

Le secteur hospitalier se transforme : Incidences sur l'individu et le collectif de travail

Le psychologue du travail, les réformes, les structures d'organisation

Psychologue du Travail Hospitalier : naissance d'un métier

Lorsque, dans un hôpital, la Direction estime nécessaire d'intégrer un psychologue du travail dans l'équipe, c'est tout naturellement la Direction des Ressources Humaines qui procède au recrutement envisagé. La fonction de psychologue du travail hospitalier serait donc un métier clairement défini, et qui répondrait précisément à des besoins répertoriés.

Or, dans la pratique, nous découvrons que ce métier est finalement mouvant : en fait, chaque psychologue du travail hospitalier le construit petit à petit, tout au long de ses années de pratique.

Chacune d'entre nous en a fait l'expérience individuelle et pouvait se croire seule à se heurter à certaines difficultés ; il a fallu que nous partagions notre vécu pour nous apercevoir que nous étions toutes confrontées au même problème, à la même réalité : la demande sur le terrain ne correspond pas toujours à celle à laquelle nous avons préparées notre formation initiale.

Notre diplôme peut nous permettre d'exercer différentes activités selon le champ théorique choisi durant les études universitaires : l'orientation professionnelle, le recrutement, la gestion des ressources humaines, et l'on en oublie... Ce sont des orientations possibles, toutes aussi importantes et nécessaires les unes que les autres.

Nous travaillons ensemble depuis 2005 sous la forme d'un petit groupe de trois psychologues exerçant dans des établissements différents. Au départ, seule l'une d'entre nous avait opté, dès sa formation initiale, pour le champ théorique de la « souffrance au travail ». Les deux autres psychologues du travail eurent très vite, elles aussi, à faire face aux difficultés ressenties par le personnel dans le cadre de leur fonction. C'est le travail que nous avons fait en supervision qui a amené notre collectif à s'intéresser plus particulièrement à la question centrale de la souffrance au travail et de l'organisation dans laquelle elle s'exerce.

* *Françoise François, psychologue du travail hospitalière, CHI St Germain/Poissy ; mme.francoise.francois@gmail.com
Sandrine Broekaert, psychologue du travail hospitalière, Centre hospitalier de Versailles ; sbroekaert@ch-versailles.fr
Marie Claire Berthomier, psychologue du travail hospitalière, Centre hospitalier Meulan les Mureaux ; marieclaire.berthomier@chimm.fr*

Pour pratiquer cette activité, nous avons compris rapidement qu'il nous fallait compléter notre formation, non seulement pour asseoir notre légitimité auprès des instances, mais aussi pour nous munir face à la réalité de notre quotidien. C'est ainsi qu'il nous a semblé indispensable de nous familiariser avec le droit administratif et le droit pénal, pour les litiges liés au travail. Parallèlement, nos entretiens cliniques nous ont amenées à approfondir nos connaissances en psychopathologie et en psychologie clinique. Car il s'est vite avéré que les travailleurs qui venaient nous consulter présentaient dans de nombreux cas des pathologies liées à leur activité, pathologies que nous ne pouvions aborder qu'avec une formation spécifique.

Un autre aspect important de notre travail est la place que nous occupons à l'intérieur de la structure hospitalière. Outre notre investissement personnel, nous faisons partie de cette collectivité hospitalière, et sommes donc plus ou moins sous le regard, d'une part, de la direction, d'autre part, de l'ensemble des agents. Or, le climat n'est pas toujours à la confiance : les syndicalistes, par exemple, qui réclament la présence d'un psychologue du travail, ne savent pas toujours quelle est sa fonction exacte et se méprennent sur son rôle. Les médecins du travail peuvent ne pas voir d'un très bon œil notre intervention quand il nous arrive, par exemple, de participer activement au reclassement d'un agent en retour de congé de longue maladie... Or, le psychologue du travail hospitalier a essentiellement pour cadre d'action le travail, dans toutes ses conséquences. Il doit accompagner les travailleurs vers un mieux-être dans leur activité et, en toute humilité, permettre à chacun de repenser cette activité à laquelle il est soumis, puisqu'il nous semble que c'est justement de cela qu'il est question : le personnel dans les nouvelles organisations dit être noyé de plus en plus dans le « faire », semble amputé de son pouvoir de « penser son travail », il exprime un malaise ou une souffrance dont la prise en charge nous incombe.

