

Ecole Supérieure Montsouris



Cadre, acteur stratégique du Bien-
faire et du Bien-être au travail



JOSIANE MOULENQ 2012-2013



Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de L'Ecole Supérieure Montsouris sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des Auteurs et de l'IFCS de L'Ecole Supérieure Montsouris

Remerciements

Je remercie Gilles Desserprit, Directeur de l'IFCS et Directeur de Mémoire, pour son soutien bienveillant et serein. Sa guidance discrète mais opérante m'a permise de cheminer à mon rythme.

Je suis tout particulièrement reconnaissante à tous les Professionnels des deux Institutions-cibles qui ont bien voulu me transmettre leur savoir et leur vécu professionnel.

Je remercie également les Cadres de Santé et Psychologues qui m'ont permise de réfléchir à mes hypothèses de départ et de les conforter.

Enfin, ce mémoire ne détiendrait pas cette structure sans la richesse des cours des Intervenants de l'IFCS de l'ESM.

Je ne voudrai pas oublier ma Famille : époux, enfants et parents ; qui ont su m'entourer de leur confiance et de leurs encouragements.

Sommaire

Liste des abréviations utilisées	3
Introduction	4
1ère Partie : La problématique	6
1 Ma situation de départ	6
2 Le cadre contextuel et conceptuel de la souffrance au travail	10
2.1 Des définitions institutionnelles	10
2.2 Le Cadre réglementaire ou juridique	10
2.3 La dimension politico-économique	12
2.4 La psychopathologie du travail ou pathologie du plaisir au travail	12
2.4.1 Des définitions	12
2.4.2 L'éclairage psycho social ou état de la dualité du travail	14
2.5 Les Ressources Humaines à travers le prisme du travail du Cadre	16
3 La subtilité des fonctions de l'auxiliaire de puériculture	16
3.1 Le Cadre réglementaire du référentiel de formation	17
3.2 « Enfants difficiles, professionnels en difficulté »: La relation d'aide et le care .	18
4 L'Analyse heuristique du contenu des entretiens exploratoires	21
4.1 La méthodologie	21
4.2 Les sources d'information	22
4.2.1 L'observation bien traitante	22
4.2.2 Le transfert de la cohésion d'équipe, du privé au public	24
4.2.3 La relation d'aide	25
4.2.4 L'expertise	26
4.2.5 La transparence	27
5 Les Hypothèses de départ	28
2 ^{ème} Partie : L'enquête de terrain	29
1 La méthodologie	29
2 Les secteurs choisis dans le milieu de « l'enfance en souffrance »	30
2.1 Une pouponnière de l'ASE	30
2.2 Une unité fonctionnelle de Néonatalogie et Pédiatrie générale	31
3 Les acteurs principaux: Les auxiliaires de puériculture	31
3.1 A la pouponnière	32
3.2 En pédiatrie et néonatalogie	33
4 L'Analyse des questionnaires	33
4.1 Etude du talon	33

4.2	Tableaux 1 et 2 des résultats aux questionnaires remis aux auxiliaires de puériculture : cumul des 13 réponses obtenues en pouponnière	35
4.3	Les résultats en « chiffres et lettres » en pouponnière.....	37
4.3.1	Analyse globale	37
4.3.1.1	Les sources de motivation	37
4.3.1.2	Les difficultés rencontrées dans l'exercice de la profession d'AP.....	38
4.3.1.3	Le soutien attendu de l'équipe d'encadrement.....	38
4.3.2	Les grands axes de réflexion en pouponnière	39
4.3.2.1	L'organisation du travail pour 13 AP en pouponnière.....	39
4.3.2.2	Qualité du travail.....	40
4.3.2.3	Satisfaction au travail.....	40
4.3.2.4	Facteurs liés à la santé au travail.....	41
4.3.3	En conclusion, à la pouponnière.....	41
4.4	Tableaux 3 et 4 des résultats aux questionnaires remis aux auxiliaires de puériculture : cumul des 7 réponses obtenues en Pédiatrie	42
4.5	Les résultats en « chiffres et lettres » en Pédiatrie	44
4.5.1	Analyse globale en Pédiatrie	44
4.5.1.1	Les sources de motivation	44
4.5.1.2	Les difficultés rencontrées dans l'exercice de la profession d'AP.....	44
4.5.1.3	Le soutien attendu de l'équipe d'encadrement.....	45
4.5.2	Les grands axes de réflexion en Pédiatrie	45
4.5.2.1	Organisation du travail pour 7 Auxiliaires de Puériculture en pédiatrie.....	45
4.5.2.2	Qualité du travail.....	46
4.5.2.3	Satisfaction au travail.....	46
4.5.2.4	Facteurs liés à la santé au travail.....	47
4.5.3	En conclusion en pédiatrie	47
4.6	Etude comparative	47
5	Le cadre de santé, acteur d'une politique de bien-être.....	48
5.1	Le cadre un fin « stratège »	48
5.2	La posture de Cadre.....	50
6	L'apport du travail.....	51
7	Les limites du travail	51
	Conclusion.....	52
	Bibliographie.....	54
	5 Annexes.....	

Liste des abréviations utilisées

ANACT : Agence Nationale pour l'amélioration des Conditions de Travail
ASP : Actualité soins palliatifs
AP : Auxiliaire de puériculture
APH : Assistance Publique des Hôpitaux de (par confidentialité la ville n'est pas précisée)
AS : Aide Soignant
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ASHQ : Agent de Service Hospitalier Qualifié
CAMSP : Centre d'Action Médico-sociale Précoce
CHSCT : Commission d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CNAM : Caisse d'assurance Maladie
CPM : Centre Médico Psychologique
CRTD : Centre de Recherche sur le Travail et le Développement
DRH : Direction des Ressources Humaines
ECUE : Elément Constitutif d'Unité d'Enseignement
EJE : Educatrice de Jeunes Enfants
EPS : Etablissement Public de Santé
ESPIC : Etablissement de Santé Privé à Intérêt Collectif
ETP : Effectif Temps Plein
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
IFAP : Institut de Formation d'Auxiliaire de Puériculture
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
PMI : Protection Maternelle et Infantile
RPS : Risques Psycho-sociaux
SARL : Société A Responsabilité Limitée
SEPS : Syndrome d'Epuisement Professionnel des Soignants
SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
TMS : Trouble Musculo-Squelettique
UF : Unité Fonctionnelle

Introduction

Dans le cadre du Module 3 «Analyse des pratiques et initiation à la recherche» et du Module 6 « Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation des professionnels» relatifs au diplôme de Cadre de Santé¹, nous avons comme mission de rédiger notre mémoire et de le soutenir dans la première semaine du mois de juin.

Je dois dire que l'une de mes motivations à suivre la formation de cadre de santé est de travailler un objet de recherche qui permet de prendre la distance nécessaire, d'enrichir ses connaissances et de les faire évoluer.

A l'épreuve orale d'admission du concours, j'ai été questionnée sur mes perspectives de thème de mémoire. Même si plusieurs thèmes m'interpellaient, j'avais l'idée de ce thème en particulier : «la formation comme outil de bientraitance et de lutte contre le stress psychosocial au travail aggravé par des situations de vulnérabilité des usagers et des soignants» et de l'aborder sous 2 approches : celle de la gestion des ressources humaines et la gestion financière.

Comme vous pouvez le percevoir ce thème avait besoin d'être « épousseté et mûré » pour être viable. Cependant mon objectif prioritaire est de développer la reconnaissance du travail «bien» fait comme moyen, pour le cadre, de lutter contre le « burn-out » de l'équipe et de limiter « les risques psycho-sociaux » en Institution.

Pourtant, durant de longues semaines je me suis interrogée sur mes capacités à mener à bien ce projet de rédaction. Je rencontrais des difficultés à ajuster mes ambitions d'investigatrice à quelque chose de plus réaliste sur un temps donné.

Puis, soutenue par mon Directeur de mémoire, j'ai réfléchi à ce que je voulais transmettre et sur les objectifs de cette transmission, au-delà bien sûr de la prescription du référentiel. Enfin, j'ai laissé ce projet cheminer au gré des apports cognitifs de la formation et du développement de ma détermination à vouloir convaincre.

Afin de traiter en profondeur mon sujet d'étude j'ai choisi de développer, plus particulièrement deux notions, souffrance et plaisir au travail, et de ne pas traiter les risques liés aux Troubles-Musculo-Squelettiques, ni mentionner le harcèlement moral qui reste un fléau au sein des entreprises.

Ainsi guidée et accompagnée par mon Directeur de mémoire, et après vous avoir présenté le cadre de ma recherche, je cheminerai avec vous « d'un état à l'autre » c'est-à-dire de l'état de souffrance à l'état de bien être au travail.

¹ Article 11 du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

Aussi, je montrerai en quoi les stratégies organisationnelles et managériales du cadre de santé sont fondamentales dans ce cheminement et permettent l'instauration d'une politique de prévention des risques psycho-sociaux.

Enfin, je conclurai en étoffant les apports de ce travail de fin d'études comme passerelle entre ma situation d'étudiante et celle de professionnelle.

1ère Partie : La problématique

Souffrance et plaisir au travail coexistent-ils ?

1 Ma situation de départ

J'exerce la profession d'infirmière puéricultrice depuis 30 ans dont les vingt six « premières » années en pouponnière associative, à caractère social, accueillant de très jeunes enfants bouleversés dans leur parcours de vie par des événements socio-familiaux traumatisants.

Durant ces longues années à tenter de promouvoir leur bien être, j'ai assumé, en qualité de surveillante générale et remplaçante permanente de la Directrice, la responsabilité des équipes paramédicales. J'ai mis concrètement en œuvre les projets pédagogiques par délégation de la direction et de l'association qui m'a engagée et en étroite collaboration avec les différentes équipes psycho- socio-éducatives, paramédicales, logistiques et administratives.

J'ai animé la gestion des personnels et collaboré avec les différents partenaires sociaux dans le but d'améliorer la qualité des prestations dispensées. Particulièrement sensible à l'accueil du personnel nouvellement recruté, j'ai mis en place une formation initiale, pour les auxiliaires de puéricultrice, éducatrices de jeunes enfants, infirmières, puéricultrices, Chefs de Service, qui rejoignaient notre équipe, en collaboration avec une auxiliaire de puériculture expérimentée et détachée des groupes. Ce temps est pour moi la toute première étape fondatrice du soutien aux professionnels et il permet à chacun (adulte, enfant) de ne pas se trouver brutalement projeté dans une intimité inquiétante.²

Certes, ce processus d'intégration inscrit dans le cadre de la Démarche Qualité, est devenu obligatoire depuis la Loi de Renovation Sociale du 02 Janvier 2002. Cependant il est rendu essentiel, comme l'accompagnement régulier des professionnels de la petite enfance, du fait même de s'occuper de jeunes enfants. « *Il est nécessaire d'avoir un appui institutionnel sans faille pour ne pas tomber dans la compassion ou la démotivation* »³.

² Référence à mon parcours professionnel.

³ MATA Liliane, coordinatrice Petite Enfance, revue «Métiers de la petite enfance» janvier 2011, n°169, page 2

Effectivement quel que soit le contexte, s'occuper « *de petits enfants, prendre soin d'eux avec sollicitude et empathie est un grand travail* »⁴ avait coutume de dire Judith Falk, ancienne Directrice de l'Institut Pikler à Budapest.

En outre mon expérience m'a conduite à observer à la fois des moments de grand plaisir entre l'enfant et l'auxiliaire de puériculture qui s'occupe de lui mais aussi des moments de difficultés d'harmonisation mutuel. Ces nourrissons en souffrance, de par leur vécu antérieur à l'arrivée en institution et la séparation de leur milieu familial requièrent une grande attention des adultes qui s'emploient auprès d'eux.

Effectivement, l'intensité des réactions des enfants aux moindres modifications de leur environnement en écho avec leurs vécus antérieurs peut mettre les capacités d'empathie des professionnels à rude épreuve et les conduire à adopter des attitudes « *borderline* ».

Dans de telles situations comment ne pas se sentir coupables, déstabilisés ou incompetents ? En effet, il est malaisé de reconnaître ses limites dans un métier où l'on est nécessairement impliqué émotionnellement. Ces propos rapportés par un psychologue de l'association Pickler me paraissent pertinents pour cerner le problème auquel les professionnels font face : « *Savoir et pouvoir passer le relais quand les limites personnelles sont atteintes, sans culpabiliser ou se dévaloriser peut permettre de souffler, de réfléchir et repartir dans ce travail auprès du tout petit, sans s'épuiser et trouver l'énergie pour avancer* »⁵. C'est d'autant plus dur quand certains professionnels s'engagent dans une relation, quasi fusionnelle, avec l'enfant, sans se ménager et sans cadre qui puisse contenir cette relation.

Déjà, et j'y reviendrai par la suite, nous percevons une situation antinomique ou un conflit entre deux logiques : celle de prendre soin d'enfants fragilisés dans la construction de leurs premiers liens, et celle de protéger les professionnels, d'une relation où ils pourraient se « perdre », ou du moins s'épuiser émotionnellement.

En outre, investie, disponible et exigeante avec moi-même, j'ai le sentiment qu'à cette époque j'ai reporté cette exigence sur les personnes que j'ai eu à accompagner, et dont j'ai tenté de soutenir la motivation et l'investissement, mais sans me soucier suffisamment de leur bien être personnel. A « ma décharge » nous étions dans les années 80-90 où les rapports au travail et à la santé, étaient autres : loyauté, voire loyauté inconditionnelle, envers le Chef et engagement sans faille, dans sa tâche.

Néanmoins actuellement je m'interroge sur les limites de l'implication de l'auxiliaire au regard des risques qu'elle peut encourir pour sa santé au travail et sur le rôle du cadre de santé comme « guide » institutionnel pour initier et accompagner des attitudes de « bonnes pratiques » :

⁴ Propos rapporté par un psychologue de l'association PIKLER du nom de la fondatrice de l'institut portant le même nom, PIKLER Emmi, pédiatre Hongroise.

⁵ Ibidem 4

le but étant d'articuler les besoins des enfants et ceux de leur famille d'un côté (ces besoins peuvent être antagonistes surtout quant il s'agit de parents en grande difficultés) et ceux des professionnels, tendant ainsi à l'épanouissement de chacun.

En effet le développement, ces dernières années, du stress et des risques psycho-sociaux liés à la dégradation du travail dans les entreprises, établissements de santé et institutions, m'amène à m'interroger sur les diverses causes, des conditions de travail précaires et / ou dégradées et sur l'attitude à adopter, en tant que manager de proximité, pour prévenir ces situations.

Par ailleurs, la période de formation de cadre de santé et de master 1 « management et santé » est un intervalle propice à l'introspection et à la recherche. D'autre part, la mutualisation de nos réflexions et découvertes entre pairs « étudiants » cadre de santé, nous permet de confronter nos positions avec celles des autres. D'ailleurs nous constatons que pour une grande majorité d'entre nous, nos sujets de mémoire se raccordent au thème de la « bienveillance ». Ainsi, quelle que soit notre orientation, à l'obtention de notre diplôme nous pourrions impulser une énergie nouvelle auprès des équipes avec lesquelles nous allons cheminer.

De mon côté, je développerai mon expertise au sein de l'IFAP, où j'exerçais en qualité de formatrice et Directrice adjointe de formation, depuis mars 2009. Un de mes objectifs est de fortifier, pour chaque élève et chaque formateur, leurs valeurs humaines et humanistes, en partenariat avec les tuteurs de stage ou maîtres d'apprentissage pour promouvoir la bienveillance des enfants et de leur famille. Je suis convaincue que cette bienveillance passe, entre autres par la valorisation de l'importance des soins que prodiguent les auxiliaires de puériculture, en partenariat avec les parents, et sous la responsabilité de l'infirmière ou de la puéricultrice. En outre, l'étudiant portera en lui ses notions de bien-être au travail.

Par ailleurs, demander au futur professionnel de prendre soin de la personne, qui est sous sa responsabilité directe, sans se soucier de toute l'énergie qu'il y met, pour accomplir au mieux sa mission, peut engendrer chez lui un sentiment de découragement, ou de dévalorisation de l'image qu'il se fait de son travail futur. Par conséquent, je m'interroge sur le fait que le programme de formation⁶ de cette profession n'inclut pas explicitement la prévention des risques psycho-sociaux.

Cependant le module 4 « l'ergonomie »⁷ comporte des cours sur les TMS et leur prévention. Mes collègues et moi-même abordons parfois la question du phénomène du « burn-out » au retour de stage quand un élève rapporte une situation qui nous y fait penser. Sinon nous l'abordons en module 8 « organisation du travail » avec la vie d'équipe : Au stade de cette formation, les étudiants ont acquis de la maturité et une expérience des équipes qui leur permettent de comprendre la notion d'épuisement des professionnels. Cependant, la tentation est grande d'être

⁶ Arrêté modifié du 16 janvier 2006 relatif à la formation conduisant au DEAP ; Arrêté du 30 novembre 2009 et l'arrêté du 25 mars 2010 modifiant l'arrêté du 16 janvier 2006

⁷ Ibidem 7

dans le jugement : soit du professionnel qualifié de « non motivé » ou trop fragile ; soit du cadre jugé trop laxiste ou à l'inverse trop rigide.

Cultiver la bienveillance en institut de formation contribue selon moi à la favoriser et la faire éclore dans les établissements de soins, médicaux sociaux ou autres. Si le formateur est à l'écoute active de l'étudiant ou de l'élève, ce dernier intégrera l'importance de la bienveillance et la « transportera » plus facilement, au delà des murs de l'école. En outre, les valeurs professionnelles sont transmises aussi au cours des stages. Cette transmission contribue au processus de professionnalisation sur des bases solides et dynamiques. Mais qu'en est-il de cette synergie quelques années plus tard (voire quelques mois) ? Plaisir, bien-être au travail, optimisme-fruit de la volonté résisteront-ils aux aléas professionnels? Et sur quelles bases?

Ainsi, Yves Clot, lors de son entretien avec Xavier de la Véga, répond à cette question : « *Peut-on parler de souffrance au travail ?* » « *A mon sens, on peut parler de souffrance au travail lorsque l'activité est empêchée*⁸ ». (Annexe n°2).

Alors, entre situation à risque et souffrance avérée, quelle stratégie le cadre de santé peut-il forger pour donner du sens au travail et contribuer au bien-être des professionnels?

Pour répondre à cette question et éclairer mon constat je vais définir dans un premier temps le cadre théorique des risques psychosociaux, les conceptualiser et situer la formation d'auxiliaire de puériculture au sein des filières paramédicales ainsi que la spécificité de ce métier.

⁸ DE LA VEGA Xavier. Plaisir et souffrance au travail, deux regards : Entretien avec Yves Clot, Titulaire de la chaire de psychologie du travail au CNAM et directeur du CRTD ; et entretien avec Christophe Dejourn, le père de la psycho dynamique du travail titulaire de la chaire de psychanalyse-santé-travail au CNAM. Revue Sciences Humaines, n°242, p 44-45

2 Le cadre contextuel et conceptuel de la souffrance au travail

Le concept de souffrance au travail est difficile à définir car il recouvre plusieurs dimensions. Cependant pour le circonstancier je vais m'appuyer sur des définitions émanant d'instituts Européens et nationaux.

Ensuite je le situerai dans son cadre juridique, politico- économique, psychosociologique et au regard des ressources humaines.

Je me centrerai tout particulièrement sur le Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants « SEPS » qui se développe chez un individu considéré comme « normal ».

2.1 Des définitions institutionnelles

Selon l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au travail, le stress « *survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité* »⁹.

*L'Inserm définit ceux-ci ainsi : « Les facteurs psychosociaux au travail désignent un vaste ensemble de variables qui se situent à l'intersection des dimensions individuelle, collective et organisationnelle de l'activité professionnelle, d'où leur complexité et leur caractère souvent composite »*¹⁰.

2.2 Le Cadre réglementaire ou juridique

En France, le document Unique de Sécurité (D.U.S.) a été créé par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001. Il est la transposition, par écrit, de l'évaluation des risques, imposée à tout employeur par le Code du Travail (article R. 4121-1 et suivants du code du travail français). Il est obligatoire pour toutes les entreprises et associations de plus de 1 salarié.¹¹

*« Compte tenu de la nature de l'activité exercée, le document unique doit ainsi évaluer les risques professionnels, consigner les résultats dans un document unique et mettre en œuvre des actions de prévention. Il est également tenu à une obligation générale d'information et de formation à la sécurité. »*¹²

⁹ Le Stress au travail et Souffrance au travail: CNED préparation au concours de cadre de santé 2011-2012

¹⁰ Idem au 10

¹¹ www.officiel-prevention.com/protections-collectives-organisa-77k. Site consulté le 15-04-2013

¹² travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques-86k. Site réactualisé le 26-02-2013

En 2005, le 1er plan « santé au travail » vise l'affermissement de la prévention des risques professionnels dont les RPS. Depuis 2009 et ce jusqu'en 2014, le 2ème plan a comme objectif de permettre aux salariés « *de travailler mieux à tous les âges de la vie* » et « *de traduire la stratégie européenne de santé au travail* »¹³.

En outre, la réglementation en santé et sécurité au travail s'appuie sur la directive-cadre 89/391/ CEE, renforcée par la loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002, qui concerne la mise en œuvre « *des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail* » ; et affermie aussi « *par les articles L.4121-1 à 5 du Code du travail, ces règles obligent, aussi, les employeurs à prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Cette obligation couvre également les problèmes de stress au travail dans la mesure où ils présentent un risque pour la santé et la sécurité. Tous les travailleurs ont l'obligation générale de se conformer aux mesures de protection déterminées par l'employeur* »¹⁴.

Cet Accord national interprofessionnel sur le stress au travail du 02 Juillet 2008 (annexe n°1) a pour objet « *de transposer l'accord européen en droit français et de prendre en compte les évolutions de la société sur ce sujet* »¹⁵. Cet accord est applicable en date de l'Arrêté du 23 avril 2009 qui porte extension de cet accord.

Le 12 mars 2008, le rapport Nasse-Légeron, respectivement statisticien et psychiatre, préconise, entre autres, la mise en place par l'université d'une formation initiale et continue sur la prévention du stress, de la création statistique d'un indicateur de la souffrance au travail.¹⁶ Patrick Légeron insiste sur le rôle que l'encadrement joue dans la prévention des risques psychosociaux. Ce rapport sur « *la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail* » émane du ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité.

Le 9 octobre 2009, le Ministre de la santé de l'époque, Xavier Darcos, présente un plan d'urgence pour la prévention du stress au travail. La mesure phare de ce plan concerne plus les entreprises de grande envergure (plus de mille salariés) qui sont dans l'obligation d'entamer des négociations avec les syndicats pour établir « *un diagnostic et un plan d'action* »¹⁷. Les « *spécialistes* » de la psychologie comme Yves Clot sont sceptiques sur ce genre de dispositif et insistent sur l'importance de permettre aux salariés de débattre des conditions de leur travail.

¹³ www.travailler-mieux.gouv.fr/Lancement-du-second-plan-de-san - 29k. Site consulté le 15-04-2013

¹⁴ www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/968345.PDF. Accord national interprofessionnel sur le stress : 2 juillet 2008. Site consulté le 04-02-2013

¹⁵ www.journal-officiel.gouv.fr/publicatite_ions/boccc/pdf/2009/0002. Site consulté le 14-04-2013

¹⁶ Idem au 10

¹⁷ MAHIOU Isabelle. Reprendre la parole sur le travail. Santé et Travail, 01/2010, n°69, pages 6-8

Dix huit mois, après selon les mêmes sources, 20% des entreprises se sont fixé des objectifs pour évaluer la «dangerosité» du stress. Cependant de nombreuses cellules composées « de délégués syndicaux et de groupes participatifs de salariés» œuvrent pour une « restauration d'espaces de discussion »¹⁸ .

La loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010, portant réforme des retraites est innovante dans le sens où elle institue « une prévention de la pénibilité au travail dans son Article L138-29 du CSS (Code de la Sécurité Sociale).L'employeur a obligation de négocier un accord ou d'élaborer un plan nombre de salariés. »¹⁹

2.3 La dimension politico-économique

Le burn-out est considéré en 2011 par l'OMS comme une problématique de santé publique car il touche les structures privées comme publiques et il est une des causes principales d'absentéisme et de mouvements du personnel (démission, voire départ précipité).²⁰

Les causes de ce phénomène sont bien évidemment multiples mais celle qui est plus avancée, par les médias et aussi par les professionnels, quelle que soit l'institution, est la « course » à la performance ou à la rentabilité.

2.4 La psychopathologie du travail ou pathologie du plaisir au travail

Cette compétition est-elle inéluctable et inmanquablement source de stress? De nombreux auteurs s'accordent pour dire que l'état de stress s'installe chez le salarié, au départ sain, c'est-à-dire sans trouble particulier. Dans les paragraphes qui vont suivre nous tenterons de cerner la complexité de ce phénomène.

2.4.1 Des définitions

La psychopathologie du travail traite des interactions entre trois dimensions : la santé, l'activité au travail et une part de subjectivité lié à la nature de la perception de notre occupation professionnelle. Avant de m'intéresser aux « spécialistes » ou chercheurs de ces dimensions, j'ai envie de vous donner à lire cette définition du stress qui éclaire bien l'ampleur du phénomène:« *Les manifestations les plus fréquentes du stress sont des crises d'angoisse, une sensation d'oppression,*

18 MAHIOU Isabelle. Les grandes entreprises en restent au diagnostic. Santé et Travail, 02/2011, n°74, pages 30-31

19 MINISTERE DE L'EMPLOI et de la FORMATION PROFESSIONNELLE. Loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 : Réforme des retraites. [www.travail-emploi.gouv.fr/textes-reglementaires,1651/annee--66k -site](http://www.travail-emploi.gouv.fr/textes-reglementaires,1651/annee--66k-site) consulté le 07-04-2013

20 Ibidem 13

*une panique injustifiée, des crises de larmes, une perte de confiance en soi, un sentiment aigu de culpabilité, un déni de soi, un repli sur soi, un mal-être, une sensibilité exacerbée, une grande nervosité, un épuisement, la mise en doute de ses capacités à répondre aux exigences de sa fonction et un malaise profond. On imagine combien ces états vont considérablement modifier la vie du salarié. Même si le stress n'est pas une maladie en soi, son intensité et sa longue durée peuvent menacer la santé physique et mentale des personnes, et même leur vie.*²¹ »

Dès 1930, le médecin et endocrinologue Hans Selye, définit le stress comme « *un Syndrome Général d'Adaptation* »²² pour signifier que l'épuisement survient lorsque le processus d'adaptation de l'organisme au stress devient inopérant. Il publiera en 1956 « *Le Stress de la vie* »²³. Cependant, nous ne pouvons faire abstraction de l'influence de l'environnement sur l'individu.

