questions orientées sur les difficultés relatées par le soignant (reprendre la formulation, les termes utilisés par l'infirmier dans la mesure du possible).
 - Si matérielles, qu'as-tu fait ? quelle aide as-tu obtenue ? de quelle nature ? quelle valeur pour toi ?
 - Si symboliques, à partir de quelle connaissance, de quelle éducation, éthique, social ? quel geste salvateur ? Qu'est-ce qui a fait que ça a marché ?
 - Si personnelles, que ressens-tu ? quelles émotions, en quoi t'ont-elles aidées ? leviers émotionnels ? Arrêt sur image, que se passe-t-il dans ton esprit à ce moment ? si c'était à refaire ? la génétique « née comme ça » ? quelle perception ? Quelle place réserves-tu à cette situation dans ta vie ?
 - Quel impact estimes-tu que ton parcours professionnel a eu (ou non) sur ta vie, de manière globale ?

Arrêt d'enregistrement et Remerciements

Annexe 3 : Demande précise aux directions après la première réponse.

Bonjour Monsieur xxxx,

L'accompagnement de professionnels en tant que tel, est assez peu connu actuellement dans le monde du nursing. Or, dans le cadre théorique de mon mémoire, je démontre qu'il y aurait sa place. Le titre provisoire de mon mémoire s'intitule : "les soignants en souffrance, entre le marteau et l'enclume, comment les accompagner ? "Tout en avançant dans ma recherche, je me rends compte que je dois réduire mon champ. L'objectif de mes entretiens va donc être d'écouter le parcours individuel de mes collègues dans différents hôpitaux dont le vôtre, afin de déterminer la question suivante : "malgré toutes les difficultés que nous connaissons (et que nous allons encore vivre...), comment se fait-il que vous soyez toujours sur le pont?" J'aurais donc souhaité interroger 2 infirmiers-ères "qui vont bien", à qui, selon vous, je pourrais solliciter cet entretien avec moi. (peu importe l'unité de soin). Il s'agit donc d'une approche biographique. Etant donné la conjoncture internationale, l'entretien par teams serait privilégié.

Avec tous mes remerciements.

Belle après midi

Jeanine Boucqué