Il n'existe qu'un poste de psychologue du travail à l'hôpital, quelle que soit la taille de l'établissement. Malgré les difficultés de positionnement, nous devons faire en sorte d'échanger avec les psychologues des services de soins, collaborer lorsque cela est possible avec les services de médecine du travail, proposer ou non des dispositifs aux équipes et enfin composer avec les différentes directions... Aujourd'hui, nous pouvons déjà tirer, du fonctionnement de ce collectif, quelques enseignements qu'il nous paraît utile d'exposer dans un article écrit en commun qui s'adresse notamment à des collègues confirmés ou à de futurs psychologues du travail hospitaliers.

Nous nous appuyons dans notre pratique sur différents concepts :

- En premier lieu, la psychodynamique du travail. Ce champ théorique s'intéresse à l'organisation du travail comme source de plaisir et de souffrance et comme lieu d'émergence de stratégies défensives permettant aux individus de faire des concessions avec les exigences de leurs situations de travail pour se maintenir en santé. (Dejours, 1980).
- Ensuite, la psychologie clinique et la psychopathologie. Elles permettent une meilleure lecture du fonctionnement psychique du sujet en proie à ses conflits, parce qu'au travail peut se rejouer tout ou partie de sa propre histoire.
- Enfin, nous avons choisi de nous appuyer sur la psychosociologie. Elle nous éclaire sur la théorie des organisations tout en nous familiarisant avec la conduite de groupe.

Et puis, et parce que la théorie ne suffit pas toujours, il nous faut aussi, en prenant appui sur notre expérience, travailler avec notre intuition et oser faire des choix qui nous engagent, des choix qui ne sont pas toujours faciles et se présentent parfois comme des cas de conscience où interviennent des critères éthiques. C'est alors, qu'il nous faut, comme le dit si joliment

D. Dessors, « lâcher le trapèze ». L'image est suffisamment parlante... Elle montre en tout cas la part de nous-mêmes que nous investissons dans notre pratique courante.

L'analyse en commun des situations que nous rencontrons dans les hôpitaux où nous travaillons nous conduit donc aujourd'hui à écrire ensemble. L'intervention que nous avons choisie d'exposer plus loin est celle qu'a connue l'une d'entre nous : après avoir été exposée en supervision, cette intervention a fait l'objet d'une analyse commune et a bénéficié du réajustement du dispositif mis en place grâce à ce travail de groupe.

Que constatons-nous de commun dans nos pratiques quotidiennes ?

D'abord, des difficultés particulières liées à l'organisation même de l'hôpital : nous ne sommes pas extérieures à l'institution mais bel et bien salariées. Comment donc intervenir en étant à l'intérieur ? Cela suppose que nous sommes quotidiennement amenées à prendre des décisions, lesquelles mettent en jeu, parfois et même souvent, des valeurs morales, et donc nos conclusions obéissent à une éthique qui se révèle délicate au niveau où nous nous situons.

Ensuite, nous constatons parfois que l'écart entre travail prescrit et travail réel peut se révéler très grand et que certaines conduites s'avèrent déviantes ou dangereuses ... Que faire en tel cas de notre neutralité ? Y a-t-il toujours « devoir de réserve » ? Faut-il passer outre ? Faut-il banaliser ? Quelle autorité au-dessus de nous peut-elle nous délier de ce fameux « devoir de réserve » ? Ces situations, si elles ne sont pas fréquentes, ne sont pas rares ; elles existent dans le quotidien de notre travail, entraînant de douloureuses interrogations et des problèmes de conscience impossibles à résoudre parfois dans la solitude professionnelle qui est tout de même la nôtre.

Ces constats nous conduisent aujourd'hui à réfléchir au positionnement hiérarchique du psychologue du travail hospitalier. En effet, nous sommes des contractuelles, ce qui, pratiquement, pourrait représenter un bon moyen d'exercer sur nous des pressions si notre autorité de tutelle était tentée de contrôler ou d'influencer nos conclusions. L'heure n'est pas encore à ce type de réformes. Pourtant, au même titre que le médecin du travail, le psychologue du travail peut avoir une action concrète quant à la prévention des risques psychosociaux.

De plus, pour exercer notre métier qui, on le voit, présente des spécificités, il nous est nécessaire de connaître parfaitement les métiers de l'hôpital, son organisation bureaucratique ainsi que les modes de management dans les services, et en même temps de comprendre ses transformations et les réformes qui ont été mises en œuvre.

Les nouvelles réformes

Pour mieux comprendre ce qui est en jeu, analysons rapidement cette organisation et les changements intervenus dans les modes de gestions.

Les hôpitaux sont montrés du doigt depuis quelques années : ils sont trop dépensiers. Selon les économistes, cinquante pour cent du budget de la sécurité sociale est consacré à l'hôpital. Le ministère de la Santé allège progressivement leur financement.