D'ailleurs, dans les années 1960 Michel Crozier analyse les relations d'autorité et de pouvoir des professionnels entre eux, par le jeu des incertitudes, initiées ou subies par les acteurs.²⁴ « *L'incertitude crée une dépendance si elle porte sur un objet présentant un enjeu pour l'acteur. La plupart des politiques organisationnelles consistent à récréer de l'incertitude pour autrui par notamment : la mise en concurrence et des évaluations périodiques* »²⁵.

En outre, « *tous les auteurs s'accordent pour dire que le burn-out n'est pas lié à des situations de stress ponctuelles, émotionnellement très fortes mais qu'il s'exprime comme la forme ultime d'un stress chronique, généralement apparenté à la sphère professionnelle* »²⁶.

Dans les années 1980 Christina Maslach approfondit cette notion en mettant en valeur 3 étapes allant de « *l'épuisement émotionnel à la diminution de l'accomplissement personnel ou le sentiment d'incompétence, en passant par la dépersonnalisation et le cynisme (prise de distance dans la relation avec l'autre comme réflexe d'autoprotection)* »²⁷. Le professionnel devient apathique : à ce stade là, nous pouvons imaginer le retentissement que ce comportement a sur la relation soignant- soigné.

Cette relation d'aide « mise à mal » est à la fois la source et le résultat de la souffrance au travail : « *La déshumanisation de la relation à l'autre est la pierre de touche du SEPS. En positionnant la relation à l'autre au cœur du burn-out, il se trouve limité aux professions d'aide,*

21 Idem au 10

22 HABEREY Véronique. Dossier : Les risques psychosociaux. Soins cadres, 02/2011, n°77, pages 27-30

23 DUMONT Jean Paul. Cours de gestion des ressources humaines du 19-12-2012.ECUE 3.4

24 CROZIER Michel Directeur de recherches au CNRS, président du centre de sociologie des organisations

25 Cours du 21-11 de JP Dumont intervenant sur les théories des organisations : « analyse stratégique »

26 Ibidem 16

27 Ibidem 16

mais acquiert toute sa spécificité puisqu'on le considère comme un des aspects de la pathologie de la relation d'aide.»²⁸

C. Maslach et son équipe élabore un instrument de mesure le « Maslach Burn-out Inventory » (MBI, 1981) utilisé dans de nombreuses études sur le burn-out pour évaluer les catégories engagées dans des relations d'aide.²⁹

Dans le livre cité dans la note n°22, les auteurs citent, pages 9-10 trois termes pour définir le « SEPS » : le burn-out (épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine) ; le Kaloshi (mot japonais qui signifie « mort » par la « fatigue au travail ») ; et le syndrome d'épuisement professionnel, proprement dit (usure professionnelle ou usure au travail).

En résumé nos trois auteurs traduisent le SEPS comme « *un syndrome à trois dimensions en réponse à un stress émotionnel chronique comprenant un épuisement émotionnel et physique, une déshumanisation de la relation et une baisse du sentiment d'accomplissement personnel* »³⁰

2.4.2 L'éclairage psycho social ou état de la dualité du travail

Christophe Dejours témoigne que « *La souffrance est inévitablement au rendez vous du travail. Ce qui n'est pas joué, c'est le destin de cette souffrance* »³¹. « *Elle peut se muer en plaisir si l'on parvient à surmonter l'obstacle (panne résolue, reconnaissance des pairs, du cadre) si l'on parvient à se transformer soi-même pour le dépasser.* »³²

Vouloir la taire trop rapidement, dans le but de l'apaiser certes, sans en comprendre l'origine nous pousserait à « *un despotisme compassionnel* »³³ selon Yves Clot. Effectivement le fait de trop compatir à la fragilité d'un individu peut paralyser son énergie à se mobiliser. D'autant plus que « *l'activité empêchée, c'est ne pas pouvoir se reconnaître dans ce que l'on fait, dans la qualité d'un produit, d'un geste, d'une histoire collective...cela peut engendrer de véritables pathologies mentales.* »³⁴

Ainsi, « *la perte de sens de son travail* », invoqué, en autres, dans les écrits de Dejours et mis en exergue déjà au 19^{ème} siècle par Emile Durkheim, un des fondateurs de la sociologie

²⁸ CANOUI Pierre - MAURANGES Aline - FLORENTIN Anne. Le burn-out à l'hôpital : Le syndrome d'épuisement professionnel. 4ème édition Paris Masson, 2008, 204 p..p198

²⁹ Ibidem 28 pages 6-7

³⁰ Ibidem 28 page 15

³¹ QUERUEL Nathalie. Portrait de DEJOURS Christophe. Santé et Travail, 10/2011, n°76, page 39.

³² Ibidem 16

³³ CLOT Yves. Le travail à cœur: Pour en finir avec les risques psychosociaux. Editions La Découverte, Paris 2010, 190 p. .P 141-159

³⁴ Ibidem 27 Yves Clot

moderne, « serait un des facteurs principaux de la souffrance au travail, au même titre que l'isolement »³⁵.

Dans l'univers médico-social, entre autres, le professionnel s'interroge sur la qualité de son travail et tout particulièrement sur la répercussion de celle-ci sur sa relation à l'autre (collègue, usager, patient adulte, enfant...).

Philippe Davezie justifie cette interrogation ainsi : « *La souffrance au travail concerne les travailleurs qui ne parviennent pas à penser ce qui leur arrive parce que justement ils ont le souci de la qualité du travail* »³⁶. Effectivement, le positionnement du professionnel vis-à-vis de sa tâche, du soin concernant le soignant, notamment son côté perfectionniste et le décalage entre son idéal et la réalité de terrain sont autant de facteurs de risques pouvant être à l'origine du SEPS.

Ainsi nous pouvons parler de « trouble » du travail bien fait ou dysfonctionnement dans le travail, souvent renforcé par l'obligation de performance et de rentabilité, qui ne laisse pas de place au « prendre le temps de... ». Pourtant, comme le précise Françoise François « *ce temps si surveillé par l'administration, ce temps qui est de l'argent pour les économistes, a une tout autre valeur que monétaire, dans la relation soignant-soigné. C'est le temps de l'échange, de l'empathie, de la dimension humaine dans ce qu'elle a de plus noble.* »³⁷

Soulignons aussi qu'au sein des institutions psychiatriques, le travail peut être utilisé pour procurer un certain équilibre (confère l'ergothérapie).

En outre, le travail valorise l'individu et son rôle social. Dans ce sens il a un rôle constructeur car il pousse l'individu à se confronter à la réalité, voire à se dépasser. Plus l'écart entre le travail prescrit et le travail réel est grand, plus le professionnel retire du plaisir à cette prise d'autonomie.

Cependant l'environnement et le collectif jouent un rôle prépondérant dans le processus qui permet à la personne d'être reconnue. La reconnaissance « suppose un jugement qui s'exprime notamment par de la gratitude envers l'autre. La reconnaissance porte sur le travail accompli, "*sur le faire et non sur la personne*" (Dejours, 1993, p. 227)³⁸. »

³⁵ www.anact.fr > Accueil. Malaise dans l'encadrement manager, nouveau métier impossible. Bernard Salengro, médecin du travail, au cours d'un colloque à l'occasion de la journée nationale de prévention contre le suicide, au Sénat le 11 février 2012 (organisé par le cabinet Technologia, composé d'experts qui interviennent au sein d'équipes pluridisciplinaires dans tous types d'entreprises ou d'institutions : PME, grands groupes, institutions publiques, centres hospitaliers). Site consulté le 15-01-2013.

³⁶ DAVEZIES Philippe. Des origines de la souffrance mentale à sa prévention. Santé et Travail, 10/2011, n°76, pages 36-38. Enseignant-chercheur en médecine et santé au travail.

³⁷ FRANÇOIS Françoise. Entre travail prescrit et réalité du travail. Revue ASP Liaisons 11/2012, n° 45, pages 21-23. Psychologue hospitalière du travail, consultation « souffrance et travail 78 »

³⁸ DUMONT Jean Paul cours sur les RPS de décembre 2012.

2.5 Les Ressources Humaines à travers le prisme du travail du Cadre

Même si je développerai dans la partie « analyse du rôle du cadre » le rôle prépondérant que joue le cadre dans les processus de bien-être - mal-être au travail (et vice versa), il m'apparaît opportun de dresser quelques éléments de compréhension en matière de ressources humaines.

Le groupe de travail du Professeur Philippe Colombat (voir note 39) met en évidence, en novembre 2012, 5 facteurs dans les causes du SEPS (je reprendrai ces facteurs dans la partie analyse de mon mémoire):

- ⊗ Les facteurs, liés à l'individu,
- ⊗ Les facteurs liés au type de travail : « *soins palliatifs, oncologie, pédiatrie, gériatrie, ou en psychiatrie* ».
- ⊗ Les facteurs liés aux relations interprofessionnelles ; « *Pour Vachon, l'essentiel du stress au travail viendrait des conflits au sein de l'équipe.* »³⁹
- ⊗ Facteurs liés à la charge de travail et l'organisation du travail : « *la charge de travail est une source d'épuisement professionnel en particulier sur la composante de l'épuisement professionnel. Ce facteur non constant, doit être modulé par les conditions de travail et, en particulier, par la reconnaissance du travail au sein du milieu professionnel* ».Ibidem 19
- ⊗ Facteurs liés au management : « *En effet toutes les études montrent que la première cause de souffrance au travail est le manque de reconnaissance*». Ibidem 39

Cette liste de facteurs de risques est corroborée par celle de Pierrette Trilhe, médecin du travail et rédactrice de la fiche n°2 de risque « Bossons Futé ». Elle souligne « *la discordance entre la tâche exigée et les possibilités de la personne* ». « *Les méthodes de travail deviennent des progrès si elles s'ajustent* » mais l'évolution des technologies ou l'augmentation du rendement mettent certains professionnels en échec du fait de l'impossibilité de répondre au travail prescrit. Justement il serait intéressant de s'interroger sur le décalage qu'il peut y avoir entre ce dernier, le travail prescrit, et le travail réel.

3 La subtilité des fonctions de l'auxiliaire de puériculture

Cependant pour mieux comprendre l'art habile dont fait preuve l'auxiliaire notamment en cas de difficultés avec un enfant, je vais d'abord présenter les grandes lignes du cadre réglementaire qui régit cette profession.

³⁹ COLOMBAT Philippe. SEPS en soins palliatifs. Revue ASP Liaisons 11/2012, n° 45, pages 8-10. Professeur en service d'Hématologie – CHU Tours

3.1 Le Cadre réglementaire du référentiel de formation

Cette profession paramédicale voit son cadre d'exercice déterminé par les articles R.4311-3 à 4311-5 et R.2324-16 à R2324-47 du code de la santé publique (source prélevée du référentiel de formation de l'auxiliaire de puériculture).

D'emblée, dans le référentiel, le lien de subordination entre l'auxiliaire de puériculture et l'infirmière est introduit : *« L'auxiliaire de puériculture exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier dans le cadre du rôle qui relève de l'initiative de celui-ci, défini par les articles R.4311-3 à 4311-5 du code de la santé publique relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière. Dans les établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans, l'activité est encadrée par les articles R.2324-16 à R2324-47 du code de la santé publique. Il dispense dans le cadre du rôle propre de l'infirmier ou de la puéricultrice, en collaboration avec lui ou sous sa responsabilité des soins et réalise des activités d'éveil et d'éducation pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien être et l'autonomie de l'enfant. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de l'enfant et prend en compte la dimension relationnelle des soins ainsi que la communication avec la famille dans le cadre du soutien à la parentalité. L'auxiliaire de puériculture participe à l'accueil et à l'intégration sociale de l'enfant en situation de handicap, atteint de maladies chroniques, ou en situation de risque d'exclusion. »*⁴⁰

L'auxiliaire de puériculture exerce son activité (répertoriée au chapitre II du référentiel) auprès des enfants de la naissance à l'adolescence dans le secteur sanitaire, social ou médico-social : Maternité, pédiatrie, pédopsychiatrie, soins à domicile, maison d'enfants médicalisée, centre de rééducation fonctionnelle / Structure d'accueil de jeunes enfants, Protection Maternelle et Infantile, Institut médico-éducatif et pouponnière sociale.

La profession est à caractère sanitaire. Elle est placée sous la tutelle de la Direction Générale de la Santé. L'auxiliaire de puériculture intervient également dans le domaine social.

Depuis Août 2007, le Diplôme Professionnel d'Auxiliaire de Puériculture est devenu Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Puériculture.

La formation conduisant au Diplôme d'État d'Auxiliaire de Puériculture comprend 6 stages de 4 semaines soit au total 24 et de 17 semaines d'enseignement théorique corrélé aux stages et dispensé sous forme de cours magistraux, de travaux dirigés, de travaux de groupe et de séances d'apprentissage pratiques et gestuelles.

⁴⁰ Décret de 2006 Article du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

Figure 1 créé, le 9 février 2013 par J Moulenq : Présentation des 8 compétences et des 6 stages de la formation AP sous forme de cycle radial pour mettre en valeur la contribution de la formation sur l'accompagnement de l'enfant et sa famille.



3.2 « Enfants difficiles, professionnels en difficulté »: La relation d'aide et le care

Ce titre est extrait de la revue EJE n° 24 Aout / Septembre 2010, p 25-29 « Enfants difficiles, professionnels en difficulté » et en sous titre, « L'observation, outil de soin et soutien pour chacun » de Patrick Mauvais, psychologue et formateur à l'association Pikler Loczy France.

Carl Rogers définit la relation d'aide, ainsi : « *une relation où l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une grande capacité d'affronter la vie* ».

Dans l' «univers soignant » la relation d'aide est à la base de nos professions et souvent la motivation première du choix du métier.

Les auxiliaires de puériculture assurent les soins de maternage en relais des parents pour l'enfant accueilli en établissement d'accueil de la petite enfance.

Pour les enfants accueillis dans le cadre de l'ASE, ou en établissement médico-social lorsque des raisons de santé nécessitent des soins spécifiques, ou en unité fonctionnelle néonatale pour la prise en charge des enfants nés prématurément ou présentant des signes de souffrance à la naissance ; ce maternage, qui peut paraître « insolite », ⁴¹s'effectue de jour comme de nuit. J'évoquerai dans les lignes qui vont suivre la difficulté du « prendre soin » dans les établissements cités ci-dessus.

«Vous dites: C'est épuisant de s'occuper des enfants. Vous avez raison. Vous ajoutez : Parce que nous devons nous mettre à leur niveau. Nous baisser, nous pencher, nous courber, nous rapetisser ». Là, vous vous trompez. Ce n'est pas tant cela qui fatigue le plus, que le fait d'être obligé de nous élever jusqu'à la hauteur de leurs sentiments. De nous élever, nous étirer, nous mettre sur la pointe des pieds, nous tendre. Pour ne pas les blesser.»⁴²

Ainsi, nous pouvons voir que pour comprendre l'enfant, c'est tout un art, rendu compliqué lorsque ce dernier renvoie des messages contradictoires

Prendre soin d'un enfant consiste aussi et même avant tout, notamment pour les AP, à s'investir sur le plan relationnel : relation verbale et aussi gestuelle. Plus l'enfant sera petit, plus il aura besoin d'être porté de façon contenante et confortable: « *Holding*»; Porté de façon sécurisante, rassurante, enveloppante, en respectant un toucher doux : « *Handling* »; Porté par le regard bienveillant de l'adulte et par ses paroles anticipatrices, donnant du sens aux réactions et émotions de l'enfant.⁴³ Cependant, construire un lien satisfaisant nécessite d'établir « la bonne distance » ou une certaine empathie entre les deux partenaires et « *s'inscrire dans un transfert où se joue toute une gamme de sentiments, mêlés de subjectivité. Cette distance est élastique et risque toujours de déborder les capacités de maîtrise du soignant.* ».⁴⁴ J'ai pu observer que l'enfant qui a souffert dans son corps ou dans sa relation à l'autre (notamment entre lui et son parent) met constamment en question cette juste distance, poussant son référent dans ses retranchements.

⁴¹ Loczy ou le maternage insolite

⁴² KORCZAK Janusz (Père des Droits de l'Enfant). Quand je redeviendrai petit (prologue), AFJK, traduction révisée en 2007. Cours donné par moi-même en décembre 2011, en IFAF, sur les différentes pédagogies.

⁴³ WINNICOTT Donald. Cours donné par moi-même en mars 2011, en IFAF

⁴⁴ Ibidem 28 page 55

En outre, cette mise en péril du professionnalisme du soignant peut être accrue ou intensifiée lorsque ce dernier connaît une épreuve douloureuse et personnelle (décès, difficulté familiale, rupture...).

Cette quête de la bonne distance ou « *aléas de la bonne distance* » est aussi abordée par Pascale Molinier dans son article « *Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage* ». ⁴⁵ Elle pointe en particulier, que pour « *les travailleuses du care, le risque étant réel de « tout mélanger » la bonne conduite serait d'avoir de la distance... Ce postulat normatif est asséné sans analyser les processus psychologiques sous-jacents, qui construisent ou font obstacle à cette prise de distance. Aussi, la consigne délivrée à certaines auxiliaires de puériculture de ne pas s'attacher aux enfants, est non seulement absurde, mais constitue un déni des difficultés attachées à ce type d'activité.*

De plus nier l'implication affective du soignant et les sentiments qui lient l'enfant et l'adulte qui s'occupe de lui c'est faire violence aux deux protagonistes. Cependant, la capacité du soignant à exprimer ses émotions, peut être un handicap et conduire à son épuisement émotionnel, si le résultat de cet investissement n'est pas mesurable, en termes de bien être de l'enfant (en l'occurrence ici) et si aucun temps n'est dédié à «ne rien faire».

En outre, « *si le care est souvent le fait de femmes, il ne faut pas oublier qu'il est le fruit d'une délégation* ». De plus il semblerait attaché « *plus particulièrement à des compétences jugées féminines proches des activités domestiques, voire du « dirty-work » (sale boulot ou travail ; basses œuvres) donc sans aucun prestige social et peu valorisé économiquement* » ⁴⁶.

Toutefois, compte tenu de ma collaboration de 30 ans avec des équipes d'auxiliaires de puériculture je peux certifier de leur implication et dévouement à leur travail qui leur apparaît souvent noble, mais parfois ingrat et, souvent complexe du fait de l'incertitude où les placent les méandres de la relation avec l'enfant « souffrant » et avec sa famille souvent bien carencée (en ce qui concerne celle de l'enfant confié à l'ASE). Certes, ce travail, parfois obscur, a besoin d'être reconnu, valorisé, pour ne pas être déprécié par les personnes mêmes qui le pratiquent.

Cette notion d'invisibilité du care ou « du prendre soin » est corroboré par Pascale Molinier, ainsi « *prendre soin de l'autre est une véritable activité de service qui mobilise une importante énergie affective et qui reste souvent peu reconnue et valorisée par les autres. Est-ce là une source du malaise des soignants ?* » ⁴⁷

⁴⁵ MOLINIER Pascale ; revue de sciences sociales et humaines, septembre 2009. Téléchargé sur internet le 30-10-2012. <http://temporalites.revues.org/988>

⁴⁶ CATANAS Marc Le care, une notion qui difficilement fait son chemin. Dimanche 28 novembre 2010

⁴⁷ MOLINIER Pascale « Le care : ambivalences et indécences » Revue Sciences Humaines, n°177, décembre 2006

D'où la nécessité que l'auxiliaire partage émotionnellement son vécu professionnel, avec l'équipe, sur la base des observations de chacun. « *Le travail d'une équipe s'appuie naturellement sur une démarche observante quand elle est devenue un projet suffisamment bien partagé. En retour, celle-ci diminue les risques de tension au sein même de l'équipe.* » Cependant sans cette prise de recul que peut permettre la mise en commun des observations, les émotions au sein du groupe ne peuvent être contenues : des conflits peuvent naître et envenimer le climat de travail.

« *Le groupe peut être la pire comme la meilleure des choses, il conduit au mensonge ou à la vérité, il engendre la destruction ou la création et l'entraide.* »⁴⁸

Pour parachever cette partie traitant des concepts de la souffrance au travail, je citerai quelques notions clés que je développerai à nouveau, mais cette fois-ci au regard de l'éclairage de mon enquête :

- ⊗ L'individuel et le collectif
- ⊗ La facilitation et l'empêchement
- ⊗ Le plaisir et la souffrance

4 L'Analyse heuristique du contenu des entretiens exploratoires

4.1 La méthodologie

J'ai souhaité procéder à cinq entretiens exploratoires pour, enrichir mes apports livresques et, les confronter à la réalité du vécu professionnel des interlocuteurs-témoins que j'ai choisis (annexe n°3). En premier lieu, mon choix portait sur un cadre de santé (en unité de Néonatalogie d'un ESPIC), un psychologue (pratiquant son exercice en pouponnière, en crèche familiale et au sein de l'association Picker Loczy⁴⁹ en tant que formateur), une auxiliaire de puériculture expérimentée et un médecin de travail. Tous exerçaient depuis plus de 20 ans et les trois premiers exclusivement dans le milieu de la petite enfance. Pour des raisons personnelles, l'auxiliaire de puériculture et le médecin me font « faux bond » au mois de mars 2013. Alors je décide de profiter de mon stage en unités fonctionnelles de Pédiatrie (28 lits) et de Néonatalogie (6 incubateurs) au sein d'un hôpital de province, pour m'entretenir avec la Cadre de santé, responsable de ces 2 unités, (que j'avais informée du thème de mon mémoire sur ma lettre de demande de stage), le

⁴⁸ DUGNAT Michel (sous sa direction). Observer un bébé avec attention ; Chapitre « soigner ensemble » ; Sous chapitre « Démarche observante, conflits et travail d'équipe ». La collection mille et un bébés, aux éditions Erès, septembre 2011. 285 pages, page 179

⁴⁹ L'association PIKLER-LOCZY du nom de la fondatrice de l'institut, PIKLER Emmi, et du nom de la rue où se situe cet institut à Budapest. Elle est en France un lieu de formation dont l'idéologie est fondée sur la pédagogie Loczienne.

psychologue de ces unités (et intervenant aussi en CMP) et le psychologue du travail exerçant au sein même de cet hôpital. Ces 2 psychologues sont jeunes et sont diplômés depuis moins de 4 ans.

Tous déploient leurs compétences à temps plein, quitte à cumuler 2 voire 3 postes.

Tous, aussi, (mais pas exclusivement pour le psychologue du travail) interviennent auprès de professionnels prenant en soins des enfants en souffrance (dans le cadre de l'ASE, en Néonatalogie, en pédiatrie, et CAMPS).

Ainsi, je peux obtenir des éléments d'approfondissement de ma problématique sous des éclairages différents. Mes interlocuteurs sont cadres mais seules les 2 cadres de santé ont un pouvoir hiérarchique sur les équipes. Les psychologues, tous les trois des hommes, sont en situation d'expertise auprès des professionnels de terrain mais aussi auprès des cadres. Mes supports d'entretiens (mis en annexe n°3), adaptés à mes interlocuteurs, amènent l'objet de mon questionnement progressivement.

Les entretiens se sont déroulés sur les lieux d'exercice professionnel des « témoins » excepté pour le premier qui s'est déroulé, à sa demande, à son domicile (celui du psychologue exerçant en pouponnière depuis trente ans).

A propos de ce dernier professionnel, et de la cadre de l'ESPIC (Etablissement privé jusqu'en février 2013), nous avons tissés des liens plus que courtois, car j'ai travaillé avec le premier durant 25 ans et je suis amie avec la cadre depuis la préparation de notre DEUG de psychologie.

D'autre part, il me semble pertinent de préciser que j'ai mené des entretiens semi directifs. C'est-à-dire que je suis intervenue le moins possible dans les réponses faites sauf pour faire préciser certains détails ou pour faire reformuler des éléments qui me paraissaient plus confus.

Ces cinq entretiens ont été pour moi d'une grande richesse, que je souhaite vous faire partager dans la partie qui va suivre

4.2 Les sources d'information

Pour faciliter la lecture des éléments de synthèse, extraits de mes entretiens, et les mettre en exergue, je vais dégager, pour chacun d'entre eux, 3- 4 points éclairant ma problématique. Par ailleurs je titrerai chaque paragraphe en fonction de l'idée principale qui s'en dégage.

Dans cette partie les citations entre guillemets et en italique mentionnent certains propos de mes interlocuteurs, excepté d'autres références, citées.

4.2.1 L'observation bien traitante

Le samedi 2 mars, durant 1h45, Monsieur M. psychologue de terrain me reçoit à son domicile. En semaine, il exerce en pouponnière associative, à mi-temps, depuis 32 ans, et partage l'autre mi- temps entre une crèche familiale et la formation des professionnels de la petite enfance.

Dans ce cadre, il est amené à intervenir au sein même de certains établissements de la petite enfance et en PMI, en France, en Suisse et en Belgique, soit à titre personnel ou soit dans le cadre de l'Association Pikler Loczy.

Au cours des formations qu'il anime et au cours de son exercice de terrain, en observation des interactions adultes-enfants, il soutient le cheminement des professionnels (tout particulièrement des auxiliaires de puériculture et des assistantes maternelles) vers une observation qui permet de « *repérer les mini violences au quotidien pour mieux les éradiquer* ». Il développe auprès des différentes équipes une conceptualisation du soin qui permet de s'engager dans une relation qui se construit au fur à mesure avec l'enfant et qui s'ajuste à la fois à l'incapacité de l'enfant à être seul, selon Winnicott, et aussi à son besoin grandissant d'autonomie. Cet état engendre une interdépendance entre le tout petit et l'adulte.

Ces observations, partagées avec l'adulte concerné et lors de temps de réunions pluri-professionnelles, participent à l'élaboration d'une « *façon d'être en recherche d'harmonisation mutuelle avec l'enfant.* »

Cependant le psychologue reconnaît qu'« *un risque évident s'impose au fil des années : celui de l'épuisement professionnel provoqué par un engagement sans le soutien d'un tiers (se donner sans compter)* ». La difficulté à prodiguer un soin professionnel, « *sans se perdre* » est à mettre en relation avec la question de la bonne distance entre les deux protagonistes. Elle met en jeu le type d'investissement dirigé sur l'enfant. L'attachement non contenu par un cadre, à la fois symbolique et organisationnel, dans cette situation nécessairement asymétrique entre l'enfant et l'adulte implique ainsi une zone d'incertitude importante, peu propice à l'épanouissement du soignant.

« *L'incertitude crée une dépendance si elle porte sur un objet présentant un enjeu pour l'acteur.* »⁵⁰ Or lorsqu'il s'agit de soutenir le développement d'un enfant, les enjeux sont multiples et importants.