En 1983, c'est la mise en place du système d'enveloppe dite « globale ». La volonté claire de cette nouvelle loi est de se substituer définitivement à l'ancien système du « prix de journée ». L'enveloppe versée par la caisse d'assurance maladie est reconduite tous les ans avec un supplément attribué indépendamment de l'activité des services de soins. Bien vite, le constat est fait : les services ne sont pas rentables financièrement, et même ils creusent de plus en plus gravement le déficit de la sécurité sociale. L'hôpital ne doit pas dépenser plus que ce qui lui est attribué.

Alors, en 2005, apparaît un nouveau principe de tarification à l'activité, le « point ISA », qui semble plus efficace en termes de retour sur investissement. En effet, cette fois, la répartition de l'enveloppe de l'hôpital se fait selon l'activité des services. Le gouvernement affiche ainsi sa volonté d'une gestion plus efficiente des groupes homogènes de malades, mais également pense qu'avec ce nouveau mode de financement, les directeurs des hôpitaux et les chefs de service vont être plus efficaces pour lutter contre le gaspillage : les médecins vont choisir les traitements selon un rapport efficacité/coût. En contrepartie, les établissements vont bénéficier d'un financement constant et régulier. Il semble, selon les médecins, que le biais majeur de cette nouvelle réforme est qu'elle est préjudiciable à la recherche médicale à l'intérieur de l'hôpital.

Enfin, en 2007, le gouvernement souhaite « moderniser le statut des hôpitaux » (privés et publics) et leur gestion sociale. La mesure se nomme T2A pour tarification à l'activité. Il est question par cette disposition de revisiter les organisations internes. Trois points essentiels sont visés :

- D'abord, il faut regrouper les services en pôles d'activité.
- Ensuite, des médecins vont être sollicités pour gérer ces pôles. Ils devront, en même temps qu'ils continueront à exercer la médecine, devenir non seulement des gestionnaires financiers, mais aussi des gestionnaires en ressources humaines et devront se positionner vis-à-vis de la politique institutionnelle. On voit donc émerger ici un nouveau métier de « médecin-pôleur », comme le nomment les cadres de santé. Cette nouvelle activité est particulièrement complexe, mais, comme ce n'est pas le propos de notre article, nous ne ferons pas davantage de commentaires. Cependant, nous sommes obligées de nous interroger sur la durée de vie de cette mesure car, nous le verrons, elle joue un rôle dans le cas clinique qui nous occupe dans cet article et n'est pas sans conséquence sur le collectif de travail.
- Enfin, le personnel pourra ne plus être attiré à un service mais bien au pôle. Les salaires représentent 70 % de la charge de l'hôpital, l'heure est à l'économie. Pour stimuler les agents en sous-nombre dans les services, il va bientôt être question de primes de performance sur résultat. Notre expérience nous amène à nous poser cette question : l'argent sera-t-il le bon moteur pour stimuler les agents ? Est-ce la seule reconnaissance qu'ils attendent ?

Quelles sont les conséquences de ces nouvelles réformes dans la structure hospitalière ?

La gestion par pôle a pour objectif de permettre la proratisation du personnel. Cela consiste à pouvoir déplacer le personnel, dans le pôle, au jour le jour, suivant les besoins. Or, il nous semble important de préciser qu'être soignant en chirurgie depuis un certain nombre d'années ne prépare pas à remplacer « au pied levé » un soignant dans un service de soins palliatifs, par exemple, ou d'urgence pédiatrique ! Cela sous-entend également que le personnel doit rester jeune et en « pleine forme », ce qui n'est pas le cas. Le temps passe pour tout le monde, les heures de travail pénible s'accumulent, les remplacements au pied levé dans les services aussi. Il devient compliqué d'allier vie professionnelle et vie personnelle. Les arrêts de maladie pour des troubles musculo-squelettiques, fibromyalgie, dépression et autres pathologies sont légion...

Après un arrêt de longue durée, le personnel hospitalier titulaire fait parfois l'objet de « restrictions médicales » liées ou non à l'exercice du métier : par exemple, une infirmière atteinte d'une hépatite chronique, ou une aide-soignante qui ne peut plus porter de charges lourdes. Ces restrictions médicales conduisent le personnel à travailler dans des conditions dites « aménagées ». Comment concilier dans ces conditions cet aménagement temporaire ou définitif et l'objectif de rentabilité des pôles ? Que faire des agents dits « bras cassés » ? ... Doivent-ils

être en congé de longue maladie, puis de longue durée jusqu'à la retraite pour invalidité ? Et, dans ces cas, qui paie ? L'hôpital bien évidemment puisqu'il est son propre assureur. Plus concrètement et juste pour éclairer le lecteur, un personnel titulaire de la fonction publique, lorsqu'il est en arrêt de travail, continue à être rémunéré par son employeur et non par la caisse de sécurité sociale comme c'est le cas dans le secteur privé.

Structure d'organisation et collectifs en crise

L'hôpital est aujourd'hui organisé en structure bureaucratique : l'autorité est hiérarchique et exercée par le directeur de l'établissement qui délègue à des directeurs adjoints (finances, soins, ressources humaines, etc.). La division du travail y est stricte, certaines professions sont réglementées par des décrets qui définissent précisément les tâches à accomplir.

Les structures bureaucratiques sont définies sur un modèle mécaniste. Il s'agit d'un modèle régi par les définitions de fonctions, d'organigramme, de division du travail et par des procédures. En témoigne la mise en place des directions de la qualité qui ont pour mission d'installer des politiques d'évaluation dans les établissements de soins. Pour mener à bien ces politiques d'évaluation, il devient indispensable de rédiger par le menu tout ce qui est mis en œuvre dans les services et qui sera contrôlé : l'hôpital fait donc l'objet de visites régulières de la Haute Autorité de Santé qui veille non seulement à la rédaction mais aussi à la mise en œuvre de ces procédures.

À ce modèle de structure bureaucratique co-existe cependant un modèle de structure charismatique dans les services de soins.

Les structures charismatiques présentent la caractéristique essentielle de générer, à partir de celui qui possède l'autorité (le « patron »), un lien affectif fort. Tout passe par la personne charismatique qui fait loi. Il y a identification à travers une image exceptionnelle. La relation est le plus souvent duelle et n'est pas traitée en groupe (J. C. Rouchy et M. Soula Desroche, 2004). Ce modèle est renforcé lorsque le chef de service charismatique est reconnu aussi pour ses activités cliniques. Il s'agit d'une **autorité paternaliste**.

Que signifie concrètement le passage en pôles ?

Le passage en pôles constitue un changement en termes de système d'organisation. L'hôpital passe ainsi d'une structure d'organisation bureaucratique (et charismatique pour les services de soins) à une structure d'organisation technocratique.

Les structures technocratiques sont fondées sur l'autorité de compétence – c'est elle qui domine – et non sur l'autorité hiérarchique.

Avant même la mise en place des pôles, ce système de gestion par compétence se développait déjà depuis plusieurs années par la mise en place d'outils d'évaluation par la direction des ressources humaines. Cette évaluation est désormais devenue la règle. Les cadres de santé sont encouragés à suivre des formations au « management ». Le ministère de la Santé a mis en place un référentiel métier par compétences destiné à être diffusé dans les établissements.

Le passage en pôles semble conforter ce mouvement qui laisse une plus grande place à la responsabilité individuelle et financière. Le personnel doit être « responsable » de son parcours professionnel et de sa carrière ; les responsables de pôle doivent être « responsables » de la gestion la plus rationnelle possible des coûts ; la direction de l'hôpital doit être « responsable » de la répartition du budget en fonction de l'activité.

L'hôpital est donc à l'ère de la « responsabilité »...

Dans la pratique, on constate que les pôles deviennent des micro-entreprises. En langage clair, cela signifie que s'ils ne dégagent pas de « bénéfices », ils doivent se réorganiser ou tout

simplement faire disparaître des disciplines. À la différence du secteur privé, il n'est pas possible de pratiquer des licenciements pour raisons économiques. C'est alors que l'on comprend mieux le terme de « pion » qu'emploient les agents impliqués dans ces difficultés. En effet, nous comprenons que le personnel est déplaçable, comme un pion sur un échiquier, c'est cette plainte que nous entendons : « *Avec la mise en place des pôles, on nous pousse à aller dans les services que l'on ne connaît pas, sur des postes où il nous faudra apprendre sur le tas...* ». Les agents disent être notés par des cadres qui ne les voient pas travailler ou, pire, qui ne les connaissent pas. Pour certaines personnes du service, c'est la peur au ventre qu'elles travaillent, tant elles craignent de faire une erreur. Un exemple pris parmi tant d'autres, qui traduit bien cette panique : une infirmière gardait précieusement dans un sac toutes les ampoules qu'elle injectait durant la journée ; elle passait ensuite sa nuit à vérifier le travail de la journée ... jusqu'au jour où elle s'est écroulée dans son service et a dû être amenée dans le bureau de l'une d'entre nous.