Ainsi, et d'autant plus en collectivité d'enfants, l'équipe encadrante se doit d'accompagner les professionnels et ainsi de « *tendre à la bientraitance en préservant la bienveillance* ».

Là aussi, le psychologue souligne des limites ou écueils à l'accompagnement ; dont les deux principaux sont :

- Ⓢ « *L'apitoiement : cette posture de l'apitoiement complice consiste à se polariser sur les besoins des professionnels* » au préjudice de l'enfant.
- Ⓢ « *La crispation : cette posture contraire à la précédente tendrait à se centrer sur les besoins des usagers, enfants et leurs famille,* » au détriment du professionnel.

⁵⁰ Cours du 21-11 de JP Dumont intervenant sur les théories des organisations : « analyse stratégique »

En outre, à la fin de l'entretien, Mr M m'indique une autre situation de contingence qui concerne tous les professionnels quelle que soit leur position dans l'établissement. En effet, il s'agit du risque de fermeture de la structure (qui n'accueille plus que 20% de son effectif d'enfants) faisant vivre actuellement aux professionnels, une grande incertitude sur la survie de l'organisation. Cette situation génère un "burn-out" institutionnel dont les manifestations sont souvent « *somatiques : le corps étant le lieu de manifestation de la souffrance* ».

A la suite de cet entretien, je peux dégager quelques notions clés que je développerai dans ma partie Analyse :

- ⊗ Place de l'observation
- ⊗ Asymétrie de la relation
- ⊗ Bonne distance
- ⊗ Culpabilité
- ⊗ changement

4.2.2 Le transfert de la cohésion d'équipe, du privé au public

Le 6mars 2013 durant 1h30, Madame G cadre de santé depuis 8 ans, de formation IDE depuis 35 ans, m'accueille dans « son » unité fonctionnelle, de soins intensifs en Néonatalogie, qu'elle a inaugurée depuis 18 jours. Son service, ceux de réanimation néonatale et de pédiatrie d'un ESPIC, de Convention Collective Nationale 51, ont été transférés dans ces locaux tous neufs, rattachés à un groupe hospitalier de l'APH... Depuis l'obtention de son diplôme, Madame G a exercé, comme une partie de l'équipe, dans le même service.

Elle présente ce transfert comme un « renouveau » notamment sur le plan organisationnel, une source de motivation des équipes qui ont très vite investi les locaux et qui se sont impliquées dans l'aménagement de l'unité.

Toutefois, Mme G nuance cette satisfaction en faisant état d'une situation d'incertitude⁵¹ dans laquelle se trouvent tout particulièrement les auxiliaires de puériculture nouvellement arrivées et les aides soignantes. Ces deux dernières catégories de professionnels ont vu leur fiche de poste se modifier depuis le changement. En effet, une partie d'entre elles prennent en charge le bio nettoyage⁵² du matériel à la place des ASH Q qui n'interviennent plus au sein de la néonatalogie. De ce fait leur présence auprès des enfants s'est réduite en Soins intensifs au profit de celle des infirmiers, plus nombreux et plus engagés dans les soins. Cette situation a créé des conflits entre

⁵¹ CROZIER Michel et ERHARD Friedberg « l'acteur et le système » Editions du Seuil 1977 – 500 pages.

⁵² Le bio nettoyage : procédé de “ nettoyage, appliqué dans une zone à risque “, site consulté le 03/05/2013 “ lycée.aubrac.com”.

ces derniers et les AP et AS. : Les premières réagissent, par moment en étant « *taciturnes et protestataires* » et les deuxièmes en « *s'abstenant de participer aux réunions de service.*»

La Cadre constate aussi des abus dans les motifs de l'absentéisme qui s'est accru considérablement depuis le changement. Pour diminuer cet état de fait, et ainsi réduire le pouvoir du personnel, la responsable demande les justificatifs de ces absences. Toutefois, la cadre tient compte des sous effectifs actuels (tous les postes requis n'ont pas encore été pourvus) pour adapter la charge de travail aux ETP : c'est-à-dire, concrètement que les places sont gelées.

Ce « *désinvestissement passif* » des AP et AS est à mettre en parallèle avec la « *labilité émotionnelle des infirmiers* ». Ils réagissent peut-être, de façon différée à la « *liquidation judiciaire de leur ancienne structure et au licenciement ou répartition des 40 ASHQ (collègues pour la plus part) dans tout l'EPS d'accueil.*

En résumé, une cadre, épuisée par le travail qui a été nécessaire ces deux dernières années pour réussir le changement, en charge d'une équipe tantôt enthousiaste, tantôt en proie aux incertitudes liées aux nouvelles conditions de travail et à la reconstruction du binôme ou tandems « IDE-AP ». Cependant Mme G reste convaincue, que la prévention du mal-être au travail passe par la recherche de cohésion dans l'équipe, dont l'acteur principal serait le cadre de santé.

D'ailleurs, en Avril, les cadres du pôle Néonatalogie rencontrent les équipes pour leur présenter la nouvelle organisation de travail en définissant au plus près les missions des AP et AS, en déroulant une journée type.

4.2.3 La relation d'aide

Le 4 Avril 2013, Monsieur B, psychologue, s'entretient avec moi dans la petite école d'un service de Pédiatrie, dont six lits sont réservés pour la Néonatalogie, où il exerce (et où je suis en stage). Il travaille, également, en CMP enfant depuis l'obtention de son diplôme en juin 2012. Il est aussi diplômé IDE depuis 2003. Il a exercé en cette qualité en psychiatrie Adulte et en foyer accueillant des enfants souffrant d'autisme.

Dans le cadre de ses fonctions actuelles, il est mandaté pour participer à un bilan de santé, sur prescription médicale, ou à un bilan médico-psychologique pour un enfant en difficulté (sociale, psychologique ou scolaire). Ce bilan peut s'effectuer soit au cours de l'hospitalisation ou en CMP, où il assurera un suivi de l'enfant, si nécessaire.

Pour « *objectiver ce bilan il s'appuie sur les observations de toute l'équipe* » (du médecin à l'ASHQ), tout particulièrement des AS et AP qui sont au plus près de l'enfant et ont « *un sens clinique aiguisé* » et sur les remarques des parents. D'ailleurs, parfois, ces derniers peuvent être ressentis comme « *juges du travail des professionnels, voire donner l'impression de harceler les médecins, par de nombreuses questions* » vécues comme inquisitrices. D'où l'importance que le psychologue puisse être à l'écoute de tous et « *se coordonne avec l'équipe, pour ne pas rentrer dans une chambre en même temps qu'une infirmière, par exemple* ». Cependant aucun temps

institutionnel n'est prévu pour des temps d'exploitation du vécu professionnel, bien que le psychologue participe 2 fois par semaine au staff pour appréhender les situations critiques.

Dans l'unité fonctionnelle citée ici, la source principale de stress est *« d'être en précarité psychologique, c'est à dire être dans l'incertitude de rester en poste dans son service, car à l'hôpital public, on n'est jamais à l'abri d'une mutation dans une autre unité »*.

Cependant, Mr B estime que *« tout métier est à risque si les conditions ne sont pas données pour bien le faire : par exemple, ne pas tenir compte du temps nécessaire aux actes non quantifiables, comme porter, un certain temps, dans les bras, un bébé qui en a besoin. »*

4.2.4 L'expertise

Le 5 Avril 2013, je me rends au pôle médecine du travail de l'hôpital public de province où j'effectue mon stage. Monsieur K, psychologue du travail depuis 4 ans dont 2 ans dans ce même service, me reçoit pour un entretien d'1 heure.

Il est chargé, sous la responsabilité du Directeur du Centre Hospitalier, en collaboration avec les Cadres Supérieurs et le médecin du travail, de contribuer à la mise en place de la politique de prévention des RPS au sein de l'établissement. Il est membre actif du CHSCT et de la Commission du maintien pour l'emploi. Actuellement, il observe *« une augmentation des orientations ou réorientations professionnelles de certains membres personnel, qui ne se retrouvent plus avec la mouvance de l'hôpital. Cette mutation hospitalière est génératrice de souffrance car le soignant ne trouvent plus ses repères »*. Cette évolution trop rapide ou peut-être pas assez accompagnée serait à mettre en rapport avec les attitudes des usagers qui sont moins respectueux.

En outre, l'obligation de traçabilité rajoute de la pression supplémentaire notamment pour le cadre dont le rôle s'est complexifié. Cependant Mr K estime que *« le cadre n'est, peut être, pas suffisamment formé au management participatif qui favoriserait la baisse des RPS »*.

Actuellement, sous l'impulsion de la Direction de l'hôpital, et en collaboration avec la Direction des Ressources Humaines, les Cadres Supérieurs de pôle et le service formation, il rédige un cahier des charges dans l'optique de produire un document à l'usage des cadres de santé pour leur donner des outils d'aide à un management qui concilierait bien-être et performance. Cet écrit sera le support d'analyse de pratiques au sein de chaque unité fonctionnelle.

De plus, au quotidien, le psychologue du travail intervient directement à la demande du soignant qui a besoin d'une « oreille attentive » en cas de conflit avec les collègues, le supérieur hiérarchique, les familles ; en cas de stress ressenti intensément ou de SEPS.

Le médecin du travail peut adresser un soignant au psychologue du travail à l'occasion de la visite médicale systématique. En outre, Mr K est associé aux groupes de paroles que peut organiser le cadre de santé au sein de son unité, ou le cadre supérieur au sein de son pôle, tout particulièrement à la suite d'un décès ou d'un manquement en matière d'ergonomie ou autres.

4.2.5 La transparence

Enfin, mon dernier entretien exploratoire, a lieu le 5 Avril durant 1heure, et à la suite du précédent. Il s'effectue avec la cadre de santé des unités fonctionnelles précitées. Madame B exerce en qualité de cadre depuis 2001, dans ces unités (qui sont transférées dans les locaux actuels depuis 6 ans).

Sa formation initiale est IDE depuis 1983 dans des services adultes spécifiques tels que la réanimation, gériatrie...

D'emblée Mme B décrit un « fonctionnement bureaucratique mécaniste » qui évolue vers un surcroit de procédures et de tâches morcelées ».

Cependant pour donner du sens au management du cadre de santé au regard de son équipe, elle implique cette dernière dans l'organisation du service en créant un climat de confiance et de proximité.

Le travail auprès des enfants s'exerce en binôme (AP ou AS avec IDE ou puéricultrice) où chacun déploie son sens des responsabilités. Les équipes participent aux 4 réunions annuelles, organisées en dehors du temps de travail, sur la construction d'outils communs telle la prise en charge de la douleur, le livret d'accueil en pédiatrie. D'autre part les professionnels participent à la formation organisée par la psychomotricienne sur la conception des « soins de développement »⁵³.

Pour Mme B ce qui fait souffrance au travail *« c'est le trop du toujours pareil »*. Effectivement la monotonie du travail des soignants pourrait leur en faire perdre le sens.

Au sein des 2 unités, les professionnels effectuent un roulement comprenant des horaires du matin, de l'après-midi et de nuit. Ils interviennent sur les 3 catégories d'enfants : les nouveau-nés prématurés, les jeunes enfants, et les « ado naissants »⁵⁴ et adolescents. D'autre part, il ya une rotation des binômes pour éviter une complicité excessive mais aussi une animosité entre les professionnels.

En outre, Mme B a constaté que la formation spécialisée petite enfance des AP leur permet pleinement de choisir leur terrain d'action.

Par ailleurs, de pouvoir travailler au sein de locaux neufs et spacieux, avec de grandes chambres individuelles pour accueillir l'enfant et sa famille (un seul adulte peut dormir dans la chambre le soir) est motivant. Ceci, d'autant plus que les moyens humains et logistiques ont été déployés au profit de la qualité des soins.

Madame B considère qu'à l'heure actuelle il faut opposer un projet, solide et respectueux du travail de chacun, à la logique économique. Cette orientation stratégique est guidée *« par le sens*

⁵³ Les soins de développement. Définition : stratégies environnementales et comportementales à l'égard du prématuré Présentation par cette professionnelle du diaporama du 06 octobre 2011 du CHU de Montpellier – Néonatalogie.

⁵⁴ Préadolescent : stratégie environnementales et comportementales à l'égard du prématuré.

que le cadre transmettra à ses équipes, par la manière informelle que chacun aura d'agir » et par le caractère unique du style de management du cadre».

Ainsi la polyvalence des équipes sur un secteur spécifique (pédiatrie), serait un facteur de lutte contre la souffrance au travail.

Ces entretiens exploratoires ont élargi ma vision des Concepts de Souffrance et de Satisfaction au travail.

A l'issue de ces entretiens exploratoires avec des cadres exerçant auprès d'un public « petite enfance » je peux extraire d'une part certaines causes de souffrance au travail et d'autre part je peux mieux appréhender le jeu d'acteur du cadre de santé et les enjeux de son rôle.

Tout d'abord je mentionnerais les causes qui apparaissent importantes du point de vue des « interviewers » :

- Ⓢ L'épuisement émotionnel
- Ⓢ Les situations d'incertitude telle que le risque de fermeture d'une unité fonctionnelle ou le changement de service provisoire ou définitif
- Ⓢ Le manque de créativité et de temps pour réaliser le travail non Prescrit.

En ce qui concerne la posture du cadre il m'apparaît important de souligner :

- Ⓢ La place de l'accompagnement et de l'implication du cadre
- Ⓢ Les limites de cet accompagnement : « *l'apitoiement, la crispation, le despotisme compassionnel* »⁵⁵ et le manque d'expertise à un management participatif.

Au regard de tous ces éclairages conceptuels je peux juger de la pertinence de mes hypothèses de départ et de leur validité.

5 Les Hypothèses de départ

Au travers de mon approche conceptuelle et de mes entretiens exploratoires qui l'illustrent, j'ai mis en exergue deux hypothèses :

- Ⓢ La première

Prendre soin d'enfants comporte des risques professionnels qui seraient amplifiés par la précarité ou la souffrance des enfants. Cette dernière mettrait le soignant, en l'occurrence l'auxiliaire de puériculture, dans une situation accrue de détresse.

⁵⁵ Termes déjà cités précédemment ; seront retraités par la suite.

Cette boucle interactive négative a pour conséquence l'empêchement de l'activité première de ce professionnel, soit la relation d'aide envers l'enfant.

© La deuxième

De par sa posture, le cadre de santé aurait à forger une stratégie de bien-être au travail.

Je vais m'intéresser, dans mes propos, à comprendre et démontrer comment cette posture peut remplir des fonctions contenant et apaisantes en prévention des risques psycho-sociaux, ou plus particulièrement du SEPS.

Maintenant confrontons ces hypothèses aux données de mon enquête.

2^{ème} Partie : L'enquête de terrain

Du risque de souffrance à la satisfaction au travail

1 La méthodologie

Pour explorer et développer mes hypothèses j'ai recherché une institution accueillant des enfants en souffrance et embauchant des auxiliaires de puériculture. Après quelques recherches et explicitations de ma part, la cadre d'une pouponnière (dont je tairai le nom par souci de confidentialité), de l'ASE, a accepté de prendre et distribuer mes questionnaires auprès des 35 ETP AP exerçant de nuit comme de jour. Madame L n'a pas jugé nécessaire que je les donne moi-même car, selon elle, les AP « *seraient ravies et valorisées d'être les actrices principales d'une enquête* ». Le seul engagement qui m'est demandé par l'équipe c'est d'exposer après ma soutenance le fruit de mon travail. Je suis consciente que la confiance qui m'est témoignée est due, en partie, à la collaboration avec la responsable de la structure, dans le cadre de réunions inter-institutions participant aux missions de l'ASE, quelques années auparavant.

Je suis allée récupérer les réponses trois semaines plus tard, le 8 avril 2013.

En outre, j'ai profité de la première partie de mon stage, du module 4 (du 25 mars au 5 avril 2013) en Pédiatrie, pour m'enquérir auprès de la cadre de santé de son accord à la distribution de mes questionnaires. Ainsi, je les ai présentés brièvement et individuellement dans la première

semaine du stage, auprès des AP. J'ai insisté sur la confidentialité des réponses faites et sur leur non interférence avec les entretiens annuels d'évaluation qui ont lieu en parallèle. J'ai relevé les réponses au fur à mesure de leur remplissage.

Le questionnaire (annexe n°4) que j'ai conçu, pour les auxiliaires de puériculture, s'inspire du modèle de R.Karasek⁵⁶ et des indicateurs de la 5^{ème} enquête sur les conditions de travail en Europe de 2010⁵⁷. Cependant pour construire mes quarante et un items, et ma grille de questionnement j'ai listé tous les éléments qui me semblaient importants au regard de ma problématique, et de mes lectures. Ensuite je les ai ordonnés autour de 4 indicateurs principaux adaptés à la population choisie:

- ⊗ Organisation du travail
- ⊗ Qualité du travail
- ⊗ Satisfaction au travail
- ⊗ Facteurs liés à la santé au travail

2 Les secteurs choisis dans le milieu de « l'enfance en souffrance »

2.1 Une pouponnière de l'ASE

« La pouponnière à caractère social propose un service de garde de jour et comme de nuit d'enfants de moins de trois ans accomplis qui ne peuvent ni rester au sein de leur famille ni bénéficier d'un placement familial surveillé. »⁵⁸

« Après une période d'observation, l'objectif est de proposer une orientation dans une structure spécialisée, dans une famille d'accueil ou en foyer pour préparer l'avenir socioprofessionnel du jeune et un éventuel retour en famille. Le département, en vertu de l'article L. 221-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles «organise sur une base territoriale les moyens nécessaires à l'accueil et à l'hébergement des enfants confiés au service de l'Aide Sociale à l'Enfance. Un projet de service de l'aide sociale à l'enfance est élaboré dans chaque département. Chaque département dispose donc d'un ou de plusieurs Foyers de l'enfance départementaux. Ces foyers sont financés par le Conseil Général. »⁵⁹

⁵⁶ R.Karasek : www.travaillier-mieux.gouv.fr/Dépistages-d'évaluation.html

⁵⁷ www.anact.fr > Accueil > Actualité > L'essentiel de l'enquête EWCS de 2010 (European Working Conditions Survey -).

⁵⁸ Foyer de l'enfance - Contacts profil.action-sociale.org > ... > Foyer de l'enfance > Ile-de-France. Site consulté le 20-03-2013.

⁵⁹ Ibidem Foyer de l'Enfance

En 1978, « l'opération pouponnière » à l'initiative de Simone Veil alors ministre de la santé et de la famille, permet, aux structures de l'ASE et aux établissements associatifs missionnés pour accueillir des enfants de l'ASE, de réfléchir ensemble aux conditions d'accueil des enfants et à l'accompagnement de leurs parents. « *Ainsi, par exemple, les notions d'individualisation des soins, de continuité pour l'enfant, de cohérence des pratiques, sont devenues des notions cardinales des projets institutionnels.* »⁶⁰ Dans les années 1990 cette opération prend de l'envergure et l'appellation diffère de la précédente pour s'adapter à l'évolution des pratiques professionnelles : « Bientraitance institutionnelle ». Responsables, équipes encadrantes et professionnels des pouponnières, foyer d'hébergements mais aussi responsables socio-éducatifs de l'ASE se réunissent, dans un premier temps une fois par an, et dans les années 2000, 1 fois tous les deux ans.

Pour certains établissements, la loi du deux mars 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, a conforté leurs objectifs de modernisation. Pour d'autres, elle permet la mise en place d'indicateurs de bientraitance comme les projets individualisés pour les enfants et leurs familles.

Cette pouponnière est rattachée (comme celles en général de l'ASE) au foyer de l'enfance qui comporte une section d'accueil d'adolescents, indépendante dans son fonctionnement.

Ces trois services sont dirigés par un Directeur garant de la cohérence et de la cohésion du projet de l'établissement.

2.2 Une unité fonctionnelle de Néonatalogie et Pédiatrie générale

L'unité fonctionnelle dont je fais référence dépend du Pôle Mère-enfant. Elle comporte 28 lits dont 6 en Néonatalogie ; au sein de locaux neufs et spacieux, avec de grandes chambres individuelles pour accueillir l'enfant et sa famille. Les parents peuvent rester de jour comme de nuit (un seul adulte peut dormir dans la chambre le soir).

Depuis 6ans (transfert de l'unité dans ce nouvel espace) les moyens humains et logistiques ont été déployés au profit de la qualité des soins.

La durée moyenne de séjour est courte en pédiatrie générale, de 2jours et demi en 2012, et de 12 jours en néonatalogie. Les enfants présentant une pathologie complexe nécessitant une hospitalisation de longue durée sont transférés, habituellement, au centre hospitalier régional.

3 Les acteurs principaux: Les auxiliaires de puériculture

J'ai choisi comme population cible les professionnels exerçant le métier d'auxiliaire de puériculture pour plusieurs raisons.

⁶⁰ Mauvais Patrick « L'enfant séparé de sa famille : quels défis dans une démarche de bientraitance ? » Revue Majuscule « spéciale Enfance » n°87-88-89, Aout 2006 p 80-83.

Certes, j'ai une certaine expérience de ce public, avec lequel j'exerce depuis une trentaine d'année, qu'il soit confirmé ou en devenir de l'être. Comme la plupart des professionnels paramédicaux, les auxiliaires de puériculture pratiquent la relation d'aide avec ce que cela comprend de satisfaction et aussi renvoie comme difficultés, voire d'échec.

3.1 A la pouponnière

Madame L., cadre supérieur de santé et puéricultrice, me transmet ces éléments à propos de l'équipe qu'elle anime :

« Les auxiliaires sont relativement anciennes. Certaines sont là depuis l'ouverture il y a 20 ans. Du fait des congés de maternité il y a souvent des jeunes remplaçantes (2) qui ont également rempli des questionnaires mais elles remplacent des plus anciennes sur des congés maternité ou parentaux. La rémunération de base, des auxiliaires de puériculture, correspond environ au Smic à l'arrivée, plus des primes de weekend ou autres (horaires soirée, nuit et contraintes de changement...).

Les trois EJE sont plus mobiles : une a 5 ans d'ancienneté ; les autres ont deux ans d'ancienneté.

Les infirmières puéricultrices sont au nombre de cinq dont : l'une a 20 ans d'ancienneté ; les autres 12 - 4 - 3 et la dernière 8 ans actuellement en formation est remplacée depuis 1 an.

Tous ont énormément de congés : 34 congés annuels (soit 7 semaines), 22 RTT car les équipes travaillent en 39 heures, 18 jours de congés détente et les récupérations de jours fériés. »

A ces équipes se joignent : une psychomotricienne deux demi - journées par semaine, un médecin tous les matins du lundi au vendredi (partagé avec les autres services), un psychologue deux jours par semaine, une assistante sociale partagée avec les autres services (foyer et accueil des adolescents). Des agents de service sont présents chaque jour : une au ménage, 1 en biberonnerie, et lingerie et cuisine. Enfin, des personnels administratifs et de réception assurent, en outre l'accueil des familles, réceptionnent les livraisons sauf le WE et les jours fériés. »

Le soutien à la parentalité est assuré, principalement, par les puéricultrices et la psychologue qui accompagnent les premières visites pendant lesquelles une évaluation des besoins d'harmonisation, voire de médiation est effectuée. En fonction de l'intérêt de l'enfant et du degré d'autonomie des parents, un rythme de visite régulier et un cadre personnalisé est alors proposé aux parents toujours en dehors des lieux de vie des enfants donc en dehors de la présence des auxiliaires.

3.2 En pédiatrie et néonatalogie

La cadre de santé manage une équipe pluri professionnelle de 52 collaborateurs.

17 auxiliaires de puériculture (dont un jeune homme) et aide soignantes (4) assurent les repas, les soins de confort (la toilette, l'installation...), en collaboration avec les parents afin que l'hospitalisation soit vécu le mieux possible par l'enfant. Les soins paramédicaux sont effectués en binôme (AP ou AS avec IDE ou puéricultrice) où chacun déploie son sens des responsabilités et sous la responsabilité directe de l'infirmière ou de la puéricultrice.

Ces dernières sont au nombre de 21. L'équipe est étoffée par une éducatrice de jeunes enfants, un psychologue, deux kinésithérapeutes et psychomotricienne, une assistante sociale, 5 Agents de Service Hospitalier Qualifiés, et trois secrétaires (qui sont aussi attachées à la consultation).

Au sein des 2 unités, les professionnels effectuent un roulement comprenant des horaires du matin, de l'après-midi et de nuit. Ils interviennent sur les 3 catégories d'enfants les nouveau-nés prématurés, les jeunes enfants, et les « ado naissants » et adolescents.

Par ailleurs « *Le travail en binôme subit une rotation pour éviter une complicité excessive et aussi une animosité entre les professionnels* »⁶¹.

4 L'Analyse des questionnaires

4.1 Etude du talon

Il m'apparaît opportun de préciser que j'ai obtenu 13 réponses à mes questionnaires en pouponnière et 7 réponses en pédiatrie.

Toutes les réponses émanent de professionnelles de sexe féminin (et seule une AS a répondu) deux d'entre elles exercent la nuit en pouponnière (roulement incluant la nuit en pédiatrie).

L'amplitude des âges varie de 21 à 56 ans pour la pouponnière et de 23 à 30 ans en pédiatrie avec une moyenne respective de 34 ans et de 26 ans.

La date d'obtention du diplôme varie de 7 mois à 35 ans pour la 1^{ère} institution et de 8 mois à 11 ans pour la seconde. Cependant 2 AP en pouponnière contre 4 à l'hôpital ont débuté dans leur structure actuelle, dès le diplôme décroché.

Le dernier élément à analyser, sur le talon, est la durée de l'expérience au sein du service. Elle se module de 7 mois à 19 ans soit une moyenne de 9 ans et 4 mois en pouponnière contre 7 mois à 10 ans en pédiatrie, pour une moyenne de 4 ans et demi.

⁶¹ Propos extrait de mon entretien avec la cadre de santé de pédiatrie de cette UF

Ainsi, nous pouvons penser que la spécificité de la pouponnière nécessite un peu d'expérience antérieure pour se confronter à la pathologie sociale, pour laquelle le « traitement » ou la prise en soin est de longue durée contrairement à l'unité fonctionnelle de pédiatrie (court séjour) citée dans l'enquête. D'autre part la technicité de ce dernier service attire souvent de jeunes professionnels, qui optent aussi pour un travail qui leur paraît non routinier et dynamique.

L'étude du talon terminée, j'analyserai le contenu des tableaux et des graphiques (que j'ai conçus à partir de l'exploitation de mes questionnaires) pour chaque institution, de façon globale dans un premier temps et caractérisée ensuite.