Cependant, il faut remarquer que, parallèlement, cette mise en place des pôles peut permettre en même temps de développer de réels espaces d'élaboration et de transformation : bien compris et bien utilisés, les pôles pourraient donc constituer des lieux d'amélioration de la prise en charge du patient, ce qui est fort positif. C'est une nuance que nous nous devons d'apporter à ce qui vient d'être écrit.

Illustration clinique : la résidence Beausoleil

Passons maintenant à l'étude du cas clinique annoncée dès le début de cet article.

La psychologue du travail hospitalière est contactée par le cadre supérieur du pôle 4 et les membres du CHS-CT : un agent a tenté de se suicider sur son lieu de travail devant ses collègues. Cet agent s'est injecté du potassium en intracardiaque après avoir absorbé une dose importante de somnifères. C'est une collègue qui donne l'alerte. Signalons d'ores et déjà que cet agent pris en charge immédiatement a été sauvé ; il est actuellement en congé de longue maladie. Le suivi psychologique qu'il poursuit encore aujourd'hui lui a permis de mettre en visibilité à quel point son investissement névrotiquement idéalisé dans le travail l'avait amené à une vision pathologique de ses priorités existentielles. Le travail, dans ces conditions, était devenu totalement destructeur, car l'organisation de la structure ne lui permettait pas de prendre la distance qui lui aurait permis de se situer comme sujet autonome

Un CHS-CT extraordinaire se réunit à la demande des représentants syndicaux. Lors de la séance, il a été demandé à la psychologue du travail de l'hôpital de réaliser une enquête clinique afin d'identifier ce qui avait conduit cet agent à ce geste désespéré.

Nous avons choisi, dans le propos qui suit, d'apporter un éclairage sur les fonctionnements et dysfonctionnements de l'organisation et leurs conséquences sur les individus au travail, plutôt que de présenter l'accompagnement d'un agent « sentinelle » dans le cas d'une tentative de suicide au travail, même si, évidemment, cet accompagnement a bien été réalisé par la psychologue du travail.

La psychologue du travail, dans ce type de situation, se doit d'être neutre et prudente. Neutre, dans le sens où elle ne doit pas être la messagère ou l'interprète d'un message syndical. Prudente, car elle ne doit pas générer par son action encore plus de souffrance dans des circonstances où le climat de travail est déjà lourd. C'est donc avec délicatesse et précautions qu'elle abordera les travailleurs non pas sur la question du suicide mais bien sur la question du travail : qu'en est-il de leur travail aujourd'hui avec toutes ces réorganisations ?

Présentation du service

La Résidence Beausoleil est devenue un Établissement pour Personnes Âgées dépendantes. Les résidents de cette Maison de Retraite sont considérés comme des patients lourds car il y a encore peu de temps, elle était une Unité de Soins de Longue Durée. L'appellation change mais pas pour autant les malades. Les patients sont porteurs de plusieurs pathologies organiques chroniques, ce sont des personnes vieillissantes, très dépendantes. Le type de pathologie pour ces patients est constitué essentiellement par des démences séniles, maladies dégénératives de type Alzheimer, mais on trouve aussi des patients âgés en décompensation psychiatrique et certains de ces patients sont, compte tenu de leur pathologie, devenus violents. Quarante patients résident à Beausoleil. Ce service est ouvert aux familles qui peuvent venir quand elles le souhaitent.

La Résidence Beausoleil est intégrée dans un pôle qui, lui-même, regroupe quinze autres services. Cela va de la gériatrie à la médecine générale en passant par la neurologie. Cela représente quatre cents personnes à gérer pour une cadre supérieure de pôle. Bien évidemment, tous ces services ne sont pas côte à côte, mais répartis dans l'hôpital et ses annexes.

L'équipe se compose de cinq infirmières qui travaillent dans cet EHPAD au lieu de sept avant le changement d'appellation, douze aides-soignantes ou agents des services hospitaliers faisant fonction d'aide-soignant. Une infirmière faisant fonction de cadre vient d'être recrutée, un médecin gériatre vient régulièrement dans le service, et une neuropsychologue y travaille à 10% de son temps. Pour ce qui concerne l'équipe de nuit, il n'y a plus la nécessité de la présence de l'infirmière de nuit, ce qui peut poser des problèmes, comme le soulève la cadre du pôle : « *Qui doit administrer des soins spécifiques comme les contrôles glycémie et les injections d'anticoagulants ? Cet état de fait regrettable est le résultat concret de la signature récente de la convention Tri-Partite* ». Nous apprenons que cette convention permet d'obtenir des budgets. Elle requalifie les structures et donne à leurs dirigeants les moyens de les faire fonctionner. La résidence Beausoleil a été requalifiée : elle n'est plus Unité de Soins de Suite (et donc considérée comme nécessitant des soins spécifiques et lourds) mais considérée désormais comme une Maison de retraite, ce qui suppose moins de moyens en effectifs : c'est ainsi que, du jour au lendemain, la direction des soins a dû supprimer deux postes d'infirmière. Les résidents n'en demeurent pas moins de grands malades qui nécessitent des soins et une attention toute particulière. Quelques bénévoles spécialisés en soins palliatifs sont présents.

Dans le passé, la psychologue du travail avait déjà rencontré quelques-uns des soignants pour des questions de maltraitance sur personnes âgées : la maltraitance dans ces cas était le fait d'agents en service depuis longtemps qui bouscullaient les malades trop lents à leur gré et, pour aller plus vite, pouvaient se montrer brutaux. Ils n'avaient d'ailleurs pas forcément conscience de « mal faire », la routine faisant que leurs malades étaient plus perçus comme des objets à traiter que comme des personnes souffrantes.

La psychologue choisit d'organiser une rencontre avec les volontaires afin de leur exposer la demande du CHS-CT et de les amener, en les accompagnant, à faire émerger leur propre demande. Les cadres sont très demandeuses car fatiguées de ne pas être écoutées. Elles ont l'impression que, quelles que soient les propositions qu'elles font pour améliorer les conditions de travail du personnel, il ne se passe rien. Bien vite, en réunion, le personnel parlera de non-reconnaissance et même d'abandon de la part de la direction de l'établissement : « *Ils disent accepter nos rencontres mais s'empressent d'évoquer le manque de temps pour ne pas donner suite.* »

La psychologue fait une proposition aux travailleurs du secteur concerné : elle viendra les observer sur le terrain de leur travail. Elle vient non seulement le matin de bonne heure, observe

et échange avec les professionnelles, mais aussi l'après-midi et le soir. Cette méthodologie d'intervention a permis de faire les observations suivantes :

L'activité des infirmier(e)s

Les infirmier(e)s prennent en charge quarante patients grabataires ; il semble que ce chiffre soit constant tout au long de l'année.

L'activité commence à 7 h par les transmissions, puis suit la distribution des médicaments. Entre deux distributions de médicaments, ils réalisent les pansements, les injections, mais aussi répondent aux demandes diverses et variées des aides-soignants, de la cadre et du médecin. Leur travail est constamment interrompu, ce qui entraîne un risque d'erreur important.

Ils courent beaucoup, souffrent de ne pas passer plus de temps auprès des résidents. *« Je n'en tire aucune satisfaction parce que je n'ai pas de temps pour leur parler, je sens que je transforme notre relation à sa plus simple expression. J'ai ma cuillère, mon eau gélifiée, et je donne des médicaments à longueur de journée. »*

L'activité des aides-soignantes et agents de services hospitaliers faisant fonction d'aide-soignant

En moyenne, une aide-soignante a en charge dix résidents grabataires, sa journée commence par les transmissions, et c'est le moment de faire les toilettes. En moyenne, dix-neuf à vingt toilettes en 4 h pour deux aides-soignantes. Elles assurent le nettoyage de l'environnement du résident, le tri du linge, sale et propre, la réfection et la désinfection de tous les lits. Pour le petit déjeuner, elles aident à faire manger les résidents les plus dépendants.

Voici quelques réflexions ou constats pris sur le vif dans le discours du personnel suivi pendant cette prestation : *« Retirer les couches sales d'adultes grabataires, c'est se confronter à la vue mais aussi à l'odeur »* (jeune professionnel qui travaille depuis 3 mois). *« Je douche un patient et je m'aperçois à la dernière minute que le sèche-cheveux n'est plus à sa place ; il faut abandonner le malade, partir à la chasse au sèche-cheveux parce qu'il n'en existe qu'un pour trois étages, souvent le matériel manque. »* *« Je cache les couches, pour pouvoir changer les patients le lendemain matin. »* *« J'habille une personne âgée avec un slip troué, et une vieille blouse alors que je sais qu'elle peut attraper froid mais dans l'épuisement je n'ai plus la force de chercher à lui mettre autre chose. »* *« J'écoute les plaintes des patients, je sèche leurs larmes, mais je ne peux partager ce vécu avec d'autres collègues parce que j'ai peur d'être ridicule... »*, *« Je répète les mêmes techniques et les mêmes gestes inlassablement »*, *« Normalement, il doit y avoir six aides-soignantes par jour, mais avec la mise en place des pôles et la politique de proratisation du personnel, on peut se retrouver à deux aides-soignantes parce qu'il y a des arrêts de travail à compenser, sans compter que la cadre doit faire preuve d'ingéniosité, le jour même pour le jour même. »*

Parallèlement à ces rencontres avec le personnel et cette observation sur le terrain, la psychologue du travail hospitalière cherche à comprendre l'organisation mise en place.