Je m'autoriserai, certaines fois, à citer textuellement des bribes d'écrits des auxiliaires de puériculture que je mettrai entre guillemets et en italique, sans repreciser la référence (sauf si les propos proviennent d'un autre auteur).

Enfin, je procéderai à une comparaison analytique des données extraites des questionnaires des deux unités.

4.2 Tableaux 1 et 2 des résultats aux questionnaires remis aux
auxiliaires de puériculture : cumul des 13 réponses obtenues en pouponnière

Critères	Avis de l'AP sur ses conditions travail	Accord complet Situation tout à fait existante	Accord moyen	Peu d'accord	Pas d'accord ou situation inexistante	
Organisation du travail	Horaire adapté	8	5	0	0	
	Tâche variée	7	6	0	0	
	Tâche complexe	5	4	2	2	
	Tâche continue	8	4	1	0	
	Tâche discontinue	4	2	3	4	
	Trop de tâches ménagères	3	4	3	3	
	Quantité de travail excessive	1	8	2	2	
	Rythme de travail trop intense	1	7	3	2	
	Journée de travail équilibrée	5	6	2	0	
	TOTAL +	28	21	3	0	
TOTAL -	14	25	13	14		
Qualité du travail	Prise correcte d'autonomie	10	3	0	0	
	Aucune prise d'autonomie	2	0	3	8	
12 réponses	Tâche créative	1	7	3	2	
	Tâche répétitive	8	3	1	0	
	Entraide réelle entre collègues	10	2	1	0	
	Situations conflictuelles	0	6	6	1	
	Compétences reconnues par l'équipe encadrante	0	6	6	1	
	Soutien de cette équipe	6	6	1	0	
	Disponibilité de cette équipe	6	6	1	0	
	Temps d'échanges existants entre collègues	8	3	2	0	
	Temps d'échanges Pluri professionnels existants	3	9	1	0	
	Participation à des réunions régulières et formalisées	9	3	1	0	
	12 réponses	Rotation ou Turn over de personnel	5	4	1	2
	TOTAL +	53	44	16	3	
TOTAL--	15	9	16	9		

Critères	Avis de l'AP sur ses conditions travail	Accord complet Situation tout à fait existante	Accord moyen	Peu d'accord	Pas d'accord ou situation inexistante
Satisfaction	Construction d'un lien avec les enfants	13	0	0	0
Au travail	Accompagnement de l'enfant, de son accueil à son départ	11	2	0	0
	Relation médiatisée ou facilitée avec les parents	3	1	1	8
	Relation agréable avec les collègues	9	3	1	0
	Relation de confiance avec l'équipe encadrante	5	7	1	0
	Relation de méfiance ou conflictuelle	2	4	3	4
	Ambiance harmonieuse	4	8	0	1
	Participation à des formations	4	6	1	2
	Perspectives professionnelles	1	6	2	2
	Bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée	7	5	1	0
	Moments conviviaux organisés hors temps de travail	6	4	1	2
	TOTAL+	63	46	11	15
Facteurs liés à la santé au travail	TOTAL --	2	4	3	4
	Taux (jrs par an) d'absentéisme important	0	6	3	4
	Accident du travail ou maladie professionnelle	1	2	2	8
	TMS : lombalgies	2	0	1	4
	Existence du Burn-out ou d'un épuisement	3	5	1	4
	Situation de stress	3	3	4	2
	Sentiment de mal-être ou de souffrance	0	3	5	5
	Crise de larmes	0	2	4	5
	Troubles du sommeil	1	1	4	5
	TOTAL --	10	22	23	37

4.3 Les résultats en « chiffres et lettres » en pouponnière

4.3.1 Analyse globale

Remarque préliminaire : j'ai invité « mon public » à développer la 1^{ère} partie du questionnaire, cela a été effectué pour 7 questionnaires sur 13. Ces éléments complémentaires me permettent d'approfondir mon analyse.

Au regard des réponses, il se dégage plusieurs grandes pistes de réflexion:

- ④ Les sources de motivation
- ④ Les difficultés rencontrées dans l'exercice de la profession d'AP
- ④ Le soutien attendu.

Reprenons les, une par une.

4.3.1.1 Les sources de motivation

A propos des sources de motivation, celle qui prévaut sur les autres (ou qui peut surprendre) est la prise d'autonomie dans l'accompagnement au quotidien des enfants qui sont confiés aux AP. Ces dernières se jugent responsables des tâches qui leur sont attribuées, comme créer des bonnes conditions de sommeil ou permettre à l'enfant de découvrir « l'extérieur ». Cependant, elles se posent des challenges (3) « *pour progresser afin de permettre à l'enfant d'évoluer* ». Elles attendent une certaine visibilité de leur travail à travers les progrès de l'enfant en développant un processus basé sur l'interactivité.

Certaines apprennent en agissant et agissent en apprenant, et pour le plaisir d'apprendre.

Le mot amour est utilisé 2 fois pour désigner le sentiment éprouvé à l'égard de l'enfant et pour le travail (une fois par la même personne). La citation de ces deux mots évoque l'idée d'une vocation qui suscite enthousiasme et reconnaissance.

D'autres mots occurrents comme « l'accompagnement, l'investissement, la spécificité » renforcent le sens qu'elles donnent à leur travail. (Je les reprendrai un par un)

L'accompagnement de l'enfant en difficultés de son accueil à son départ. Les professionnelles se perçoivent responsables du devenir affectif de l'enfant et estiment que le soutien de ce dernier dès son arrivée jusqu' à son départ en famille, en accueil familial ou en adoption est, au delà d'être nécessaire à l'enfant, l'aboutissement d'un travail accompli et bien fait.

L'investissement du travail par chacun au sein de l'équipe passe pour plusieurs d'entre elles par la capacité à comprendre l'enfant ensemble.

La spécificité du travail que certaines nomment « *une autre démarche d'accompagnement de la petite enfance* » fortifie l'idée qu'elles se font de leur mission.

A travers ces premières réponses, je discerne un fort engagement qui motive les professionnelles à travailler dans un secteur éprouvant émotionnellement.

4.3.1.2 Les difficultés rencontrées dans l'exercice de la profession d'AP

Dans l'ensemble les AP témoignent de leurs empêchements, parfois (difficile d'en mesurer la fréquence sur mon questionnaire), à « *comprendre les enfants, les décoder et savoir les écouter, à leur apporter toute l'attention dont ils ont besoin, et adapter au mieux des soins maternant et individualisés* ». Ces difficultés d'ajustement laissent poindre bien sûr le désir de bien faire mais la frustration d'avoir le sentiment de ne pas y réussir complètement.

Les deux AP de nuit ne partagent pas ce ressenti mais n'excluent pas qu'il puisse exister.

Un autre obstacle est mentionné à plusieurs reprises, celui de la solitude face au groupe de « *six enfants d'âge mixte* » dont elles ont la responsabilité. Cette solitude est abordée sous plusieurs angles : celui de l'impuissance à répondre de manière adéquate à chacun, de la fatigue (le mot épuisement n'a pas été mentionné) d'être fréquemment en recherche de solutions, du manque de partage des tâches avec un autre adulte et de l'obligation à rester dans l'unité et avec tout le groupe d'enfants.

L'expérience ne semble pas être un « remède » à ces complications qui génère du stress pour 2 d'entre elles.

Une d'entre elles signale un TMS

Compte tenu de l'engagement dont elles font preuve dans la relation à l'autre, se pose pour certaines la question du désengagement ou du détachement lors du départ de l'enfant vers d'autres horizons.

A l'issue de cette 1^{ère} analyse je m'interroge sur le « coping » ou stratégie face au stress que les AP adoptent. « *Le coping est la façon dont un individu perçoit et agit dans une situation donnée* ». ⁶²

4.3.1.3 Le soutien attendu de l'équipe d'encadrement

La majorité attende que l'équipe d'encadrement reconnaisse la difficulté de ce métier d'auxiliaire de puériculture, qu'elle apporte de l'aide matérielle et soit dans une attitude d'écoute active notamment lorsqu'un enfant est particulièrement en souffrance. Certaines sont demandeuses d'un sas ou d'un espace symbolique où elles puissent se ressourcer en étant écoutées et entendues.

⁶² Fiche de risque Bossons Futé n°2. Documents and Settings /Local Settings / Tempory. Site consulté le 21-12-2012. Fiche mise à jour en avril 2011.

D'autres souhaitent que l'équipe d'encadrement reconnaisse leur expérience, leur opinion et avis et qu'il leur soit témoigné de la confiance en toute transparence.

Cependant certaines disent recevoir le soutien qu'elles escomptent.

Deux auxiliaires n'ont pas répondu à la question

4.3.2 Les grands axes de réflexion en pouponnière

Je me propose, cette fois, d'analyser la 2^{ème} partie du questionnaire, qui comporte 41 items répartis en quatre indicateurs:

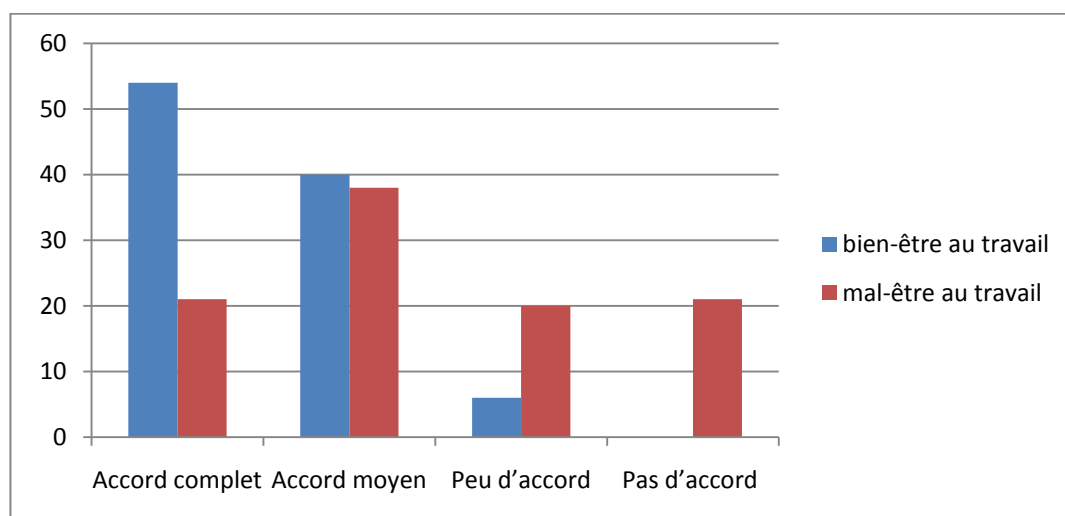
- Ⓢ Organisation du travail
- Ⓢ Qualité du travail
- Ⓢ Satisfaction au travail
- Ⓢ Facteurs liés à la santé au travail

Sur les 41 items, 23 attestent d'un certain **bien-être au travail**. J'ai totalisé les réponses de chaque thème et y ait adjoint le signe + sur le tableau.

A l'opposé, les 18 autres témoignent d'un certain **mal-être au travail ou du moins présentent des facteurs à risques**, que j'ai mis en gras dans le tableau. J'ai totalisé les réponses et y ait adjoint le signe -.

Mes commentaires concernent les résultats précisés dans tableaux et leur « transformation » en graphique.

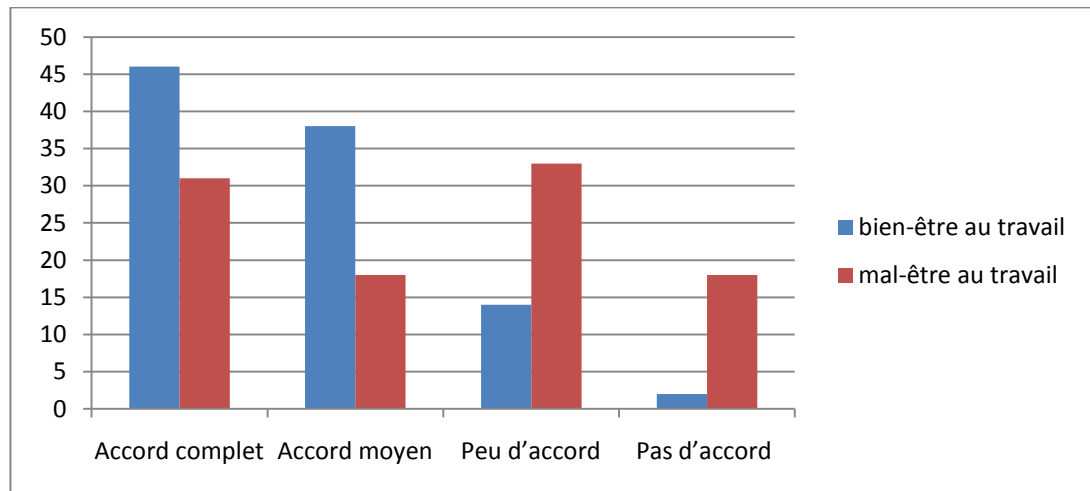
4.3.2.1 L'organisation du travail pour 13 AP en pouponnière/ 1^{er} graphique



Une majorité de professionnelles sont satisfaites de l'organisation de leur travail qu'elles estiment variée. Cependant la complexité du travail et son rythme sont à prendre en compte.

4.3.2.2 Qualité du travail en pouponnière de 13 AP / Avril 2013 / 2^{ème}

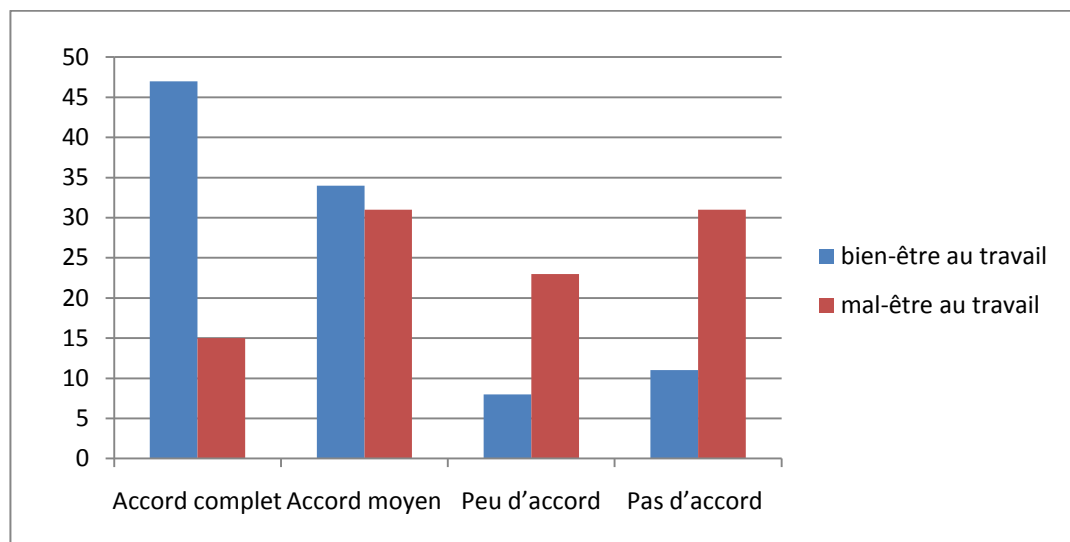
graphique



La qualité du travail est reconnue par les protagonistes mais l'aspect itératif des tâches et un certain « turnover » interrogent sur une certaine lassitude du soin.

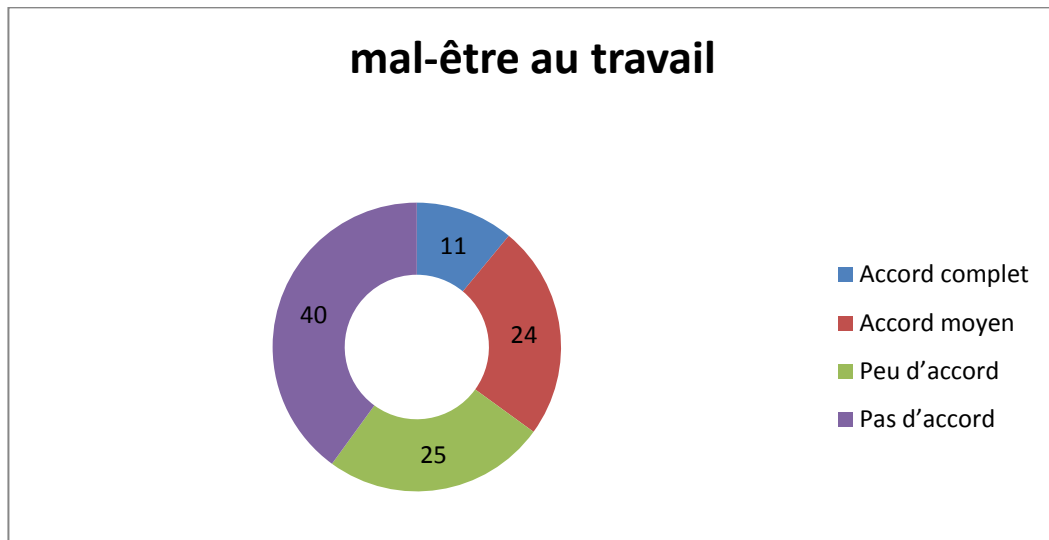
4.3.2.3 Satisfaction au travail en pouponnière de 13 AP / Avril .2013 / 3^{ème}

graphique



Une autosatisfaction perceptible est de bon aloi!

graphique



Une majorité de « pas et peu d'accord » en ce qui concerne d'éventuels facteurs de risque liés à la santé au travail renseigne sur la prédominance des facteurs de bien-être

4.3.3 En conclusion, à la pouponnière...

Un travail qui a du sens même si tout n'est pas aisé.

Une forte reconnaissance de leur mission auprès des enfants donne de la valeur au métier d'auxiliaire de puériculture. Cependant cette même mission de par l'engagement qu'elle nécessite peut être source d'angoisse voire de culpabilité, si l'équipe encadrante animée par le cadre de santé ne joue pas son rôle de tiers protecteur et facilitateur. Effectivement l'écoute bienveillante, la reconnaissance des difficultés, sans vouloir les effacer à tout prix, soutiennent « l'activité sans l'empêcher » et permet au professionnel de « se reconnaître dans un geste »⁶³ celui qui guide l'auxiliaire vers l'enfant.

Somme toute, l'existence d'un facteur de risque de souffrance au travail ne conduit pas obligatoirement à sa réalité si certaines conditions, que je me propose d'aborder dans le titre cinq de cette 2^{ème} partie, sont requises.

⁶³ Ibidem33 CLOT Yves

4.4 Tableaux 3 et 4 des résultats aux questionnaires remis aux auxiliaires de puériculture : cumul des 7 réponses obtenues en Pédiatrie

Critères	Avis de l'AP sur ses conditions travail	Accord complet Situation tout à fait existante	Accord moyen	Peu d'accord	Pas d'accord ou situation inexistante
Organisation du travail					
5 réponses	Horaire adapté	3	2	0	0
7 réponses	Tâche variée	6	1	0	0
	Tâche complexe	1	5	1	0
6 réponses	Tâche continue	3	3	0	1
	Tâche discontinue	1	3	1	1
	Trop de tâches ménagères	3	1	3	0
	Quantité de travail excessive	0	3	3	1
	Rythme de travail trop intense	0	3	3	1
	Journée de travail équilibrée	1	5	1	0
	TOTAL + /	14	16	2	1
	TOTAL-	4	10	10	3
Qualité du travail					
	Prise correcte d'autonomie	5	1	0	1
	Aucune prise d'autonomie	0	2	4	1
6 réponses	Tâche créative	0	4	3	0
	Tâche répétitive	0	6	0	0
	Entraide réelle entre collègues	3	4	0	0
	Situations conflictuelles	1	4	0	2
	Compétences reconnues par l'équipe encadrante	3	2	2	
	Soutien de cette équipe	3	3	1	0
	Disponibilité de cette équipe	5	2	0	0
	Temps d'échanges existants entre collègues	4	1	1	1
	Temps d'échanges Pluri professionnels existants	3	2	1	1
	Participation à des réunions régulières et formalisées	2	5	0	0
	Rotation ou Turn over de personnel	4	3	0	0
	TOTAL +	28	24	8	3
	TOTAL -	5	15	4	3

Critères	Avis de l'AP sur ses conditions travail	Accord complet Situation tout à fait existante	Accord moyen	Peu d'accord	Pas d'accord ou situation inexistante
Satisfaction Au travail					
	Construction d'un lien avec les enfants	5	2	0	0
	Accompagnement de l'enfant, de son accueil à son départ	6	0	1	0
	Relation médiatisée ou facilitée avec les parents	1	5	1	0
	Relation agréable avec les collègues	3	4	0	0
	Relation de confiance avec l'équipe encadrante	3	3	1	0
	Relation de méfiance ou conflictuelle	1	3	2	1
	Ambiance harmonieuse	2	5	0	0
	Participation à des formations	3	4	0	0
	Perspectives professionnelles	2	4	0	0
	Bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée	1	5	1	0
	Moments conviviaux organisés hors temps de travail	3	1	1	0
	TOTAL +	29	33	5	0
	TOTAL -	1	3	2	1
Facteurs liés à la santé au travail	Taux (jrs par an) d'absentéisme important	0	1	3	3
	Accident du travail ou maladie professionnelle	0	1	1	5
	TMS : lombalgies	0	4	0	3
	Existence du Burn-out ou d'un épuisement	0	2	1	4
	Situation de stress	2	2	1	0
	Sentiment de mal-être ou de souffrance	0	1	2	4
	Crise de larmes	0	2	2	3
	Troubles du sommeil	1	1	2	3
	TOTAL--	3	14	14	26

4.5 Les résultats en « chiffres et lettres » en Pédiatrie

Les réponses obtenues au questionnaire ont été plus succinctes et une seule professionnelle a développé son argumentation qu'elle m'a rendue très rapidement. Ses collègues, attentives à mes explications, ont eu besoin d'un peu plus de temps pour le remplir. Il est vrai qu'entre les congés annuels de certaines d'entre elles, leur roulement (jour, nuit, garde) et les Entretiens Annuels d'Évaluation, la période n'était pas très propice à la recherche.

Je vais conserver les mêmes pistes de réflexion

4.5.1 Analyse globale en Pédiatrie

4.5.1.1 Les sources de motivation

Le désir « *d'être un bonne professionnelle* » soit d'être compétente auprès de l'enfant malade, motive certaines professionnelles à continuer à se former au delà de la période de formation initiale et de s'appuyer sur l'expérience collégiale.

En outre, le travail d'équipe fédérateur ou coalisé par les projets de service actuels stimule l'énergie professionnelle.

La proximité du lieu du domicile se révèle mobilisatrice pour 6 professionnelles sur 7. Nous sommes dans une petite ville de Province, près d'une gare certes, mais dont le développement ferroviaire reste limité.

Toutefois une professionnelle communique sa peine « *de voir tarir ses motivations au fil des années malgré la passion de son métier* » et précise que le travail lui permet, actuellement, de subsister. Il est difficile d'avoir une idée précise de l'état d'esprit dans lequel se situe cette professionnelle. Cependant ses mots utilisés, dans la suite de l'écrit, traduisent une certaine lassitude et une perte de confiance en l'équipe pluridisciplinaire.

Toutefois la nécessité de s'assurer sur le plan financier réapparaît, ce qui peut fort bien se comprendre surtout en période de récession où le besoin vital devient juste alimentaire.

Un questionnaire ne contient aucune réponse à la question de la motivation, ni à celle des difficultés rencontrées.

Au regard de ces commentaires, je relève que la dynamique collective apparaît comme une source essentielle à la mobilisation du professionnel.

4.5.1.2 Les difficultés rencontrées dans l'exercice de la profession d'AP

L'analyse révèle l'émergence du difficile soutien à la parentalité qui se traduit sous trois formes:

- Ⓢ Impression de manquer de crédibilité auprès des familles du fait du peu d'expérience

- Ⓢ Appréhension face à « *la détresse des parents* »
- Ⓢ difficultés de communication avec parents pour deux AP.

D'autre part la confrontation à la mort d'un enfant est signalée comme une souffrance.
Deux professionnelles n'ont pas de remarques à formuler

4.5.1.3 Le soutien attendu de l'équipe d'encadrement

Celles qui se sont exprimées (3 se sont abstenues) attendent du soutien (une en cas de difficultés avec les parents), de l'écoute, de la reconnaissance (une), et « *des solutions rapides et concrètes* » (une).

« *Un manque de dialogue et de confiance dans l'équipe pluridisciplinaire* » est mentionné.

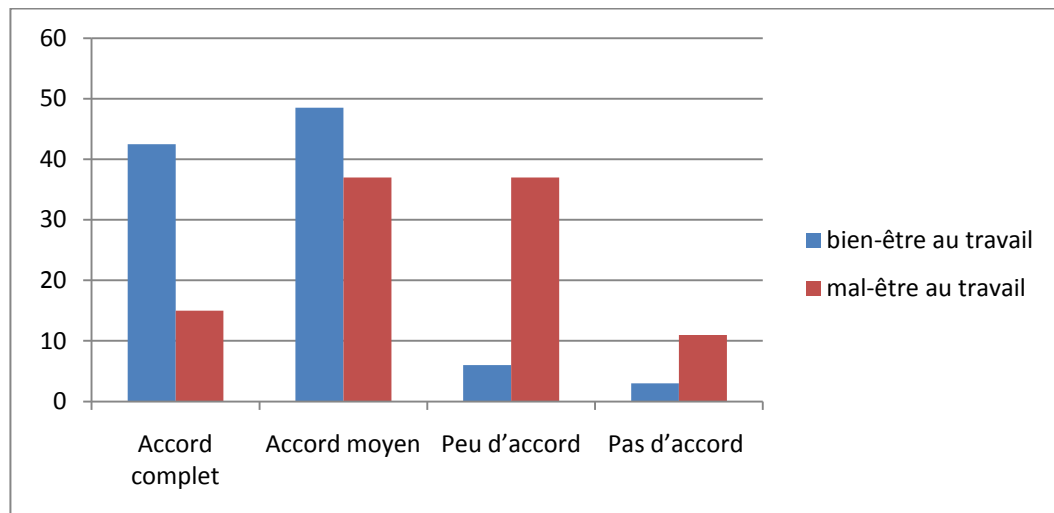
Au regard de cette première analyse qui sans identifier de grandes difficultés, me semble présenter des attitudes en demi-teintes. J'aimerais pouvoir éclaircir certains éléments de réponse pour ne pas pratiquer une étude erronée.

4.5.2 Les grands axes de réflexion en Pédiatrie

Comme pour l'enquête effectuée en pouponnière je vais m'appuyer sur les mêmes quatre indicateurs.