Elle note, pendant les entretiens, des soignants tendus, irritables, en colère contre la direction, incompris... *« On ne nous écoute pas »*, *« Jusqu'à présent on était heureux, puis tout s'est déclenché lorsqu'on nous a retiré deux infirmières »* *« On a décidé qu'il y avait deux infirmières en trop dans l'organisation »* *« On nous a dit qu'avec la mise en place des pôles, il y aurait plus de facilité à remplacer une collègue arrêtée ou en congé, en définitive, le constat est fait, ça ne se passe pas comme ça, on est toujours tout seul »*, *« On vient travailler en se demandant si la collègue sera là ou pas »*, *« Nous, on fait le sale boulot »*.

La conflictualité psychique au travail et ses conséquences

Venir au travail, c'est participer activement à sa propre construction identitaire (C. Dejours, [1980], P. Molinier [2006], M. Pezé [2009]-. Chacun de nous, dans son travail, est en quête de reconnaissance, mais, chez les soignants cet aspect est peut-être plus aigu qu'ailleurs. Nous constatons en effet que nombreux sont les soignants qui choisissent l'activité de soin pour être valorisés à leurs propres yeux et viennent travailler chaque jour dans l'espoir de recevoir une reconnaissance en retour. D'ailleurs, ils disent souvent que cette reconnaissance, ils l'obtiennent des patients eux-mêmes. Un sourire, un merci, une pression de main, les personnes âgées ne sont pas avares de telles marques d'affection. En revanche, pour ce qui concerne l'hôpital, cette reconnaissance fait plutôt défaut et ressemble étrangement à « une quête du Graal ». Ils veulent être un bon soignant, un bon professionnel. Mais ce désir se heurte à une réalité : entre ce qu'exigent une organisation et une hiérarchie et ce qui est effectivement possible sur le terrain, il y a un écart considérable : cela correspond le plus souvent à ce qu'on peut appeler une injonction paradoxale. Alors, il faut faire appel à l'intelligence rusée pour ne pas souffrir psychiquement. Prenons l'exemple des lingettes : il arrive assez souvent que le stock de lingettes disponibles soit épuisé (défaut de commande ? absence du responsable ?, etc.) Pour se débrouiller malgré tout et anticiper ce manque, on cache le matériel à l'avance, dans un endroit connu de soi seul ; ainsi on peut continuer à bien travailler sans perdre de temps. Mais, ce faisant, le personnel continue à désorganiser un peu plus le service...

Dans tous les cas observés, le soignant fait l'impossible pour que le travail qu'il effectue corresponde en tous points à ce qu'il s'est fixé comme objectif pour rester un bon professionnel. Alors, puisque le manque de personnel ne permet plus de faire le beau et bon travail qu'il s'est fixé, il décide de rester plus longtemps sur place pour mener sa tâche à bien. Malgré la fatigue, il ne veut pas laisser le « sale boulot » aux autres et surtout il ne veut pas que les collègues puissent croire ou dire qu'il est devenu un mauvais soignant. Bientôt, l'épuisement fait place au ressentiment, voire à la colère : ressentiment contre l'hôpital bien sûr, mais aussi agressivité que le personnel peut retourner contre les malades et/ou contre soi-même. C'est ainsi que le travail, peu ou prou, se fait malgré tout et que la désorganisation des services de gériatrie reste invisible, donc non reconnue : le personnel ne démissionne pas, le personnel n'abandonne pas les malades et c'est pour cela que les soins continuent à être prodigués même si l'un d'entre eux a craqué. « *Tant que les soignants continueront à prodiguer les soins malgré tout, pourquoi changer les choses... ?* » dira une cadre désabusée.

Cette enquête une fois effectuée, la psychologue du travail s'est donné pour mission de répertorier tout ce qui pouvait expliquer les dysfonctionnements et les problèmes constatés. Elle a donc analysé l'organisation du pôle, les modes de financements, les conséquences sur le personnel et par ricochet sur les malades. Elle a soumis ses conclusions à l'approbation du personnel concerné, puis elle les a présentées au CHS-CT, de qui venait la commande de cette enquête. Une fois ce travail effectué, la psychologue n'intervient plus et laisse les responsables mettre en place les mesures qu'ils jugeront nécessaires. Il va de soi que les agents à titre individuel peuvent faire appel à ses services.