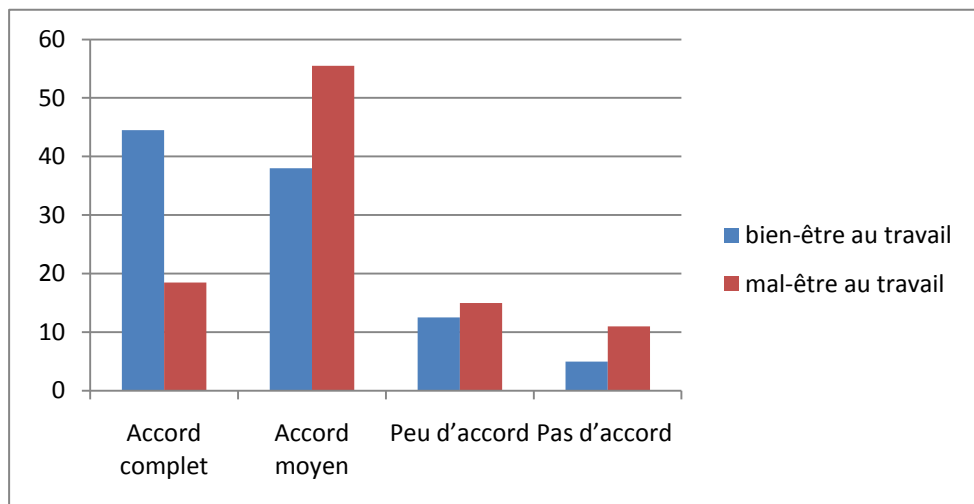
4.5.2.1 Organisation du travail pour 7 Auxiliaires de Puériculture en pédiatrie

5^{ème} graphique / avril 2013



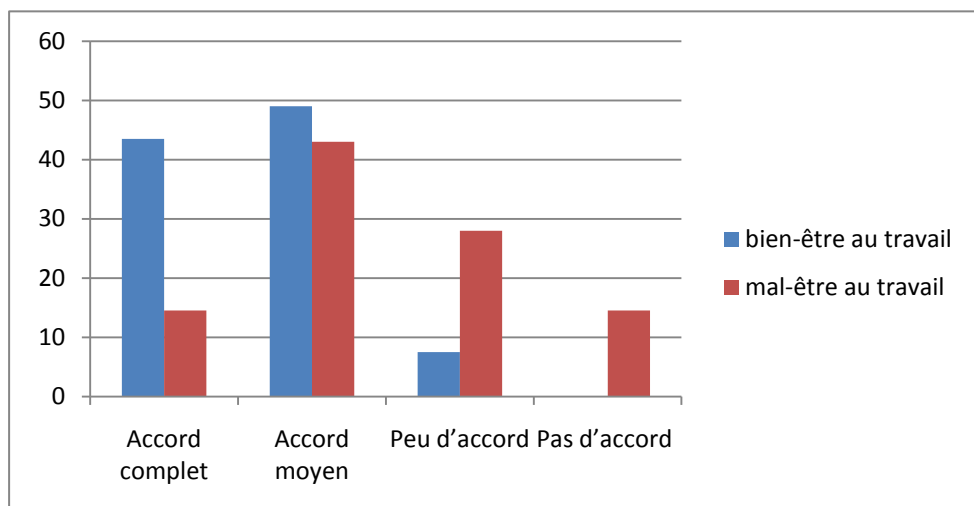
Des professionnelles qui, là aussi, sont relativement satisfaites de la variété de leurs tâches.

4.5.2.2 Qualité du travail pour 7 AP en pédiatrie / 6^{ème} graphique / avril 2013



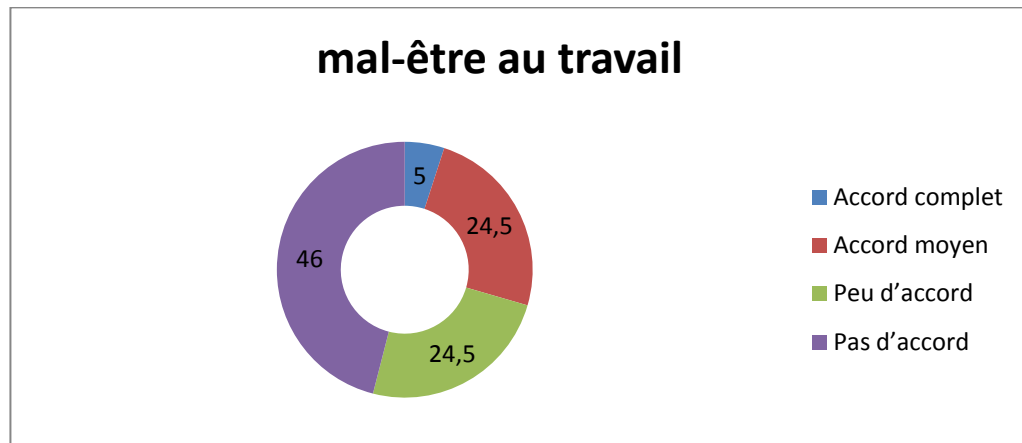
La répétition des tâches et un certain « turnover » sont à noter, aussi.

4.5.2.3 Satisfaction au travail pour 7 AP / 7^{ème} Graphique / Avril 2013



Une configuration quasi identique.

2013



Un graphique quasi analogue à celui des AP de la pouponnière

4.5.3 En conclusion en pédiatrie

A travers toutes les données, je peux en déduire que le travail présente un intérêt du fait de sa situation géographique et des tâches variées.

La difficulté se situe, non pas dans la relation d'aide à l'enfant mais, plutôt dans le soutien à la parentalité, qui fera l'objet prochainement de réunion de groupe.

Cependant ce qui fait du lien dans cette équipe et en ce lieu c'est le collectif qui crée une cohésion d'équipe.

4.6 Etude comparative

La recherche de la compétence, soit pour répondre aux besoins d'un enfant séparé de sa famille, soit pour soigner l'enfant malade, donne un sens au travail pour une majorité d'auxiliaires de puériculture. Toutefois cette recherche n'est pas dénuée de doutes, ni d'interrogations.

Ainsi l'ensemble des professionnelles sont en demande de reconnaissance de la part de l'équipe encadrante. Cette gratitude attendue aurait pour mission de rendre visible leur travail aux yeux des cadres et aussi des leurs.

Dans la première situation, le travail semble être une mission à accomplir au service de l'enfant ; tandis que dans la deuxième situation le travail paraît être plus une mission collective.

Ainsi nous comprenons bien que le Cadre de santé doit être un acteur principal non pas du « faire pour » mais de « l'être ensemble ».

5 Le cadre de santé, acteur d'une politique de bientraitance

L'enquête que j'ai menée corrobore la nécessité d'instaurer un climat de confiance au sein des Institutions, de reconnaître l'importance du travail accompli des professionnels.

Même si j'ai choisi de cibler mon étude, comme dit précédemment, sur l'exercice de la profession d'auxiliaire de puériculture, je reste parfaitement consciente que d'autres professions sont à risque dès lorsqu'il s'agit d'être confronté à la souffrance de l'autre ou /et de perdre le sens profond de ce qui nous animait.

Ainsi nous entrevoyons que *« la responsabilité des cadres vis-à-vis des personnes qu'ils encadrent est claire. L'estime de soi est un moteur dans l'adaptation. Elle permet l'ouverture à l'autre dans sa différence. Aussi, faut-il dans le management, concevoir collectivement, être à l'écoute, chercher le sens, ...oser le plaisir. »*⁶⁴

Aussi, il me paraît évident que la bientraitance institutionnelle résulte de plusieurs facteurs : le management, le soutien aussi bien humain que matériel et l'accompagnement de la personne.

Par conséquent, à la lumière de ma recherche et de mon expérience je me propose de concevoir les stratégies à adopter par le cadre pour permettre à chacun de s'interroger sur l'orientation qu'il veut donner à son travail.

5.1 Le cadre un fin « stratège »

*« Le cadre est chargé d'initier une organisation apprenante, plutôt qu'un management du savoir, favorable à l'épanouissement de chacun »*⁶⁵.

Comme le témoigne le professeur Philippe Colombat, que j'ai cité page 16 (note 39), la répétition, voire l'exclusivité des types de management directif et persuasif induisent un malaise notamment auprès des professionnels expérimentés. D'ailleurs les auxiliaires citées dans mon étude ont insisté sur l'importance de l'autonomie qui leur est octroyée. Elles sollicitent le droit de continuer à apprendre tout en cherchant à être inventives avec les enfants pour s'ajuster au mieux à ces derniers, sans être pour autant abandonnées par l'équipe encadrante et la cadre de santé.

Pour accéder à cette requête légitime (mise aussi en exergue au cours de mes entretiens exploratoires) le cadre doit lui-même être créatif afin de contribuer à la transformation de *« l'objet*

⁶⁴ POPIELSKI Jean-François, Directeur des soins à l'EPS Erasme à Antony. Comment donner du sens au travail des cadres de santé dans un contexte incertain et complexe ? Soins cadres n°77 pages 24-26.

⁶⁵ DESSERPRIT Gilles, propos tenue par mon directeur de mémoire au cours d'échanges, début Avril 2013.

de travail en objet d'intérêt personnel »⁶⁶. En somme il s'agit de favoriser l'engagement de chacun dans le travail.

Pour ce faire, la majorité des auteurs cités et les intervenants ont soulignés l'intérêt, voire la nécessité d'accorder « *du temps au travail non prescrit* ». Le cadre de santé ne peut ignorer que pour mener à bien une activité cela nécessite d'être sensible aux moindres détails, notamment auprès de jeunes enfants.

Et puis, donner les moyens aux soignants de faire preuve d'humanité, de sollicitude, d'aller jusqu'à l'aboutissement d'une tâche qui ne peut se résumer à changer une couche sale ou à effectuer un geste d'hygiène, n'est ce pas intégrer la bienveillance dans une conduite managériale ?

En outre, McClelland « *psychologue qui étudie dans les années 60 le lien entre le développement économique d'un pays et sa culture entrepreneuriale, catégorise 3 types de besoins, non hiérarchisés et non exclusifs, en lien avec le milieu professionnel* :

- Ⓢ *Le besoin d'accomplissement (fixer des objectifs, développer des actions, éviter l'échec, relever des défis...)*
- Ⓢ *Le besoin de pouvoir (proposer aux autres, influencer et contrôler)*
- Ⓢ *Le besoin d'appartenance (se sentir appartenir à un groupe, se sentir apprécié tant dans la sphère privée que professionnelle).*

*La base de sa théorie de la motivation par l'accomplissement considère que l'essentiel de la motivation est enraciné dans sa culture d'appartenance*⁶⁷ ou dans son groupe professionnel d'appartenance.

A mon avis cette théorie datant de plus de 50 ans n'est pas désuète car des auteurs comme Vachon, cité page 16 et Dejourn « *le vivre ensemble* »⁶⁸, défendent l'idée que le groupe de pairs est souvent le moteur d'une motivation intrinsèque.

Ce passage du dehors (collectif) au dedans (individuel) est fort bien illustré par Detchessahar Mathieu et Grevin Anouk

« De « lieux de fabrication de l'adhésion » à la stratégie de l'organisation, les réunions de service ou autres dispositifs participatifs pourraient ainsi devenir, aux différents niveaux de la hiérarchie, des espaces de parole, d'énonciation, de mise en discussion des problèmes, des lieux de régulation conjointe où soient rendus visibles et connus le travail réel et les innombrables solutions et innovations que les acteurs de la régulation autonome ont trouvées pour y faire face. Ceci à condition que ce ne soit pas pour les enfermer aussitôt dans des règles formelles et des procédures de contrôle mais pour les reconnaître et leur donner une légitimité, un droit d'existence qui mette en lumière la compétence et l'investissement de leurs auteurs. Cette perspective rejoint les

⁶⁶ DUMONT Jean Paul, cours sur les RPS

⁶⁷ www.psychologuedutravail.com/tag/pyramide-des-besoins-de-maslow/ consulté le 15-03-2013

⁶⁸ DEJOURS Christophe. Restaurer le « vivre ensemble ». Revue santé et travail n° 69/ Janvier 2010.

approches, en psycho dynamique du travail (Dejours, 2000) et en clinique de l'activité (Clot et al, 2001), qui soulignent le rôle central de la reconnaissance du pouvoir d'agir des salariés dans la santé au travail. ⁶⁹» (Annexe n°5)

« Or la reconnaissance est un levier fort de l'engagement au travail. *A contrario, la faible reconnaissance des efforts, le déni des difficultés, sont autant de causes de démobilité, de mal-être, et de contre-performance productive. Des atteintes à la santé sont même possibles* ». ⁷⁰

5.2 La posture de Cadre

Le cadre de santé est garant, certes, d'une organisation rigoureuse.

Toutefois le cadre peut il, de par sa posture, infléchir le malaise des soignants ?

A la lumière de mes recherches je répondrai qu'il peut impulser une manière d'être ou de ne pas être en fonction de ses convictions de cadre. Si sa posture remplit des fonctions contenantantes et apaisantes l'équipe y sera sensible et exercera dans un climat plus serein.

Il m'apparaît opportun d'adopter une approche personnelle pour chaque professionnel, de prendre le temps de participer à certaines pauses.

Toutefois les soignants doivent pouvoir se retrouver entre pairs sans interférence du cadre, comme le cadre a besoin lui aussi de construire des projets au sein de réunions de pôle ou au cours de réunion inter institutionnelle entre cadres.

Au cours de mes entretiens, j'ai été très intéressée par la possibilité que des soignants de plusieurs structures aient la possibilité de rencontrer le psychologue du travail et avoir ainsi un espace de parole neutre.

Au quotidien, pour aider les professionnels à accepter les changements ou pour rendre tangible un projet d'équipe il est nécessaire « *d'apprendre à penser collectif : réfléchir ensemble au-delà du système catégoriel. Si on raisonne avec norme et contrôle on ne peut faire évoluer le système de santé.* ⁷¹ Cependant « *Faire reconnaître son projet de service par l'institution légitime* » me précise une des cadres de santé au cours de mes entretiens exploratoires.

Enfin, le cadre doit être présent mais pas omniprésent ; empathique mais pas trop sympathique. Lui aussi, cherche la bonne distance à adopter en fonction des situations.

⁶⁹ DETCHESSAHAR Mathieu et GREVIN Anouk. Le « tournant gestionnaire » des établissements et son impact sur la santé au travail : le cas d'un centre de soin de suite malade de « gestionnité ». 17 pages, page 3

⁷⁰ , le réseau ANACT propose le guide "Agir sur... la reconnaissance au travail

⁷¹ TOMÉ-GERTHEINRICHS Elisabeth, Déléguée Générale de la Fédération de l'Hospitalisation Privée. Conférence MBA du 14 mars 2013 : Dépasser les obstacles au changement : les outils d'analyse des politiques publiques.

6 L'apport du travail

Ce travail favorise une introspection et un « check-up » de mon positionnement sur les RPS et tout particulièrement sur le SEPS. Il provoque une véritable prise de conscience de la nécessité de « prendre soin » de ceux qui prennent soin. Aussi, à la place d'une exigence de bienveillance (comme je le concevais un peu) je prendrai le parti d'accompagner les équipes dans la réflexion autour des conditions de bien-être et de promouvoir l'expression du vécu, sous toutes ses formes (orales et aussi écrites).

D'autre part j'ai profité pleinement et avec plaisir des échanges que j'ai eus avec les cadres et aussi avec les autres professionnels qui m'ont aidée à cheminer dans cette nouvelle approche.

7 Les limites du travail

Le recueil de données effectué à partir de vingt questionnaires me permet d'obtenir des éléments éclairants ma problématique mais leur nombre réduit restreint l'analyse. En cela, l'interprétation des résultats n'est pas assez spécifique.

Par ailleurs nous manquons peut-être d'un peu de temps pour pouvoir cibler une population plus nombreuse.

De plus, certaines réponses à des items auraient mérité d'être approfondies par des échanges avec les professionnels concernés, sur par exemple : les notions de plaisir individuel, de travail d'équipe et de soutien attendu...

Conclusion

Ce travail d'élaboration du mémoire peut paraître à certains moments laborieux, néanmoins il présente un intérêt pédagogique incontestable. Effectivement, pouvoir réfléchir sur les stratégies à adopter pour tendre à un équilibre entre la satisfaction individuelle au travail et le « bien vivre ensemble » est essentiel à l'installation d'une politique de bientraitance auprès des professionnels de santé qu'ils exercent en institution sociale ou en unité fonctionnelle. Dans mon étude grandement éclairée par les apports de la psychopathologie, j'ai constaté que ce plaisir au travail qu'éprouvent les auxiliaires de puériculture transite par la capacité à être autonome et responsable de leurs actes. Cependant cette contenance dépend aussi du travail collectif. D'ailleurs, j'abonde bien dans le sens que Christophe Dejours donne à ce dernier, celui de la coopération avec les pairs et aussi avec le cadre, qui confère tout son sens au travail d'équipe.

En outre la question du bien être au travail est en lien avec celle de la reconnaissance du nécessaire écart entre le travail prescrit et le travail réel du professionnel. En cela le cadre de santé légitime le droit du soignant à l'accomplissement d'une activité estimée bien faite et créative, au service de l'enfant et de sa famille.

Certes le plaisir peut ne pas, toujours, être au rendez vous, lorsque la tâche à réaliser confronte le soignant à la souffrance non apaisée de l'autre, qu'il soit enfant ou adulte.

Cette perception (parfois réelle) du travail non abouti ou amputé est manifestement source du syndrome d'épuisement renforcé par d'autres contraintes.

A ce titre, les enjeux principaux du 2^{ème} Plan Santé au Travail (2010-2014) corrobore cet état de fait: *« Le combat pour l'emploi engagé du fait du ralentissement économique conjoncturel doit aller de pair avec la volonté commune de tout faire pour mieux prévenir la pénibilité par une politique de prévention primaire plus effective, assurer à chacun la préservation de son intégrité physique et psychique, son bien être au travail, et le bénéfice de conditions de travail de qualité »*⁷².

Toutefois, comme je l'ai souligné dans mon écrit et à l'instar d'Yves Clot, la préservation de bonnes conditions de travail ne doit pas se réduire à un « despotisme compassionnel » stérile dans le sens où il pourrait être inhibiteur des ressources énergétiques de chacun.

Effectivement, je suis convaincue à l'issue de cette investigation que s'évertuer à créer des conditions de travail acceptables s'objecte à vouloir endiguer toute forme de souffrance.

Par ailleurs dans ma recherche des risques encourus par les auxiliaires de puériculture face aux exigences de leur métier j'ai rencontré des cadres de santé dévoués, combattifs mais épuisés.

⁷² Document HTL « Lancement du second plan santé au travail » site Ministère de la santé.

Chacun a développé, pour « leurs équipes », des stratégies de prévention des risques psychosociaux ou ce j'ai appris à appeler au regard de mes recherches « stratégies de l'incertitude ».

Mais qui veille sur ces cadres de santé, acteurs de transparence et d'humanité dans le fonctionnement des institutions?

Enfin, mon petit « dicton » de cadre de santé en formation aux professionnels de santé en action : Fait comme tu le penses et **panse** comme tu le fais!

Bibliographie

Textes législatifs

- Ⓢ MINISTERE DE L'EMPLOI et de la FORMATION PROFESSIONNELLE. Loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 : Réforme des retraites. www.travail-emploi.gouv.fr/textes-reglementaires,1651/annee- - 66k -site consulté le 07-04-2013
- Ⓢ Arrêté modifié du 16 janvier 2006 relatif à la formation conduisant au DEAP ; Arrêté du 30 novembre 2009 et l'arrêté du 25 mars 2010 modifiant l'arrêté du 16 janvier 2006
- Ⓢ Article du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

Rapports

- Ⓢ LEGERON P., NASSE P., Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, 2008. Revue française de gestion – N° 214/2011
- Ⓢ TOMÉ-GERTHEINRICHS Elisabeth, Déléguée Générale de la Fédération de l'Hospitalisation Privée. Conférence MBA du 14 mars 2013 : Dépasser les obstacles au changement : les outils d'analyse des politiques publiques

Ouvrages

- Ⓢ CANOUI Pierre - MAURANGES Aline - FLORENTIN Anne. Le burn out à l'hôpital : Le syndrome d'épuisement professionnel. 4ème édition Paris Masson, 2008, 204 p..p198
- Ⓢ CLOT Yves. Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux. Editions La Découverte, Paris 2010, 190 p
- Ⓢ CROZIER Michel et FREIBERG Erhard « l'acteur et le système » Editions du Seuil 1977 – 500 pages
- Ⓢ DETCHESSAHAR Mathieu et GREVIN Anouk. Le « tournant gestionnaire » des établissements et son impact sur la santé au travail : le cas d'un centre de soin de suite malade de « gestionnaire ». 17 pages, page 3.
- Ⓢ DUGNAT Michel (sous sa direction). Observer un bébé avec attention ; Chapitre « soigner ensemble » ; Sous chapitre « Démarche observante, conflits et travail d'équipe ». La collection mille et un bébés, aux éditions Erès, septembre 2011. 285 pages, page 179

- Ⓢ KORCZAK Janusz (Père des Droits de l'Enfant). Quand je redeviendrai petit (prologue), AFJK, traduction révisée en 2007. Cours donné par moi-même en décembre 2011, en IFAF, sur les différentes pédagogies.
- Ⓢ QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L. Manuel de recherche en sciences sociales. 3ème édition. Paris, Dunod, 2006, 259 p.

Articles

- Ⓢ CATANAS Marc « Le care, une notion qui difficilement fait son chemin » 28 novembre 2010
- Ⓢ CNED préparation au concours de cadre de santé 2011-2012. Le Stress au travail et Souffrance au travail.
- Ⓢ COLOMBAT Philippe. SEPS en soins palliatifs. Revue ASP Liaisons 11/2012, n° 45, pages 8-10. Professeur en service d'Hématologie – CHU Tours.
- Ⓢ DAVEZIES Philippe. Des origines de la souffrance mentale à sa prévention. Santé et Travail, 10/2011, n°76, pages 36-38. Enseignant-chercheur en médecine et santé au travail.
- Ⓢ DE LA VEGA Xavier. Plaisir et souffrance au travail, deux regards : Entretien avec Yves Clot, Titulaire de la chaire de psychologie du travail au CNAM et directeur du CRTD ; et entretien avec Christophe Dejours, le père de la psychodynamique du travail titulaire de la chaire de psychanalyse-santé-travail au CNAM. Revue Sciences Humaines, n°242, p 44-45.
- Ⓢ DEJOURS Christophe. Restaurer le « vivre ensemble ». Revue santé et travail n° 69/ Janvier 2010
- Ⓢ DUMONT JP. Cours du 21-11 intervenant sur les théories des organisations : « analyse stratégique ». Cours de gestion des ressources humaines du 19-12-2012 et RPS (décembre 2012).ECUE 3.4
- Ⓢ FRANÇOIS Françoise. Entre travail prescrit et réalité du travail. Revue ASP Liaisons 11/2012, n° 45, pages 21-23. Psychologue hospitalière du travail, consultation « souffrance et travail 78
- Ⓢ HABEREY Véronique. Dossier : Les risques psychosociaux. Soins cadres, 02/2011, n°77, pages 27-30
- Ⓢ HOSPIMEDIA 19.09.12 - Qualité la HAS lance dès fin 2012 des expérimentations sur le travail en équipe
- Ⓢ Les soins de développement. diaporama du 06 octobre 2011 du CHU de Montpellier – Néonatalogie. Formation au cours du stage

- Ⓢ MAHIOU Isabelle. Les grandes entreprises en restent au diagnostic. Santé et Travail, 02/2011, n°74, pages 30-31
- Ⓢ MAHIOU Isabelle. Reprendre la parole sur le travail. Santé et Travail, 01/2010, n°69, pages 6-8
- Ⓢ MATA Liliane, coordinatrice Petite Enfance, revue «Métiers de la petite enfance» janvier 2011, n°169, page 2
- Ⓢ MAUVAIS Patrick « L'enfant séparé de sa famille : quels défis dans une démarche de bientraitance ?
- Ⓢ MOLINIER Pascale « Le care : ambivalences et indécences » Revue Sciences Humaines, n°177, décembre 2006
- Ⓢ MOLINIER Pascale ; revue de sciences sociales et humaines, septembre 2009. Téléchargé sur internet le 30-10-2012. <http://temporalites.revues.org/988>
- Ⓢ QUERUEL Nathalie. Portrait de DEJOURS Christophe. Santé et Travail, 10/2011, n°76, page 39

Sites ressources

- Ⓢ [Fiche de risque Bossons Futé n°2](#). Documents and Settings /Local Settings / Temporary. Site consulté le 21-12-2012. Fiche mise à jour en avril 2011
- Ⓢ [Foyer de l'enfance](#) - Contacts profil.action-sociale.org > ... > Foyer de l'enfance > Ile-de-France. Site consulté le 20-03-2013
- Ⓢ <http://www.sante-et-travail.net/> le stress au travail
- Ⓢ Le bio nettoyage. Site consulté le 03/05/2013 “ lycée.aubrac.com“.
- Ⓢ Travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques - 86k. Site réactualisé le 26-02-2013
- Ⓢ www.anact.fr > Accueil > Actualité > L'essentiel de l'enquête EWCS de 2010 (Européen).
- Ⓢ www.anact.fr > Accueil. Malaise dans l'encadrement manager, nouveau métier impossible. Bernard Salengro. Colloque à l'occasion de la journée nationale de prévention contre le suicide, au Sénat le 11 février 2012. Site consulté le 15-01-2013
- Ⓢ www.anact.fr/ ANACT : Etablissement sous tutelle du ministère en charge du travail
- Ⓢ www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/968345.PDF. Accord national interprofessionnel sur le stress : 2 juillet 2008. Site consulté le 04-02-2013
- Ⓢ www.journal-officiel.gouv.fr/publications/bocc/pdf/2009/0002. Site consulté le 14-04-2013

- ④ www.officiel-prevention.com/protections-collectives-organisa - 77k. Site consulté le 15-04-2013
- ④ www.officiel-prevention.com/protections-collectives-organisa - 77k. Site consulté le 15-04-2013
- ④ www.psychologuedutravail.com/tag/pyramide-des-besoins-de-maslow/ consulté le 15-03-2013
- ④ www.psychologuedutravail.com/tag/pyramide-des-besoins-de-maslow/ consulté le 15-03-2013
- ④ www.travailler-mieux.gouv.fr/Lancement-du-second-plan-de-san - 29k. Site consulté le 15-04-2013

5 annexes

Annexe n°1

-Accord National Interprofessionnel / Stress au Travail / Accord du 02 juillet 2008 (3 pages).