Depuis, un certain nombre de mesures ont été mises en place.

L'infirmière qui faisait fonction de cadre est partie pour sa formation. Son remplacement par une cadre confirmée a été acté par la direction. La direction s'est rendu compte qu'en effet le secteur des personnes âgées n'était pas le secteur le mieux indiqué pour que des infirmières

fassent fonction de cadre avant l'école des cadres. Faire ses premières armes dans ces secteurs peut être considéré comme une « épreuve du feu » particulièrement difficile. Cela représente un changement de cadre tous les ans pour le service, ce qui peut être générateur de stress supplémentaire pour le personnel.

Grâce au pôle, il a été imaginé un mode de financement pour recruter les deux soignantes manquantes.

La direction des soins propose de ne plus sédentariser les personnels soignants. En effet, nous rencontrons des soignants, dans ces secteurs, qui exercent depuis quinze ou vingt ans leur métier, ils vieillissent avec les patients, des relations intimes se tissent. Dans ces conditions, la relation affective entretenue ne concourt-elle pas à un épuisement professionnel plus important ?

À la suite de ce travail, les cadres de ces secteurs très exposés se sont rencontrés pour échanger sur leurs pratiques. Dans un premier temps, elles n'ont pas souhaité la présence de la psychologue du travail. Ce n'est que quelques mois après les événements qu'elles lui ont demandé la mise en place d'un groupe d'échange de pratiques. Les modalités sont encore à discuter aujourd'hui. Un point essentiel est à noter : il semble que la confiance nécessaire pour ce type de travail entre la psychologue de l'établissement et les soignants soit effective.

Pour ce qui concerne les membres du personnel soignant, certains ont par la suite fait appel à la psychologue du travail de façon plus personnelle, parfois pour être accompagné dans un projet de changement de service ; d'autres ont désiré quitter l'hôpital et être aidés dans cette démarche. La psychologue avait proposé dans ses conclusions de mettre en place, bien entendu à titre volontaire, des rencontres mensuelles pour traiter de l'objectif affiché : parler du travail respectif de chacun dans cette chaîne du soin. Cette proposition de la part de la psychologue du travail venait du fait qu'elle s'était rendu compte que les différents personnels ignoraient, ou tout au moins méconnaissaient, quel était exactement le travail prescrit de leurs collègues... Malgré l'intérêt que chacun a porté à cette question, à ce jour aucune demande réelle n'a été émise par ces professionnels. Il semble, aux dires de la responsable du pôle, que la difficulté de se rendre disponible durant le temps de travail en soit la cause et que pour l'heure, ce type de travail, car c'est effectivement un « travail », ne soit pas inclus dans le temps de service effectif des soignants.

Enfin, et ce n'est pas un détail anodin quoi qu'il puisse en paraître, la « pause café » a été remise en place, or c'est un moment informel, très important dans le vécu quotidien du personnel, où se libère la parole qui, depuis la mise en place des nouvelles organisations, restait contenue, voire totalement absente.

En conclusion, cette intervention, après le drame « déclencheur », a permis de se pencher sur la réalité du travail et des difficultés rencontrées, et de libérer une parole jusqu'alors contrainte : les aides-soignantes, les infirmières et les autres disent avoir été entendues...

La cadre du pôle conclut en souriant : « *malgré tout il reste encore du chemin à parcourir !* »

Bibliographie

- CLOT, Y. 2008. *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF.
DEJOURS, CH. 1980. *Travail : usure mentale*, 4^e édition augmentée, Paris, Bayard, 2008.
DEJOURS, CH. 2003. *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*, Paris, INRA Editions.

- DESSORS, D. ; FLOTTES, A. *Actes du 3^e Colloque international de psychodynamique et de psychopathologie du travail*, LPTA Cnam, Paris, février 2001.
- BERESNIAK, A. ; DURU, G. 2008. *Economie de la santé* 6^{ème} édition, Paris, Masson.
- FRANÇOIS, F. « *discordances et dissonances dans les amphithéâtres* », mémoire master recherche CNAM, Paris, sous la direction de Ch. Dejours. Soutenance à venir.
- LHULLIER, D. 2002. *Placardisés, les exclus dans l'entreprise*, Paris, Seuil.
- LHULLIER, D. 2006. *Cliniques du travail*. Toulouse, Erès.
- MOLINIER, P. 2006. *Les enjeux psychiques du travail*, Paris, Bibliothèque Payot.
- PEZE, M. 2009. *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*, Edition Pearson.
- ROUCHY, J.C. ; SOULA DESROCHE, M. 2004 *Institution et changement*, Toulouse, érès.