Annexe n° 2

-Plaisir et souffrance au travail, 2 regards / Revue Sciences Humaines, novembre 2012 n°242 / Propos recueillis par Xavier de La Vega (2 pages / pages 44 et 45)

Annexe n° 3

-Grilles d'entretien exploratoire, février 2013 (3 pages) :

- Ⓢ -Support d'entretien avec le cadre de santé.
- Ⓢ -Support d'entretien avec le psychologue
- Ⓢ -Support d'entretien avec le psychologue du Travail

Annexe n° 4

- Ⓢ -Questionnaire destiné au professionnel(le) : « Auxiliaire de puériculture » (3 pages).

Annexe n°5

-Le « tournant gestionnaire » des Etablissements de santé et son impact sur la santé au travail ; Mathieu Detchessahar et Anouk Grevin (18 pages recto verso).

Annexe n°1

ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL SUR LE STRESS AU TRAVAIL

1. Introduction

Le stress au travail est considéré sur le plan international, européen et national comme une préoccupation à la fois, des employeurs et des travailleurs. Ayant identifié la nécessité d'une action commune spécifique sur cette question et anticipant une consultation sur le stress par la Commission, les partenaires sociaux européens ont signé, le 8 octobre 2004, un accord sur le stress au travail dans le cadre de l'article 138 du Traité CE.

Le présent accord a pour objet de transposer l'accord européen en droit français et de prendre en compte les évolutions de la société sur ce sujet.

Le stress peut affecter potentiellement tout lieu de travail et tout travailleur, quels que soient la taille de l'entreprise, le domaine d'activité, le type de contrat ou de relation d'emploi. En pratique, tous les lieux de travail et tous les travailleurs ne sont pas nécessairement affectés.

La lutte contre le stress au travail doit conduire à une plus grande efficacité et une amélioration de la santé et de la sécurité au travail, avec les bénéfices économiques et sociaux qui en découlent pour les entreprises, les travailleurs et la société dans son ensemble. Il importe de tenir compte de la diversité des travailleurs, des situations de travail et de la responsabilité des employeurs dans la lutte contre les problèmes de stress au travail.

2. Objet

L'objet de l'accord est :

- d'augmenter la prise de conscience et la compréhension du stress au travail, par les employeurs, les travailleurs et leurs représentants,
- d'attirer leur attention sur les signes susceptibles d'indiquer des problèmes de stress au travail et ce, le plus précocement possible,
- de fournir aux employeurs et aux travailleurs un cadre qui permette de détecter, de prévenir, d'éviter et de faire face aux problèmes de stress au travail. Son but n'est pas de culpabiliser l'individu par rapport au stress.

2

Dans ce cadre, les partenaires sociaux souhaitent concourir à la préservation de la santé des travailleurs par :

- la mise en place d'une prévention efficace contre les problèmes générés par les facteurs de stress liés au travail,
- l'information et la formation de l'ensemble des acteurs de l'entreprise,
- la lutte contre les problèmes de stress au travail et la promotion de bonnes pratiques notamment de dialogue dans l'entreprise et dans les modes organisationnels pour y faire face,
- la prise en compte de l'équilibre entre vie professionnelle, vie familiale et personnelle.

Reconnaissant que le harcèlement et la violence au travail sont des facteurs de stress, les partenaires sociaux décident d'engager, dans les 12 mois qui suivent la signature du présent accord, une négociation spécifique sur ces questions dans le cadre de la transposition de l'accord européen sur le harcèlement et la violence au travail du 26 avril 2007. Le présent accord ne traite donc ni de la violence au travail, ni du harcèlement et du stress post-traumatique.

3. Description du stress et du stress au travail

Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. L'individu est capable de gérer la pression à court terme mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée ou répétée à des pressions intenses.

En outre, différents individus peuvent réagir de manière différente à des situations similaires et un même individu peut, à différents moments de sa vie, réagir différemment à des situations similaires. Le stress n'est pas une maladie mais une exposition prolongée au stress peut réduire l'efficacité au travail et peut causer des problèmes de santé.

Le stress d'origine extérieure au milieu de travail peut entraîner des changements de comportement et une réduction de l'efficacité au travail. Toute manifestation de stress au travail ne doit pas être considérée comme stress lié au travail. Le stress lié au travail peut être provoqué par différents facteurs tels que le contenu et l'organisation du travail, l'environnement de travail, une mauvaise communication, etc.

4. Identification des problèmes de stress au travail

Compte tenu de la complexité du phénomène de stress, le présent accord n'entend pas fournir une liste exhaustive des indicateurs potentiels de stress. Toutefois, un certain nombre d'indicateurs peuvent révéler la présence de stress dans l'entreprise justifiant la prise de mesures adaptées pour lutter contre le phénomène. Par exemple un niveau élevé d'absentéisme notamment de courte durée ou de rotation du personnel en particulier fondée sur des démissions, des conflits personnels ou des plaintes fréquents de la part des travailleurs, un taux de fréquence des accidents du travail élevé, des passages à l'acte violents contre soi-même ou contre d'autres, même peu nombreux, une augmentation significative des visites spontanées au service médical sont quelques-uns des signes pouvant révéler la présence de stress au travail.

L'identification d'un problème de stress au travail doit passer par une analyse de facteurs tels que :

- l'organisation et les processus de travail (aménagement du temps de travail, dépassement excessifs et systématiques d'horaires, degré d'autonomie, mauvaise adéquation du travail à la capacité ou aux moyens mis à disposition des travailleurs, charge de travail réelle

manifestement excessive, des objectifs disproportionnés ou mal définis, une mise sous pression systématique qui ne doit pas constituer un mode de management, etc.),

- les conditions et l'environnement de travail (exposition à un environnement agressif, à un comportement abusif, au bruit, à une promiscuité trop importante pouvant nuire à l'efficacité, à la chaleur, à des substances dangereuses, etc.),
- la communication (incertitude quant à ce qui est attendu au travail, perspectives d'emploi, changement à venir, une mauvaise communication concernant les orientations et les objectifs de l'entreprise, une communication difficile entre les acteurs etc.),
- et les facteurs subjectifs (pressions émotionnelles et sociales, impression de ne pouvoir faire face à la situation, perception d'un manque de soutien, difficulté de conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle, etc.).

L'existence des facteurs énumérés peut constituer des signes révélant un problème de stress au travail.

Dès qu'un problème de stress au travail est identifié, une action doit être entreprise pour le prévenir, l'éliminer ou à défaut le réduire. La responsabilité de déterminer les mesures appropriées incombe à l'employeur. Les institutions représentatives du personnel, et à défaut les travailleurs, sont associées à la mise en œuvre de ces mesures.

L'amélioration de la prévention du stress est un facteur positif qui contribue à une meilleure santé des travailleurs et à une plus grande efficacité de l'entreprise.

Le médecin du travail est une ressource en termes d'identification du stress au travail.

5. Responsabilités des employeurs et des travailleurs

En vertu de la directive-cadre 89/391 concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, et des articles L.4121-1 à 5 du Code du travail, les employeurs prennent les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Cette obligation couvre également les problèmes de stress au travail dans la mesure où ils présentent un risque pour la santé et la sécurité. Tous les travailleurs ont l'obligation générale de se conformer aux mesures de protection déterminées par l'employeur.

La lutte contre les causes et les conséquences du stress au travail peut être menée dans le cadre d'une procédure globale d'évaluation des risques, par une politique distincte en matière de stress et/ou par des mesures spécifiques visant les facteurs de stress identifiés.

Les mesures sont mises en œuvre, sous la responsabilité de l'employeur, avec la participation et la collaboration des travailleurs et/ou de leurs représentants.

6. Prévenir, éliminer et à défaut, réduire les problèmes de stress au travail

Prévenir, éliminer, et à défaut, réduire les problèmes de stress au travail inclut diverses mesures. Ces mesures peuvent être collectives, individuelles ou concomitantes. Elles peuvent être mises

en œuvre sous la forme de mesures spécifiques visant les facteurs de stress identifiés ou dans le cadre d'une politique intégrée qui implique des actions de prévention et des actions correctives. A ce titre, les partenaires sociaux souhaitent réaffirmer le rôle pivot du médecin du travail soumis au secret médical, ce qui garantit au travailleur de préserver son anonymat, dans un environnement pluridisciplinaire.

Lorsque l'entreprise ne dispose pas de l'expertise requise, elle fait appel à une expertise externe conformément aux législations, aux conventions collectives et aux pratiques européennes et nationales, sans obérer le rôle du CHSCT.

Les mesures de lutte contre le stress sont régulièrement réexaminées afin d'évaluer leur efficacité ainsi que leur impact sur le stress tel qu'il ressort des indicateurs. Dans ce cadre, il conviendra de déterminer s'il a été fait un usage optimal des ressources et si les mesures définies sont encore appropriées ou nécessaires.

Ces mesures incluent par exemple :

- des mesures visant à améliorer l'organisation, les processus, les conditions et l'environnement de travail, à assurer un soutien adéquat de la direction aux personnes et aux équipes, à donner à tous les acteurs de l'entreprise des possibilités d'échanger à propos de leur travail, à assurer une bonne adéquation entre responsabilité et contrôle sur le travail, et des mesures de gestion et de communication visant à clarifier les objectifs de l'entreprise et le rôle de chaque travailleur,
- la formation de l'ensemble des acteurs de l'entreprise et en particulier de l'encadrement et de la direction afin de développer la prise de conscience et la compréhension du stress, de ses causes possibles et de la manière de le prévenir et d'y faire face,
- l'information et la consultation des travailleurs et/ou leurs représentants, conformément à la législation, aux conventions collectives et aux pratiques européennes et nationales.

7. Mise en œuvre et suivi

Les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés, représentatives au niveau national et interprofessionnel, invitent l'Etat à prendre, dans les meilleurs délais, les mesures d'extension du présent accord.

Les accords de branche et les accords d'entreprises ne peuvent déroger aux dispositions du présent accord que dans un sens plus favorable aux travailleurs.

Paris, le 2 juillet 2008

Pour les employeurs

Le Mouvement des Entreprises de France (MEDEF)

La Confédération Générale des Petites et Moyennes Entreprises (C.G.P.M.E.)

L'Union Professionnelle Artisanale (U.P.A.)

Pour les travailleurs

La Confédération Française Démocratique du Travail (C.F.D.T.)

La Confédération Française de l'Encadrement – Confédération Générale des Cadres

(C.F.E.-CGC)

La Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (C.F.T.C.)

La Confédération Générale du Travail Force Ouvrière (CGT-FO)

La Confédération Générale du Travail (CGT)

Plaisir et souffrance

Entretien avec Yves Clot

“
Nous vivons
dans un déni
du conflit



L. Comarot

Yves Clot

est titulaire de la chaire de psychologie du travail du Conservatoire national des arts et métiers (Cnam). Il a notamment publié *Travail et pouvoir d'agir*, Puf, 2008, et *Le Travail à cœur. Pour en finir avec les RPS*, La Découverte, 2010.

Peut-on parler de souffrance au travail?

À mon sens, on peut parler de souffrance au travail lorsque l'activité est empêchée, l'activité empêchée, c'est le salarié qui, à la fin de la journée, se dit *aujourd'hui encore, j'ai fait un travail ni fait, ni à faire*. C'est la mauvaise fatigue qui provient de tout ce que l'on n'arrive pas à faire. C'est ce travail qui vous poursuit, vous empêche de dormir. L'activité empêchée, c'est de pas pouvoir se reconnaître dans ce que l'on fait. Les entreprises peurent, sensibilisées comme elles le sont, reconnaître les difficultés du travail, et même la souffrance des personnes. Elles ont plus de mal à reconnaître toutes « les activités en souffrance » qui empêchent les salariés de se retrouver eux-mêmes dans ce qu'ils font, dans la qualité d'un produit, d'un geste de métier, d'une histoire collective. Prétendre reconnaître la personne des salariés, alors qu'ils sont empêchés de faire des choses indéfinissables à leurs propres yeux, cela peut engendrer de véritables pathologies mentales.

La santé au travail n'exclut pas la fatigue quand n'est celle de l'effort accompli dans le travail bien fait, celle qui permet d'affecter son milieu professionnel par son initiative. On se repose bien de cette fatigue-là.

Pourquoi la qualité du travail est-elle un enjeu essentiel pour comprendre le malaise des salariés?

Cette question est en effet cruciale, particulièrement dans une société où les activités de services sont devenues prépondérantes. Dans la santé le social, l'éducation, mais aussi dans le rapport au client qui se développe dans l'industrie, le travail pose de redoutables problèmes de conscience. Ai-je traité le client ou l'utilisateur comme il le mérite? La logique commerciale que l'on s'impose me permet-elle de satisfaire ses attentes? La qualité est-elle le chiffre d'affaires ubienu ou la satisfaction

de l'utilisateur? Les critères de qualité dans les services ouvrent des controverses bien plus importantes que dans l'industrie.

Ceux qui font le travail en première ligne et ceux qui dirigent n'ont pas la même vision sur ce qu'est la qualité du travail. Ce différend n'a rien de mal en soi. Mais les organisations ont besoin d'institutions permettant d'instruire cette différence de points de vue, afin de dégager des compromis ouverts. Or le management considère souvent une telle discussion comme du temps perdu. Alors que les organisations célèbrent les vertus du dialogue, elles mettent rarement en discussion le travail lui-même. Le principal risque psychosocial d'aujourd'hui est le déni du conflit sur les critères de la qualité du travail. Nous vivons dans un déni du conflit. Et le réel du consensus trône avec le réel.

La crise du collectif joue-t-elle un rôle?

On entend souvent qu'il faut revenir au collectif, aux anciens systèmes d'appartenance ouvrière, par exemple. Il me semble pourtant que ce que l'on ne partage pas encore est plus intéressant que ce que l'on partage déjà. Il y a collectif lorsque le désaccord sur le travail devient la source de la coopération. C'est parce que le travail collectif est inachevé que chacun peut y trouver sa place. Le collectif, c'est l'organisation d'une histoire inachevée où chacun peut être plus lui-même, et non pas moins. L'échec de ce travail collectif peut déboucher sur des situations dramatiques. La maltraitance dans les maisons de retraite s'explique par exemple non pas par un défaut d'empathie avec les personnes âgées, mais par l'impossibilité de déléguer sur les gestes professionnels engageant le corps de l'autre. Lorsque l'on maltraite cette élaboration professionnelle du métier, on met les salariés en situation de maltraiter les patients, de mal les soigner. ■

PROFESSEUR ÉMÉRITÉ À L'UNIVERSITÉ DE LA MEDITERRANÉE

au travail, deux regards

Entretien avec Christophe Dejours

Vous avez fait de la dialectique entre la souffrance et le plaisir le cœur de votre analyse du travail. Pourquoi prendre pour point de départ la souffrance, et non le plaisir ?

Tous les gens qui travaillent connaissent un jour une mise en échec de leurs savoirs et de leur expérience. Un jour cela ne marche plus. C'est l'ouvrier qui ne parvient pas à répondre à une panne, le journaliste qui bute sur une enquête, le chercheur qui ne parvient plus à avancer... Souvent cette perte de maîtrise dure. C'est pénible, coûteux, on n'est durt plus, on peut même en perdre son désir sexuel. Or cette expérience de l'échec est le point de départ de la mobilisation de l'intelligence, de la créativité, de l'inventivité qui va permettre, souvent, de dépasser la difficulté. Travailler, c'est précisément cela : se confronter à la résistance du réel et trouver des solutions. C'est pourquoi la souffrance est première. Le plaisir vient après. La souffrance peut se transformer en plaisir si l'on parvient à surmonter l'obstacle, si l'on parvient à se transformer soi-même pour le dépasser. Elle se transforme en plaisir également si l'on obtient la reconnaissance de ses collègues, de sa hiérarchie, des clients. Herbert Elias a écrit une très belle étude sur Mozart. Il montre que Mozart a dû travailler d'arrache-pied pour devenir le musicien et le compositeur qu'il est devenu. Or, il n'a pas obtenu de ses vœux la reconnaissance qu'il attendait des Vénitiens. Il a eu sa mort.

Les firmes contemporaines de management entretiennent-elles cette transformation de souffrance en plaisir ?

La souffrance, telle que je l'entends, ne veut pas être malheur. Elle explique pourquoi le travail recèle une promesse de réalisation personnelle et d'émancipation. Il existe cependant une souffrance pathologique qui survient si, alors que l'on mobilise toutes les ressources à ma disposition, je suis toujours en échec. Soit parce que je suis à la limite de mes talents, soit parce que l'occupation de travail que j'obtins je le devrais.

Dans ce cas, des décompensations psychiques (bouffées délirantes, burn out, etc.) et somatiques (PMI et autres) peuvent survenir.

Il est vrai que les formes contemporaines de management peuvent favoriser une telle souffrance. Ainsi l'exaltation de la performance individuelle et la mise en concurrence des salariés les conduisent souvent à travailler plus mal qu'ils savent faire. L'évaluation du travail, lorsqu'elle s'en tient à des indicateurs quantitatifs, a les mêmes conséquences : la chose est désormais bien documentée dans les services publics ou la santé. On fait au travail de culture nuit à la santé parce que nous sommes en désaccord avec nous-mêmes. De surcroît, le management par l'évaluation individualisée, affaiblit les collectifs et les solidarités et exacerbe les salariés à la solitude. Or ceux-ci ont besoin ces ressources et de la reconnaissance de leurs collègues pour bien travailler.

La notion de souffrance au travail n'a-t-elle pas été étendue de son succès ?

Je ne le crois pas. Il est vrai que les initiatives, notamment légales, en matière de risques psychosociaux constituent une reconnaissance partielle de la notion de souffrance au travail. Je parlerai d'une concession très imparfaite. Les textes législatifs passés ont beaucoup de limites. Ainsi, si la loi sur le harcèlement moral ouvre la possibilité de sanctionner certains problèmes, elle a de fait une application très limitée. Un peu de gens ont été condamnés et passe sans doute à côté des questions : plus que des personnes, c'est souvent l'organisation du travail qui mérite d'être réformée. Il est vrai que la réponse donnée par l'État, le patronat et les syndicats à la question de la souffrance au travail n'est pas satisfaisante. Cependant le droit et la jurisprudence évoluent. Des juristes sont formés aujourd'hui à la psychodynamique du travail et sont capables de mieux argumenter leurs cas et de gagner des procès. ■

PIERRE BENOÎT LEBLANC

“
Faire un travail de cochon nuit à la santé



Christophe Dejours

est psychanalyste et psychiatre, professeur au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam). Il a récemment publié *Travail vivant*, Payot, 2010, et *Conquerir la violence*, 2^e éd., Payot, 2011.

Le 10 février 2013

Josiane MOULENQ, Etudiante Cadre de santé 2012-2013, de l'ESM, Paris 14^{ème}

⇒ **Préalable à l'entretien exploratoire**

Objectifs : « *Le travail écrit de fin d'études (Mémoire) consiste, pour l'étudiant cadre de santé, en l'exploration, la conduite et la production écrite d'une analyse approfondie qui s'appuie sur les méthodes et outils de l'analyse de situation, de la résolution de problèmes, et de la lecture des sciences sociales* ». ⁷³

La formation de Cadre de Santé c'est 1an d'étude en Institut de Formation Cadre de Santé cumulé avec un Master 1, en l'occurrence celui de « Management et santé ».

Pour explorer mon cadre de recherche de façon pertinente, je compte sur vos compétences à me transmettre votre savoir et vécu professionnel à partir des questions ci jointes : n'hésitez pas à développer et justifiez vos réponses. Je vous remercie par avance de prendre du temps à répondre à ce questionnaire.

Entretien avec le cadre de santé (1) :

1) Quel est votre âge ?
2) Quel est votre diplôme de base ?
3) Depuis combien de temps exercez-vous votre métier ?
4) Dans quelle catégorie d'établissement travaillez-vous ?
5) Quelle est votre ancienneté dans le service ou pôle?
6) Quelles sont les motivations initiales qui vous ont convaincu d'exercer ce métier ?
7) Sont-elles restées intactes au fil des années ?
8) Quelle est l'amplitude de vos horaires ?
9) Quelle est la profession des agents que vous encadrez ?
10) Quel est le degré d'implication des auxiliaires de puériculture dans le projet de vie du service ?
11) Quelles sont les signes de burn-out que vous avez déjà observé (absentéisme, accidents, grèves, désinvestissement des agents ou autres)
12) Selon vous, quelles sont les causes de l'épuisement des professionnels?

⁷³ Guide du mémoire, selon l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, à l'usage des étudiants 2012-2013, Ecole Supérieure Montsouris

Entretien avec le cadre de santé (2) :

13) Comment avez-vous été sensibilisé aux situations de souffrance au travail ?
14) Comment qualifieriez-vous les risques psychosociaux (RPS) au travail ?
15) Quels seraient selon vous les « remèdes » contribuant à lutter contre les RPS ?
16) Quelle posture le cadre pourrait il adopter dans de telles circonstances ?

Le 01 Mars 2013

Josiane MOULENQ, Etudiante Cadre de santé 2012-2013, de l'ESM, Paris 14^{ème}

⇒ **Préalable à l'entretien exploratoire**

Objectifs : « *Le travail écrit de fin d'études (Mémoire) consiste, pour l'étudiant cadre de santé, en l'exploration, la conduite et la production écrite d'une analyse approfondie qui s'appuie sur les méthodes et outils de l'analyse de situation, de la résolution de problèmes, et de la lecture des sciences sociales* ». ⁷⁴

La formation de Cadre de Santé c'est 1an d'étude en Institut de Formation Cadre de Santé cumulé avec un Master 1, en l'occurrence celui de « Management et santé ».

Pour explorer mon cadre de recherche de façon pertinente, je compte sur vos compétences à me transmettre votre savoir et vécu professionnel à partir des questions ci jointes : n'hésitez pas à développer et justifiez vos réponses. Je vous remercie par avance de prendre du temps à répondre à ce questionnaire.

⁷⁴ Guide du mémoire, selon l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, à l'usage des étudiants 2012-2013, Ecole Supérieure Montsouris

Entretien avec le psychologue

1) Quel est votre âge ?
2) Depuis combien de temps exercez-vous votre métier ?
3) Dans quelle catégorie d'établissement travaillez-vous ?
4) Quelle est votre ancienneté sur le poste ou les postes que vous occupez?
5) Pourriez-vous définir en quelques mots la nature de votre poste ?
6) Quelles problématiques rencontrez-vous dans votre métier ?
7) Quelle est la profession de vos collaborateurs?
8) Comment définiriez-vous ou qualifieriez vous les risques psychosociaux au travail ?
9) Par quels symptômes se traduisent-ils ?
10) Qu'est ce qui justifie selon vous une telle problématique ?
11) Observez-vous une augmentation des risques psychosociaux dans votre ou vos services ?
12) Si oui, pourquoi selon vous ?
13) Quelle posture le psychologue pourrait-il adopter dans de telles circonstances ?

Le 10 février 2013

Josiane MOULENQ, Etudiante Cadre de santé 2012-2013, de l'ESM, Paris 14^{ème}

⇒ **Préalable à l'entretien exploratoire**

Objectifs : « *Le travail écrit de fin d'études (Mémoire) consiste, pour l'étudiant cadre de santé, en l'exploration, la conduite et la production écrite d'une analyse approfondie qui s'appuie sur les méthodes et outils de l'analyse de situation, de la résolution de problèmes, et de la lecture des sciences sociales* ». ⁷⁵

La formation de Cadre de Santé c'est 1an d'étude en Institut de Formation Cadre de Santé cumulé avec un Master 1, en l'occurrence celui de « Management et santé ».

⁷⁵ Guide du mémoire, selon l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, à l'usage des étudiants 2012-2013, Ecole Supérieure Montsouris

Pour explorer mon cadre de recherche de façon pertinente, je compte sur vos compétences à me transmettre votre savoir et vécu professionnel à partir des questions ci jointes : n'hésitez pas à développer et justifiez vos réponses. Je vous remercie par avance de prendre du temps à répondre à ce questionnaire.

Entretien avec le Psychologue du travail

1) Quel est votre âge ?	
2) Depuis combien de temps exercez-vous votre métier ?	
3) Quel pourcentage des salariés que vous recevez est constitué d'auxiliaire de puériculture ?	
4) Comment définiriez- vous les risques psychosociaux au travail ?	
5) Comment avez-vous été sensibilisé aux situations de souffrance au travail ?	
6) Pensez-vous que cette profession soit fréquemment touchée par les risques psychosociaux au travail ? Avez-vous observé une augmentation de personnel touché ces dernières années ?	
7) Quels sont les risques professionnels les plus fréquents chez les soignants ?	
8) Comment l'expliquez-vous ?	
9) A votre avis, que faudrait-il mettre en place pour diminuer ces risques dans le personnel soignant ? en particulier dans le domaine de la puériculture ?	

Le 07 Mars 2013

Josiane MOULENQ, Etudiante Cadre de santé 2012-2013, de l'ESM, Paris 14^{ème}

⇒ **Préalable au questionnaire**

Objectifs : « *Le travail écrit de fin d'études (Mémoire) consiste, pour l'étudiant cadre de santé, en l'exploration, la conduite et la production écrite d'une analyse approfondie qui s'appuie sur les méthodes et outils de l'analyse de situation, de la résolution de problèmes, et de la lecture des sciences sociales* ». ⁷⁶

La formation de Cadre de Santé c'est 1an d'étude en Institut de Formation Cadre de Santé cumulé avec un Master 1, en l'occurrence celui de « Management et santé ».

Pour explorer mon cadre de recherche de façon pertinente, je compte sur vos compétences à me transmettre votre savoir et vécu professionnel à partir des questions ci jointes. Je vous remercie par avance de prendre du temps à répondre à ce questionnaire.

⇒ **Questionnaire destiné au professionnel(le) « Auxiliaire de puériculture » :**

Vous trouverez 2 parties à renseigner:

- La première, sur cette page, considère votre profil et parcours professionnel
- La deuxième, sur les pages 2 et 3, déroule le questionnaire proprement dit.

La première partie : Votre profil et parcours professionnel (vous pouvez compléter au dos)

Questions	Réponses
Quel âge avez-vous ? Etes-vous une femme ou un homme ? Quelle est votre situation familiale ?	
Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e)?	
Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement et pourquoi l'avoir choisi ?	
Quelles sont vos sources de motivations actuelles ? Pourquoi ?	
Quelles difficultés dans votre travail rencontrez-vous à ce jour, ou pourriez vous rencontrer? Pourquoi?	
Quel soutien attendez-vous de l'équipe d'encadrement ?	
Remarque éventuelle	

MERCI

⁷⁶ Guide du mémoire, selon l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, à l'usage des étudiants 2012-2013, Ecole Supérieure Montsouris

Tableau 1

2ème partie : Questionnaire destiné aux auxiliaires de puériculture (AP) et proposé par une étudiante cadre de santé pour la réalisation de son mémoire / Mars 2013

Thème du mémoire: Comment la posture du cadre de proximité conduit-elle à forger une stratégie de bien être au travail ?

Je vous remercie d'indiquer votre position en cochant la case qui vous semble la plus en accord avec votre avis.

Critères	Avis de l'AP sur ses conditions travail	Accord complet Situation tout à fait existante	Accord moyen	Peu d'accord	Pas d'accord ou situation inexistante
Organisation du travail					
	Horaire adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tâche variée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tâche complexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tâche continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tâche discontinue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trop de tâches ménagères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quantité de travail excessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rythme de travail trop intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Journée de travail équilibrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité du travail		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prise correcte d'autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aucune prise d'autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tâche créative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Tâche répétitive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entraide réelle entre collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Situations conflictuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compétences reconnues par l'équipe encadrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Soutien de cette équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Disponibilité de cette équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Temps d'échanges existants entre collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Temps d'échanges Pluri professionnels existants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Participation à des réunions régulières et formalisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rotation ou Turn over de personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Critères	Avis de l'AP sur ses conditions travail	Accord complet Situation tout à fait existante	Accord moyen	Peu d'accord	Pas d'accord ou situation inexistante
Satisfaction au travail					
	Construction d'un lien avec les enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Accompagnement de l'enfant, de son accueil à son départ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Relation médiatisée ou facilitée avec les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Relation agréable avec les collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Relation de confiance avec l'équipe encadrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Relation de méfiance ou conflictuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ambiance harmonieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Participation à des formations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Perspectives professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Moments conviviaux organisés hors temps de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facteurs liés à la santé au travail		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Taux (jrs par an) d'absentéisme important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Accident du travail ou maladie professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TMS : lombalgies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Existence du Burn-out ou d'un épuisement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Situation de stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sentiment de mal-être ou de souffrance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Crise de larmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**LE « TOURNANT GESTIONNAIRE »
DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET SON IMPACT
SUR LA SANTE AU TRAVAIL : LE CAS D'UN CENTRE
DE SOINS DE SUITE MALADE DE « GESTIONNITE »**

**Mathieu Detchessahar et Anouk Grevin
Institut d'Economie et de Management de Nantes (Université de Nantes)
LEMNA**

Chemin de la censive du terre - BP 52231 - 44322 Nantes Cedex 3
mathieu.detchessahar@univ-nantes.fr
Tel : 02 40 14 17 58 – Fax : 02 40 14 13 16

Résumé : Les systèmes de santé connaissent aujourd'hui de profondes transformations. Les restructurations hospitalières et l'introduction de logiques marchandes, ainsi que la montée en puissance des régulations externes dans ce secteur, ont d'importantes répercussions sur les établissements de l'ensemble du continuum de soin et ne sont pas sans modifier de façon substantielle le travail des professionnels à tous les niveaux. Règles, procédures et protocoles se multiplient, de nouveaux outils sont introduits qui viennent reconfigurer le déroulement de l'activité au quotidien. Face à la prolifération des prescriptions et des contraintes, les acteurs sont de plus en plus confrontés à un important travail d'organisation et de résolution des contradictions que suppose le haut niveau de qualité que l'on attend d'eux. Cette recherche interroge l'impact de ces transformations sur la santé des salariés et la manière dont ceux-ci s'approprient les nouveaux outils. La réflexion prend comme clé de lecture la théorie de la régulation de Jean-Daniel Reynaud afin de se saisir des modes de régulation locale de l'activité et du rôle du management dans le soutien des dynamiques communicationnelles permettant une prise en charge collective des tensions. La recherche présentée s'appuie sur une étude de cas réalisée dans un établissement de soins de suite qui a choisi de s'inscrire résolument dans le tournant gestionnaire qui caractérise actuellement le système de santé. Une politique d'excellence sur tous les indicateurs qualité lui permet d'être en position forte pour négocier avec les tutelles d'importants moyens matériels et humains. Les résultats de l'étude illustrent comment ce tournant gestionnaire a en réalité conduit l'encadrement à désertier le terrain de l'activité quotidienne au profit des « machines de gestion » qu'il doit en permanence alimenter. Le contraste criant entre les nombreux outils de management participatif mis en place et le sentiment des salariés que personne ne les écoute ni ne connaît plus leur travail souligne tout l'enjeu et la difficulté de l'animation d'« espaces de discussion » sur le travail, au plus près de l'activité, et le rôle du management dans l'organisation de la discussion. L'étude réalisée met en évidence que la construction d'une régulation conjointe favorable à la santé au travail ne peut avoir lieu que dans certaines conditions de climat organisationnel et de confiance. La phase d'intervention de l'étude a révélé le caractère presque pathologique de l'activisme gestionnaire dans lequel s'est engagé l'établissement et l'incapacité de la direction à réinvestir les espaces de la régulation locale et de l'animation managériale tant attendue par les salariés.

Mots clés : Santé au travail, établissement de santé, management, régulation, outils de gestion.

Introduction

Les organisations sont aux prises, depuis deux décennies, à de profonds processus de modernisation mêlant réformes des systèmes de gestion, innovations technologiques et nouvelles pratiques managériales. Ces réformes ne vont pas sans entraîner des «confusions» (Uhalde, 2005, 2007) au sein des organisations, ni sans provoquer pour les personnels un renouvellement, voire un alourdissement des contraintes de travail (Gollac, Volkoff, 1996).

Notre recherche s'est donné pour objet l'étude des modes de prise en charge managériale de ces transformations et des tensions qu'elles ne peuvent manquer d'occasionner dans les organisations. Plus spécifiquement, la recherche s'interroge sur les liens existants entre les formes d'accompagnement managérial des transformations en cours et la santé des salariés.

Le cas ici présenté, un centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), situe cette problématique au sein du secteur de la santé, dont on sait à quel point il a été touché depuis plus d'une dizaine d'années par les politiques de modernisation gestionnaire ainsi que par la montée de la problématique de la santé au travail (Raveyre, Ughetto, 2003) en partie thématiquement sur le registre du *burn-out* des infirmières (Loriol, 2003). S'il convient de ne pas adopter une vision déterministe des effets des politiques de modernisation organisationnelle sur la santé des personnes, il faut néanmoins considérer que la mise en place de nouveaux dispositifs gestionnaires introduit au sein de ces organisations un nombre croissant de facteurs de tensions, de contradictions voire de paradoxes. Les dispositifs d'assurance qualité, l'informatisation croissante de l'activité dans la perspective de l'arrivée de la tarification à l'activité ou encore la nécessité de formaliser les projets d'établissement font peser sur l'activité des soignants de nouvelles contraintes, obligeant à frayer des compromis d'activité nouveaux entre tâches de soins et tâches administratives ou gestionnaires.

D'une manière générale, on assiste dans le secteur à la montée concomitante des contraintes industrielles, marchandes et événementielles pesant sur la production de soins. La contrainte industrielle s'exprime à travers les impératifs de maîtrise des *process* de soin, portés par exemple par la certification des établissements, et de maîtrise de la productivité, portés par les nouveaux outils de gestion et les exigences de *reporting* des tutelles qui font peu à peu entrer les établissements de santé dans une véritable démarche gestionnaire (Lenay, Moisdon, 2003). Au même moment, les équipes de soin s'affrontent à de nouveaux défis : des familles souvent plus impliquées dans l'activité de soin, ce qui accroît la contrainte marchande, et des patients fréquemment décrits comme plus lourds parce que l'enjeu de rotation rapide des lits à l'hôpital ou dans les cliniques se répercute sur toute la chaîne de soin (SSR mais aussi dans les Etablissements d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes, les EHPAD, ou les formes d'hospitalisation à domicile). Il en résulte une plus forte médicalisation des structures «aval» (SSR, EHPAD) qui conduit également à renforcer dans ces organisations les contraintes de type événementiel (accident, décès, coups...) (Zarifian, 1995) alors que dans les structures amont (hôpital, clinique...), ce sont les contraintes administratives qui s'accroissent avec la diminution de la durée de séjour (gestion des entrées / sorties).

Cette montée en puissance des contraintes ne manque pas de multiplier, dans l'activité, les tensions contradictoires, obligeant les acteurs à un travail important de gestion des décalages entre le prescrit et le réel. Cette évolution rend plus que jamais sensible la question de la régulation locale du travail, qui consiste notamment en des arbitrages répétés des acteurs entre les tâches afin de produire des accords locaux et révisables permettant pour un temps de faire le travail. Ce «travail d'organisation» (Terresac (de), 1992) apparaît donc comme un enjeu fondamental dans la performance des établissements de santé.

L'impact de cet important travail de régulation sur la santé mentale des équipes est, en toute généralité, indécidable. Il peut certainement provoquer l'épuisement des collectifs lorsque rien ne soutient ou n'équipe cette incessante activité de coordination qui constitue trop souvent la part invisible et non reconnue du travail des soignants (Minvielle, 2000). Il peut à l'inverse être un vecteur de construction du collectif et de mobilisation vertueuse des subjectivités à condition que ce travail de coordination trouve des espaces de soutien, d'explicitation et, *in fine*, de reconnaissance... bref que soit pensée son ingénierie.

Or, cette activité de coordination dans l'action est certainement un des points aveugles du tournant gestionnaire des établissements de soins qui conduit bien souvent l'encadrement à désertier le terrain de l'activité quotidienne au profit de l'entretien et de l'alimentation des « machines de gestion » (Girin, 1983). Notre recherche-intervention montre à quel point remettre le management quotidien de l'activité à l'agenda des directions se révèle particulièrement difficile. En effet, la présence des directions aux frontières de l'organisation est de plus en plus sollicitée et les éloigne des contraintes du travail. De plus, les nouvelles exigences des tutelles concentrent leur attention sur la force des outils dont ils ont tôt fait de croire qu'ils suffisent à la performance de l'activité. Nous verrons en effet que la manière dont la direction de l'établissement étudié s'est approprié notre diagnostic illustre le caractère problématique de son activisme gestionnaire et son incapacité à réinvestir les espaces de la régulation locale et de l'animation managériale. Cette « *gestionniste* » est certainement pour une bonne part au principe de la souffrance des salariés.

Le cadre conceptuel

Dans les organisations soumises à de fortes transformations, avec l'arrivée de nouvelles rationalisations gestionnaires bouleversant en profondeur le travail et multipliant les injonctions, l'enjeu essentiel en termes de santé au travail semble bien reposer sur la gestion de ces contraintes et notamment des contradictions engendrées par les dispositifs aux logiques souvent divergentes (Clergeau *et al.*, 2006). C'est précisément la capacité des acteurs à conjuguer les contraintes du travail, et le soutien potentiel représenté par le collectif, qu'interroge notre recherche. On s'intéressera donc ici à la manière dont les tensions sont perçues et vécues par les salariés au niveau le plus local et comment elles affectent leur activité, supposant de leur part une adaptation et, bien souvent, une résolution collective pour pouvoir réaliser malgré tout le travail prescrit.

Cette approche fait fond sur la distinction bien connue, établie par les ergonomes, entre le travail prescrit et le travail réel. Elle pose que le simple travail d'exécution n'existe pas et qu'à l'inverse tout travail suppose une action d'adaptation, d'ajustement local des règles prescrites à la réalité et aux contraintes de l'action. Le salarié, même celui évoluant dans un cadre d'action extrêmement prescrit, est donc toujours contraint à un véritable « travail d'organisation » (Terresac (de), 1992), de construction de règles locales, souvent tacites, permettant de faire le travail et consistant à construire une cohérence entre les prescriptions et les contraintes de l'action concrète. Ce travail d'organisation est visible à travers les différents trucs, bricolages, astuces développés par les opérateurs. Sa nécessité apparaît bien dans les ravages provoqués par les grèves du zèle consistant justement à respecter scrupuleusement la lettre des prescriptions et conduisant à mettre en échec la production.

Ce travail d'organisation prend une importance particulière dans les organisations contemporaines, dans lesquelles les objectifs se multiplient (coût, qualité, délai, réactivité...) et se déclinent dans des instrumentations de gestion multiples, parfois contradictoires, obligeant les opérateurs de terrain, au carrefour des différents outils, textes et injonctions

produits par l'organisation (Detchessahar, Journé, 2007), à une régulation locale plus importante encore, visant à arbitrer entre les objectifs et à construire des compromis.

Dans cette perspective, les organisations apparaissent comme traversées par des forces à la fois complémentaires et concurrentes : les règles proposées par l'encadrement constituent un ensemble de prescriptions dont la mise en œuvre ne suffit pas pour obtenir le résultat et elles suscitent, par conséquent, l'émergence de règles locales qui ont une dimension contestataire mais aussi gestionnaire (Terssac, 2001, p.41) dans la mesure où elles vont permettre de « sortir la production ». Dans cette perspective, la transgression des règles peut se concevoir comme un mode de conciliation de contraintes contradictoires, une négociation silencieuse nécessaire au fonctionnement de l'action organisée, « *mécanisme naturel d'équilibrage* » vecteur d'efficacité organisationnelle (Babeau et Chanlat, 2008, p.217). A condition que l'organisation reconnaisse et autorise ce « jeu avec la règle » plutôt que de le sanctionner comme une déviance.

En sociologie de l'entreprise, c'est l'objet de la théorie de la régulation (Reynaud, 1988 ; Terssac (de), 2003) que d'analyser la façon dont ces différentes tentatives de régulation du travail se complètent, se conjuguent, s'affrontent ou encore s'empêchent mutuellement. La théorie de la régulation articule deux concepts centraux pour les sciences de gestion et souvent considérés comme contradictoires : l'autonomie et le contrôle. Elle interroge les modalités de l'ajustement qu'opèrent les individus pour mettre en œuvre les règles imposées « d'en haut » par la hiérarchie, tout en prenant en compte les contraintes réelles de l'activité. Jean-Daniel Reynaud définit la régulation conjointe comme « *une rencontre entre deux régulations* », une régulation de contrôle (la tentative du management de contrôler le comportement des acteurs de l'organisation) et une régulation autonome (l'effort des acteurs pour résister à cette emprise et peser eux-mêmes sur le contenu de leur travail afin de le rendre plus facile) (Reynaud, 1988). La régulation conjointe est vue comme créatrice « *d'un ensemble de règles qui sont acceptables pour les deux parties, par exemple parce qu'elles combinent harmonieusement règles de contrôle et règles autonomes ; plus fréquemment parce qu'elles arbitrent de manière acceptable sur les points où les parties s'opposent* » (Reynaud, Reynaud, 1994, p.230).

L'auteur propose la régulation conjointe comme un « *idéal de pilotage ou de management* », une « *posture normative* » fondée sur la réciprocité avec ceux qui sont pilotés (Reynaud, 2003, p. 113). Pour autant, la théorie de la régulation donne peu de clés quant aux moyens pour aider à faire fonctionner la régulation et à produire une régulation conjointe efficace, ce qui est pourtant le rôle que Reynaud attribue au sociologue. Si de nombreuses directions d'entreprises – et nous le verrons dans le cas présenté ci-après – prônent aujourd'hui les vertus de la participation, celle-ci prend bien souvent les formes d'une autorisation de parole limitée et encadrée, sans pour autant représenter une réelle « *chambre d'écho* » des réalités du travail (Ughetto, 2007, p.118). Le rôle des cadres intermédiaires reste trop fréquemment celui de relais d'une communication essentiellement descendante et ils sont, dans les faits, rarement en mesure de faire remonter jusqu'aux niveaux supérieurs de la direction les problèmes réels auxquels sont confrontés chaque jour dans l'activité les membres de leurs équipes. Ces derniers sont pourtant dans l'attente de moments permettant une véritable mise en discussion collective du travail et de ses conditions de réalisation. De « *lieux de fabrication de l'adhésion* » à la stratégie de l'organisation, les réunions de service ou autres dispositifs participatifs pourraient ainsi devenir, aux différents niveaux de la hiérarchie, des espaces de parole, d'énonciation, de mise en discussion des problèmes, des lieux de régulation conjointe où soient rendus visibles et connus le travail réel et les innombrables solutions et innovations que les acteurs de la régulation autonome ont trouvés pour y faire face. Ceci à condition que ce ne soit pas pour les enfermer aussitôt dans des règles formelles et des procédures de contrôle

mais pour les reconnaître et leur donner une légitimité, un droit d'existence qui mette en lumière la compétence et l'investissement de leurs auteurs. Cette perspective rejoint les approches, en psychodynamique du travail (Dejours, 2000) et en clinique de l'activité (Clot *et al.*, 2001), qui soulignent le rôle central de la reconnaissance du pouvoir d'agir des salariés dans la santé au travail.

Or la théorie de la régulation, qui précisément a pour ambition de décrire les processus d'élaboration collective des règles à l'œuvre dans l'organisation et leur permanente redéfinition provoquée par la rencontre et la confrontation des différentes sources de régulation, traite peu de la forme et du contenu des arènes où s'élabore la régulation conjointe, ni de l'outillage et de l'animation nécessaires des espaces de délibération. Elle n'évoque pas non plus le rôle des « pilotes » chargés d'animer la co-construction du système d'action collective et de favoriser l'instauration d'authentiques processus de régulation conjointe fondés sur la réciprocité (Paradeise, 2003).

L'engagement dans une activité de régulation conjointe exige en effet de la part des acteurs d'importantes capacités cognitives et discursives (Detchessahar, 2003), auxquels ils sont souvent peu préparés, et conduit à modifier, d'une certaine manière, la traditionnelle répartition des tâches. Les opérateurs sont ainsi amenés à partager avec la hiérarchie, pour partie, le travail d'évaluation et de coordination de l'activité, jusque-là typique de la régulation de contrôle. L'adhésion des acteurs à la dynamique communicationnelle qu'entend susciter la tentative de construction d'une régulation conjointe n'est jamais donnée d'avance, et nécessite un important travail d'accompagnement, de formation et d'animation (Paradeise, 2003), qui revient au management.

L'idéal de régulation conjointe, et la reconnaissance du pouvoir d'agir des salariés qu'il suppose, interroge donc en profondeur le management et, en premier lieu, le management de proximité (mais pas seulement, comme nous le verrons). Vient-il en soutien de l'activité réelle des acteurs face aux multiples contraintes et paradoxes auxquels ils sont quotidiennement confrontés, pour faciliter les arbitrages et permettre l'élaboration collective de solutions, ou contribue-t-il au contraire à empêcher ces processus ? De même les outils toujours plus nombreux portés par ce tournant gestionnaire, ne risquent-ils pas de venir percuter comme une contrainte supplémentaire l'activité de travail et de se transformer en « machines de gestion » (Girin, 1983) dont l'alimentation et l'entretien devient une fin en soi ?

Ce cadre conceptuel soulignant les enjeux de la rencontre entre régulation de contrôle et régulation autonome, apparaît comme une grille de lecture particulièrement propice pour analyser la manière dont les logiques de contrôle, de prescription, de traçabilité, viennent contraindre, empêcher ou favoriser, l'activité réelle des salariés sur le terrain et les marges de manœuvre que ces derniers développent pour effectuer leur travail « malgré tout », d'après les critères de qualité qui sont les leurs (Fraisie *et al.*, 2003 ; Davezies, 2006). La théorie de la régulation présente également l'intérêt de souligner la nécessaire reconnaissance de la légitimité de chacune des sources de régulation, quelque soit sa localisation et d'attirer l'attention sur les processus de négociation qui permettent d'aboutir ou non à une régulation conjointe. Elle ne dit en revanche quasiment rien sur les arènes de cette régulation conjointe : quels en sont les lieux, les conditions, les modes d'animation et les outils nécessaires à son fonctionnement.

Dans le secteur de la santé précisément, les travaux de Strauss et de bien d'autres à sa suite illustrent la centralité dans l'activité des soignants du « travail d'articulation », la nécessaire et constante organisation du travail autour du patient afin de coordonner les différentes interventions tout au long de sa « trajectoire » face aux nombreux aléas qu'elle comporte inévitablement (Strauss, 1992). Pour autant, ce travail d'organisation, de régulation locale de l'activité, restent trop souvent l'impensé, la part oubliée voire un parasite du « vrai travail »

(Grosjean, Lacoste, 1999 ; Minvielle, 2000 ; Raveyre, Ughetto, 2003). Dans le système hospitalier, qui valorise les actes et non pas le travail invisible qui permet leur enchaînement et les rend possibles, font en effet bien souvent défaut les espaces de négociation et d'arbitrage ou puisse se traiter de manière transversale cette articulation, où soit favorisée une confrontation sur ce qui dépasse l'opérationnalité immédiate (Grosjean, Lacoste, 1999).

Origines de l'intervention et méthodologie de la recherche

Notre démarche, qualitative et inductive, conformément aux principes de la sociologie de l'action organisée et de la *grounded theory* (Glaser, Strauss, 1967), s'appuie sur une étude de terrain, réalisée sous la forme d'une recherche-action. Cette étude fait partie d'une recherche plus vaste, financée par l'ANR, autour des déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail. L'étude « Santé, ORganisation et Gestion des ressources humaines » (SORG) regroupe des chercheurs en gestion, économie, sociologie et santé publique et est pilotée par le Laboratoire d'Economie et de Management de l'Université de Nantes.

La méthodologie est fondée sur des études de cas de type ethnographique dans une vingtaine d'organisations de plusieurs secteurs, choisis pour leurs innovations organisationnelles (industrie, métiers du téléphone, médico-social, services à domicile). L'ensemble du programme de recherche comporte trois niveaux d'analyse différents : l'étude de chaque cas ; l'analyse inter-cas au niveau sectoriel ; l'analyse intersectorielle sur l'ensemble de l'étude. Cette analyse multi-niveaux se traduit par une méthodologie articulant plusieurs étapes.

Dans un premier temps, une phase de diagnostic est mise en œuvre sur chaque terrain de recherche, aboutissant à une monographie (telle que celle présentée ici brièvement) décrivant l'étude réalisée et les résultats auxquels les chercheurs sont parvenus. Le recueil des données déploie plusieurs types d'outils, de natures différentes, afin de pouvoir interroger diversement les trois facteurs que sont l'organisation, le management et la santé des salariés.

Pour approcher l'organisation, plusieurs moyens sont utilisés : le recueil de documents sur la structure formelle (organigrammes, fiches de postes...) et sur l'activité de l'établissement (statistiques du service qualité, rapports annuels d'activité) ; les entretiens permettant d'appréhender la perception de ces dispositifs par les salariés ; l'observation *in situ* en suivant les acteurs dans leur travail quotidien, afin de saisir au plus près le réel de leur activité. Ces deux derniers outils, entretiens et observation *in situ*, permettent également d'analyser le mode de management mis en œuvre dans l'organisation, dans sa dimension d'animation des équipes. Ils sont complétés, pour ce deuxième facteur comme pour celui de la santé, par un instrument quantitatif : le questionnaire. Ce questionnaire est constitué de manière à recueillir des informations à la fois sur le management et sur la santé perçue des salariés et leur vécu au travail. Il mobilise des éléments des questionnaires de Karasek et de Siegrist permettant de calculer un score de santé perçue, quelques questions de l'enquête SUMER sur les conditions de travail et enfin des questions spécifiques centrées sur le management et les dynamiques communicationnelles. Identique pour tous les terrains de l'étude SORG, il permet l'élaboration de comparaisons intra- et intersectorielles et des rapprochements avec des indicateurs nationaux et régionaux, dans une visée de triangulation avec les analyses menées dans la phase qualitative et comparative. Par ailleurs, des informations complémentaires sont recueillies auprès des directions des ressources humaines (indicateurs sociaux) et des médecins du travail (données de santé, rapport annuel...) afin d'étayer l'analyse. Les entretiens avec le médecin du travail permettent aussi de vérifier et de compléter les informations recueillies. L'objectif des entretiens avec les salariés est également de mettre les différentes données rassemblées en perspective avec leurs récits de santé et les liens qu'ils font avec les conditions de leur activité.

Une étape importante dans la méthodologie est celle de la restitution aux acteurs de l'analyse effectuée, en vue de valider l'interprétation des chercheurs et d'engager une réflexion avec le management pour déterminer les pistes d'actions à envisager pour la suite. L'ambition de cette première étape est en effet de pouvoir donner lieu par la suite à une intervention visant à engager un processus de changement susceptible d'être mis en œuvre et suivi dans le temps.

Dans un second temps, une fois l'ensemble des monographies rédigées par les différents membres de l'équipe de recherche, des groupes de travail, constitués avec tous ceux ayant travaillé sur des terrains appartenant à un même secteur, ont mis en relation les résultats obtenus afin d'en tirer, à partir d'une analyse comparative inter-cas, des conclusions plus générales. Ceci en vue de parvenir, dans un troisième temps, à des conclusions de portée plus large et à une remontée théorique permettant une certaine généralisation des résultats obtenus.

Les réflexions théoriques sont donc issues des résultats empiriques et l'objet – tant empirique que conceptuel – a été construit au fur et à mesure des enquêtes de terrain, au regard des résultats empiriques obtenus, selon un processus itératif. Selon cette méthodologie, la comparaison est le ressort essentiel de la montée en généralité : c'est à travers la comparaison de cas, locaux, spécifiques et contingents, que des conclusions générales, notamment théoriques, peuvent être tirées. En ce sens, c'est de la comparaison entre nos différents établissements et de la comparaison entre les dynamiques organisationnelles et managériales à l'œuvre dans ces organisations que sont construites des analyses sur l'influence de ces dynamiques sur la santé des salariés.

Cette communication portera sur le premier niveau : l'étude d'un cas particulier, dans sa partie qualitative. Elle ne prétend donc pas seule à une généralisation des conclusions.

Notons, à propos des extraits d'entretiens cités dans le texte, qu'ils n'ont aucune valeur représentative d'un point de vue statistique : ils n'indiquent pas la fréquence à laquelle le propos a été tenu mais illustrent le vécu au travail des acteurs.

Dans le cas ici présenté, que nous nommerons *Beausoin* pour des raisons évidentes de confidentialité, c'est le médecin du travail qui a pris contact avec notre équipe, pour suggérer une intervention dans l'établissement sur les risques psycho-sociaux. Il constate en effet sur les trois dernières années, outre les TMS et pathologies classiques chez les soignants et agents de service, des signes significatifs de souffrance au travail, notamment sur les postes de cadres : démissions, inaptitudes, expression en visite médicale d'une plainte de souffrance au travail avec retentissement sur la santé physique ou mentale. Les représentants du personnel s'étaient eux aussi fait l'écho d'une souffrance des salariés. En 2005, le CHSCT avait mené une enquête auprès des salariés sur les risques professionnels, pointant comme premier risque exprimé, en termes de probabilité, de gravité et de fréquence, le stress et les difficultés relationnelles, non seulement avec les patients et les familles mais aussi avec les collègues et la hiérarchie. La direction a accueilli favorablement la proposition d'étude, souhaitant comprendre et apporter des réponses à la plainte des salariés. Elle semble en effet relativement désemparée face à ce malaise qu'elle n'arrive pas à identifier ni à comprendre, estimant avoir pour sa part déjà mis en œuvre tout ce qu'il était possible de faire en ce domaine : « *On a réalisé quasiment tout ce qui avait été identifié ; reste le stress, la souffrance au travail. Moi je me dis alors : on souffre, qu'est-ce qui se passe ?* »

Il a été convenu avec la direction que l'enquête porterait sur l'ensemble de l'établissement, en privilégiant les services de soin ou ceux y concourant directement. 39 entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés entre décembre 2007 et avril 2008, soit un tiers du personnel de l'établissement, de toutes les catégories professionnelles, rencontré au cours d'un face à face d'une à deux heures. Le dispositif a été complété par cinq demi-journées d'observation dans les services de soins et l'étude de documents et indicateurs de gestion fournis par la direction, les

services RH et qualité, ainsi que par le médecin du travail. En juillet 2008, le diagnostic a été restitué à la direction et aux personnels, qui l'ont largement validé, et il nous a été demandé de les accompagner dans la définition de pistes d'action. Deux réunions de travail ont eu lieu avec le groupe de pilotage constitué pour cela entre septembre et décembre 2008.

Le cas de l'établissement de soins de suite Beausoin

Innovation permanente et activisme pour obtenir les dotations nécessaires

L'établissement *Beausoin* est un centre de soins de suite privé, de structure associative, situé à proximité d'une petite ville rurale de 15 000 habitants. Il emploie 93 personnes (76 ETP) et compte 80 lits, avec un taux d'occupation stabilisé autour de 90 %. Il dispose de six places en soins palliatifs reconnues par les autorités sanitaires. Le centre bénéficie d'une excellente image qui atteste de la grande qualité des soins dispensés.

Agréé pour la première fois en 1950, l'établissement a été accrédité en tant que centre de soins de suite et de réadaptation (SSR)¹ en 2001, puis à nouveau certifié, selon la nouvelle appellation, par la Haute Autorité de Santé en 2006. Dans le cadre de cette démarche, une politique de management par la qualité a été mise en place, avec un poste dédié à la qualité et à la gestion des risques, de nombreux outils et une douzaine de groupes de travail spécifiques fonctionnant en permanence.

L'établissement, encore simple maison de repos il y a quelques années, est aujourd'hui fortement médicalisé (4 médecins, 2 surveillantes, 15 infirmières, 26 aides-soignantes et 3 kinésithérapeutes). Les personnels les plus anciens ont vu se transformer en profondeur non seulement le contenu de l'activité mais aussi l'ensemble de l'organisation : les professionnels de santé se sont multipliés, la croissance et la complexité de l'activité ont nécessité des cadres fonctionnels toujours plus nombreux, la prolifération des normes et des procédures a codifié de plus en plus le travail. La totale autonomie dont ils disposaient a laissé place à une délimitation stricte des fonctions et à un système de 450 procédures où chaque acte doit être sécurisé par une traçabilité absolue.

Sur le territoire où est situé *Beausoin*, presque toutes les structures associatives ont désormais été rachetées par des groupes privés possédés par des fonds d'investissement. Une menace perçue comme un enjeu essentiel par la direction qui, pour préserver l'indépendance de l'établissement, s'emploie activement à agir au sein des réseaux et auprès des tutelles pour conforter sa position et faire reconnaître son excellence et sa spécificité.

« Les enjeux, c'est que la structure soit reconnue. (...) Pour être reconnue, il faut effectivement que le nom de Beausoin soit cité partout ! Donc tout projet lancé par le ministère ou par l'ARH², on s'y inscrit (...). Donc on se retrouve avec des sommes de réunions à l'extérieur, à l'intérieur. » [Un cadre]

Ne se contentant pas de relayer les multiples contraintes qui pénètrent toujours plus de l'extérieur à tous les niveaux de l'organisation, la direction s'est résolument engagée dans une

¹ Avec la médecine physique et de réadaptation (MPR), les soins de suite (SS) font partie de l'activité dite SSR (soins de suite et de réadaptation), autrefois appelée moyen séjour. Les structures SSR sont chargées de poursuivre les soins après la phase aiguë d'une pathologie médicale ou chirurgicale récente (à un stade de plus en plus précoce, la durée moyenne des séjours hospitaliers étant de plus en plus réduite) ou chronique avec accident évolutif récent. On distingue les soins de suite polyvalents, à forte composante gériatrique, comme le centre *Beausoin*, et les soins de suite spécialisés (addictologie, états végétatifs chroniques...).

² Agence Régionale de l'Hospitalisation.

stratégie d'innovation permanente visant à se positionner à la pointe dans tous les domaines, notamment celui de l'amélioration continue de la qualité, introduite par les dernières réformes du système de santé. Elle s'efforce d'être pilote dans tous les projets lancés par les tutelles, en mettant en place les outils les plus novateurs qui lui permettront d'avoir une longueur d'avance sur ses partenaires, et de conforter sa position en obtenant le maximum de dotations budgétaires.

Son implication auprès des tutelles, qui l'a par exemple amenée à assurer la coordination du projet médical de territoire, et les éléments chiffrés qu'elle est désormais capable de fournir dans tous les domaines de son activité, placent la direction de l'établissement en position de force pour négocier son positionnement stratégique dans les années à venir et sa spécialisation sur des créneaux porteurs comme les soins palliatifs et la cancérologie.

Sur le plan organisationnel, cette stratégie d'innovation permanente a conduit à un développement important des services fonctionnels administratifs et techniques, encore rares dans des établissements de cette taille dans le secteur, avec notamment un poste d'ingénieur qualité et un autre en ressources humaines, ainsi qu'un contrôle de gestion alimenté par les données du PMSI³.

La montée en puissance des outils de gestion et de la régulation managériale qui accompagne leur déploiement s'appuie sur un management de type participatif, associant les personnels de manière systématique dans la conception des dispositifs et dans la formation au cours de leur mise en place. La directrice, qui lance continuellement de nouveaux projets qu'elle pilote en personne, reconnaît qu'elle impose à ses salariés un rythme intense : « *Toujours à fond, des projets on y va, une espèce d'appétence à développer, avec du personnel qui a des fois du mal à suivre* » [la directrice].

Les managers, absorbés par les contraintes gestionnaires, désertent la scène du travail

L'« *appétence à développer des projets* » de la directrice entraîne l'ensemble du management dans une dynamique de recherche des outils les plus performants, dans une logique de croissance et d'amélioration constante, stimulée par la réussite et les multiples sollicitations typiques des établissements pilotes. Une telle course aux projets, cependant, si elle est porteuse pour l'établissement, est aussi très chronophage et laisse peu de temps aux cadres, en interne, pour l'animation de leurs équipes.

Du fait de la taille de la structure, les cadres de proximité des équipes de soin et de service, sont contraints d'assurer à la fois un rôle de gestion administrative des équipes et de l'activité, de prendre part à la définition de la stratégie et d'assurer des fonctions de représentation de l'établissement à l'extérieur.

Parmi les difficultés exprimées par les salariés en entretien, il ressort fortement que les managers ne sont plus sur le terrain. Ils ne connaissent plus le travail, ses contraintes et les difficultés que rencontrent les opérationnels. Ils n'ont plus le temps de s'y intéresser. La dynamique de l'équipe en pâtit et l'organisation du travail aussi. Tout-à-fait exemplaire du phénomène « d'aspiration » des cadres par le haut de la hiérarchie de l'établissement, le bureau des surveillantes a été repositionné en 2006 à l'étage de la direction, loin du lieu d'exercice de l'activité, ce qui renforce le sentiment qu'elles sont désormais plus proches de la direction et de ses préoccupations que des équipes.

³ Programme de Médicalisation des Données Informatique.

« Je pense que les cadres ne sont pas assez dans les services, maintenant elles ne peuvent peut-être pas non plus, tout dépend ce qu'on leur demande à côté. À côté de ça, elles sont très agréables, elles essaient de nous arranger. » [Une infirmière]

Une absence dont chacun perçoit les raisons, mais qui finit par être interprétée comme un désintérêt ou un abandon. Le management est de plus en plus lointain, il ne mesure plus l'engagement des salariés pour faire face aux contraintes de l'activité. Il n'y a plus personne pour évaluer le travail et sa charge, pour entendre la difficulté des personnels et leur donner le soutien qu'ils attendent.

« Qu'est-ce qui reste à l'écoute ? Vous voyez, si vous faites la déduction, il ne reste pas grand-chose. » [Une ASH⁴]

Les personnels de soin et de service, comme d'ailleurs leurs collègues des autres fonctions, expriment très vivement le sentiment d'un manque de reconnaissance de leur travail. Ainsi, les agents de service ne se sentent exister pour personne, malgré les discours qui vantent la part indéniable qu'elles assurent dans l'établissement. On ne les voit même plus, elles sont comme invisibles pour les autres catégories professionnelles, ignorées.

« Ça fait combien d'années qu'elle travaille là, elle prend sa blouse devant moi tous les matins, et elle ne savait pas où je travaillais ! » [Une ASH, à propos d'un médecin]

« Personne ne me voit à la limite. Ils ignorent que je travaille là ! Ils ne savent même pas que je suis venue ! » [Une ASH]

On retrouve la même aspiration à la reconnaissance du travail réalisé chez les infirmières et les aides-soignantes, que leur fonction place pourtant au cœur des préoccupations de l'établissement.

« Je trouvais que s'investir comme on le fait, vraiment... J'ai trouvé que vraiment on était considérées comme moins que rien. (...) Ça démontre bien qu'on n'est que des numéros. » [Une infirmière]

« C'est vrai que pour elle, bah toc, au lieu d'un matin elle met un soir, un petit clic et puis ça y est. Mais je trouve qu'elle ne se rend pas compte des conséquences... (...) Ça renforce le sentiment d'être vraiment qu'un pion. » [Une infirmière]

On rencontrera souvent cette expression, symptomatique des difficultés actuelles des soignants (Estryn-Behar *et al.*, 2003) : « *on est des pions qu'on déplace sans se préoccuper* », avec l'impression de ne plus rien maîtriser, de ne pas exister comme une personne reconnue. Un sentiment renforcé par l'utilisation d'un instrument de gestion, ici le logiciel de planning, venu se substituer à la communication en face à face, à la relation humaine.

Chaque nouvel article dans le journal relatant les succès de l'établissement est alors vécu comme révoltant pour les salariés, qui désespèrent que soit entendu, à l'intérieur, leur besoin de considération et de soutien, que leur travail soit connu, vu et apprécié par leurs supérieurs.

« Je pense que du moment qu'on a atteint le but, quel que soit comment est le personnel, comment il a réussi à faire son travail, même s'il y avait plein de réunions... (...) une fois qu'on est en belle page du journal, on a oublié. » [Une infirmière]

⁴ Agent de service hôtelier.

L'absence de communication et de dialogue

Lorsque l'on interroge les salariés sur les sources de tension ou de mal-être dans leur activité, ils évoquent inmanquablement des problèmes de communication. La direction, pourtant, estime de son côté ne pas cesser de communiquer. Il s'agit cependant d'une communication purement monologique et instrumentale, limitée à deux seuls canaux : l'affichage de notes de service et les instances officielles de représentation des salariés. Les personnels vivent cela comme une absence de volonté de dialogue de la part de la direction. Les affichages se sont tellement multipliés qu'ils ne les lisent plus, dédaignant ce mode de communication qui, de par leur culture professionnelle, n'est pas le leur (Raveyre, Ughetto, 2003 ; Acker, 2005).

Les cadres de proximité, pour leur part, ont relativement conscience des attentes de leurs équipes en ce sens, mais se gardent d'ajouter leur voix à la cacophonie provoquée par la multiplication des bruits de couloirs qui se sont peu à peu substitués à la communication institutionnelle. Lorsque la rumeur prend trop d'ampleur, la surveillante des équipes de soin le dira elle-même : « *je me retire dans mon bureau et j'attends que ça passe* », quand justement les équipes l'attendraient pour relayer et expliquer les informations et décisions les concernant.

Si l'information descendante est clairement en dysfonctionnement, la communication ascendante ne paraît pas meilleure. Les salariés sont unanimes, lors des entretiens, à exprimer leur sentiment de ne pas être entendus.

« Nous, quand on nous demande de participer à des choses, on y va et nous, quand on dit que ça ne va pas, on a l'impression qu'on n'est pas entendus. On a l'impression que ça ne va que dans un sens. » [Une aide-soignante]

Des appels dans le vide, un dialogue de sourds, renforcés par le fait que le langage utilisé par la direction n'est pas celui des salariés. La direction parle chiffres, contraintes financières, obligations légales, et utilise des arguments qui ont pour effet de clore le dialogue et donnent aux salariés le sentiment que la demande n'a pas été entendue.

« Nous on parle humain, et là en fait j'avais été obligée d'apprendre à parler chiffres. (...) C'est vrai que sûrement, on n'est pas préparé à ça. » [Une infirmière]

L'absence de dialogue et d'expression ne permet pas aux équipes, dont les doléances n'ont pas pu être entendues, de comprendre les motivations des dispositions prises par la hiérarchie en réponse à leur demande. Les solutions ne leur apparaissent donc pas légitimes puisqu'elles sont vécues comme l'imposition d'une régulation de contrôle sans prise en compte de leur besoin de participer à la négociation.

Ce sentiment, exprimé à d'innombrables reprises, de n'être ni informé, ni écouté, ni compris, est d'autant plus surprenant que l'établissement a mis en place de très nombreux outils censés favoriser la participation. Ce ne sont pas, en effet, les possibilités d'expression qui manquent, les personnels ont même l'impression d'être toujours en réunion. Ce que les acteurs cherchent à exprimer lorsqu'ils évoquent une absence d'écoute et de dialogue, c'est plutôt la possibilité de faire entendre les exigences qui leur sont propres, les préoccupations qui naissent de leur activité quotidienne et qui sont parfois bien éloignées de celles de l'encadrement. Tandis que les managers élaborent des systèmes de pilotage permettant une transparence toujours plus grande de l'activité afin de la transformer en données chiffrées et objectivées communicables à l'extérieur, les salariés sont laissés seuls face aux multiples contradictions qu'ils doivent chaque jour affronter pour accomplir les tâches qui leur sont confiées, dans un contexte d'incertitude et de complexification croissante. Ce qui fait l'objet des préoccupations réelles et quotidiennes des équipes n'est pas abordé dans les groupes de travail, qui ne sont pas, de fait, des réunions « *sur le travail* ».

Quand la défiance s'installe...

Le contraste, assez paradoxal à première vue, entre l'absence de communication effective et l'abondance de lieux d'expression trouve également une part d'explication dans le phénomène de parole contrôlée largement répandu dans l'établissement. La crainte de s'exprimer, la suspicion vis-à-vis de l'utilisation qui pourrait être faite de ce qui est dit, le manque de confiance dans le management, contribuent à renforcer le déficit de dialogue et de compréhension réciproque. Tous, du plus bas de l'échelle jusqu'à la direction, sont entrés peu à peu dans un cycle de défiance et de protection.

« Il y a des choses que je ne dis pas, je me méfie. De toutes façons, je suis devenue complètement paranoïa ici, je me méfie de tout le monde. C'est triste, je n'ose plus rien dire, de peur que ça se retourne contre moi. » [Un médecin]

La «*paranoïa institutionnelle*», qui trouve sa source dans un conflit latent entre direction administrative et médicale, est confortée par des épisodes symboliques, systématiquement évoqués dans les entretiens, qui alimentent le sentiment des salariés qu'en cas d'erreur de leur part, ils ne recevraient aucun soutien de leur hiérarchie.

« Je pense que, on a déjà eu le cas, mais s'il y avait un gros pet auprès d'un patient, je suis sûre que les équipes ne seraient pas soutenues du tout. Ce serait la politique du parapluie, direct. (...) Donc si on monte des étages, les filles trouvent des soutiens entre elles quand même, heureusement, mais au niveau de toute la hiérarchie, non, je ne vois pas qui soutiendra qui. » [Personnel paramédical]

« J'en suis intimement convaincue, et non seulement de ne pas nous soutenir, mais même peut-être bien de nous mettre la tête sous l'eau. » [Une infirmière]

Il ne s'agit pas pour les salariés de contester d'éventuelles sanctions pour faute professionnelle, mais plutôt du sentiment qu'on ne leur reconnaît pas la compétence et la conscience professionnelle auxquelles ils tiennent tant et qui fait le sens de leur travail quotidien. Il est pour eux inacceptable qu'on puisse, par exemple, accorder plus de crédit à un patient désorienté reprochant l'oubli de sa toilette qu'à un professionnel qui, depuis des années, s'efforce jour après jour de prendre soin de chaque patient, malgré tout ce qu'on lui demande en plus au titre d'une qualité qu'il devient de plus en plus difficile, dans ces conditions, d'assurer.

La logique de protection et de dénonciation des erreurs d'autrui pour se couvrir soi-même a provoqué une utilisation inattendue d'un outil de gestion mis en place dans le cadre de la politique d'amélioration de la qualité de l'établissement : le dispositif de signalement des «*événements indésirables*». Cohabitent dans un même recueil des dysfonctionnements d'équipements, un décès ou transfert de patient, aussi bien qu'une erreur d'administration d'un médicament ou un défaut de vigilance de la part d'un soignant. L'outil est perçu par la plupart des salariés comme un dispositif utilisé dans une logique accusatoire et dénonciatrice.

« Ça fait un peu... ah bah tiens, elle a oublié et toc ! Je lui mets un événement indésirable. (...) Je trouve que ça fait un peu répressif. » [Une infirmière]

L'utilisation qui en est faite mine les relations dans l'établissement et participe du sentiment des salariés d'être constamment surveillés, sans aucun soutien de la hiérarchie, alors même qu'aucune sanction effective n'est prononcée. Plus récemment, la défiance s'étend à l'égard d'autres outils, comme le système d'information et le dossier médical informatisé. La transparence, la traçabilité croissante de l'activité et la prolifération des outils de *reporting* liés aux normes de qualité inquiètent. Or précisément ils représentent une part de plus en plus importante du travail des soignants.

Une telle perception du contrôle, dans un climat de défiance, conduit à une perte d'autonomie et d'initiative des acteurs, inévitablement défavorable à un établissement qui parie tant sur l'engagement et la mobilisation des compétences. La régulation autonome est étouffée par la régulation de contrôle, la négociation n'est plus possible (Reynaud, 1988). Toute tentative d'innovation risque de devenir une déviance sanctionnée, et apparaît alors trop coûteuse.

Le sentiment que le travail n'est pas reconnu, la qualité sacrifiée au profit d'indicateurs de qualité purement gestionnaires et dissociés de la réalité du travail tels que la vivent les acteurs sur le terrain, l'impossibilité de dialoguer et de faire entendre ses préoccupations et sa volonté de bien faire, le manque de soutien et de droit à l'erreur : autant de facteurs qui mettent à mal, en permanence, la motivation et l'implication des salariés.

Déjà on observe des signes de contestation et de démotivation de plus en plus manifestes, une mise en retrait vis-à-vis de ce qui est demandé par le management, notamment dans les tâches considérées comme « parasites » par rapport à l'activité jugée fondamentale (Raveyre, Ughetto, 2003) : la participation aux commissions, groupes de travail, formations...

« Je trouve que c'est dommage, quand on vient au boulot, qu'on n'est plus motivé pour faire quoi que ce soit. Je suis motivée pour faire mon travail, mais faire autre chose en dehors, pourquoi se casser la tête, alors que là-haut, on n'est pas reconnaissant de tout ce qu'on fait ? »
[Une aide-soignante]

Un retrait qui prend d'une certaine manière la forme d'une opposition silencieuse, accompagnée souvent de l'expression du regret d'en arriver là. Il est le signe d'une démission et d'une perte de sens, mais aussi d'une ultime tentative de se faire entendre.

D'autres salariés ont choisi de faire face à cette tension de manière plus active, en s'engageant dans des postes de représentation du personnel ou par l'adhésion à un syndicat, récemment introduit dans l'établissement et rejoint par 20 % des salariés. Ils actionnent tous les moyens légaux pour faire entendre leur intention de participer à la discussion et de faire reconnaître la part des salariés dans la réussite de l'établissement.

Pour autant, alors qu'ils annoncent volontiers en entretien, dans un premier mouvement, qu'ils souhaiteraient quitter la structure dès que possible, après avoir parcouru avec eux les tensions qu'ils vivent au quotidien, les personnels, quels qu'ils soient, manifestent sans hésiter leur attachement à l'établissement. Il est vrai qu'un départ serait pour la plupart d'entre eux extrêmement difficile et coûteux, requérant des ressources qu'ils ne possèdent pas toujours.

La difficile sortie des pièges de la « gestionnisme »

Lors de la présentation des résultats de l'étude à l'équipe de direction, et peu après à l'ensemble du personnel, l'image restituée a été largement validée. Tous les acteurs, quasiment, démontraient une bonne volonté manifeste pour se saisir des résultats de l'étude, se remettre en cause et s'engager dans la mise en place de solutions.

Parmi les pistes de réflexion proposées, il a été convenu qu'il était prioritaire de travailler sur la communication et le management, la reconnaissance et la confiance pouvant être considérées comme un produit des deux autres. Il semblait essentiel de centrer l'action sur le rôle d'animation de l'encadrement de proximité, ce qui supposait de lui donner les moyens de dégager du temps pour être plus auprès des équipes, même si cela nécessitait de réduire les réunions portant sur des questions stratégiques et non opérationnelles. Il a été convenu que les cadres de santé réfléchiraient à un dispositif de mini-réunions de service fréquentes et brèves, à présenter lors de la séance suivante. La directrice devait également revoir le fonctionnement du comité de direction et étudier avec ses collaborateurs les moyens de limiter le nombre et la durée des réunions afin de dégager du temps aux managers.

Deux mois plus tard, le « *projet social* » présenté par la direction lors de la séance de travail qui suivit, se révéla symptomatique des pièges de l'activisme gestionnaire dans lequel s'était engagé l'établissement, que l'on pourrait qualifier à ce stade, du fait de son caractère presque pathologique, de « *gestionnisme* ».

En fait de dispositif léger de discussion portant sur le travail entre les cadres de proximité et leurs équipes en vue d'une communication en face-à-face sur les problèmes rencontrés, il s'était avéré plus facile pour la direction de recenser pas moins de dix pages de dysfonctionnements (ne figurant bien sûr, pour la plupart, pas dans le diagnostic présenté) et une liste de 48 actions possibles ! Propositions qui consistaient quasiment toutes en l'élaboration de nouvelles procédures, des analyses en vue d'optimiser les outils et les protocoles en place, ou des actions de communication écrite. Les termes : formaliser, analyser, optimiser, contractualiser, identifier... scandaient l'ensemble du document (cf. extraits dans le tableau ci-dessous).

Ce qui est ressorti des rencontres de l'équipe de recherche avec les salariés	Actions susceptibles de remédier aux problèmes constatés et/ou de répondre aux souhaits d'amélioration
Management : <ul style="list-style-type: none"> • Le management par projet (...) perçu comme insuffisamment participatif. • Le management « de proximité » est perçu (...) comme pas assez présent. • Communication perçue comme un problème fondamental (...) malaise récurrent (...). 	<ul style="list-style-type: none"> • Afficher et expliquer les contraintes financières et les marges de manœuvre possible. • Mettre en place une commission d'achats et la faire fonctionner de manière permanente et durable. • Reprendre les profils de postes (...), créer ou améliorer les outils permettant l'anticipation des départs (...).
Communication : <ul style="list-style-type: none"> • (...) plutôt qualifié de fonctionnement « cloisonné ». • (...) qualité des relations : (...) parfois difficile entre hiérarchie et subordonnés (...), entre l'Administration et les professionnels de terrain. 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer et diffuser largement un « guide du bon usage de l'Administration » (...). • Faire connaître l'activité et l'organisation des services prestataires / centraux. Repérer, pour chaque service, les informations identiques souvent demandées afin d'optimiser la communication.
Organisation : <ul style="list-style-type: none"> • (...) les souhaits les plus forts concernent la gestion du temps de travail et celle des remplacements (...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyser le contenu de chaque fonction, évaluer le temps nécessaire (...) la charge quantitative (...).
Formation : <ul style="list-style-type: none"> • (...) La difficulté de dégager du temps pour participer aux formations est soulignée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir la dynamique du groupe RH pour élaborer la démarche de préparation et de réalisation des plans de formation, (...) évaluation de la mise en œuvre (...).
Locaux, matériel et ergonomie : <ul style="list-style-type: none"> • Les problèmes matériels et logistiques ont autant de conséquences sur le fonctionnement des services que le problème de la gestion des effectifs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaménager et rééquiper les secrétariats administratifs et points d'accueil (...) évaluer le fonctionnement du réseau téléphonique (...), du système de distribution et de dotation du linge (...).

<p>Climat social :</p> <ul style="list-style-type: none"> • (...) « conflit de valeurs » entre les professionnels du soin (...) et les professionnels de gestion (...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction d'une charte « des comportements professionnels » (...) • Mettre en place des temps d'échange (à préciser).
---	--

Extraits du « Projet social en lien avec l'étude SORG – élaboration du plan d'action », déc. 2008.

Le management, qui excelle dans le lancement constant de nouvelles innovations, semble ne plus savoir répondre que par de nouveaux groupes de travail, affichages, chartes, procédures ou fiches de missions. Bien loin de redonner à l'encadrement sa capacité d'animation managériale, engloutie par l'activité gestionnaire, de tels projets risquaient fort de rendre les managers encore plus absents du terrain et de renforcer chez les salariés le sentiment d'une régulation de contrôle étouffante et impersonnelle.

Comment, face à une telle spirale, décharger les cadres et les faire retourner sur le terrain, s'intéresser aux micro-problèmes quotidiens de leurs équipes ? La difficulté est évidente, comme le montrent leurs discours au cours de réunions de travail focalisés exclusivement sur leurs propres préoccupations, pour l'essentiel gestionnaires et stratégiques, et bien peu sur celles des salariés, concernant le travail réel.

Discussion et conclusion

La situation est finalement assez paradoxale : l'encadrement est de plus en plus occupé par un nombre croissant d'activités informationnelles qui, d'une certaine manière, chassent les activités communicationnelles. Les activités de gestion prennent le pas sur les activités de management, entendu comme l'animation d'une action collective finalisée.

Lorsque la communication est réduite à sa seule dimension informationnelle, purement monologique et instrumentale, elle ne permet pas la mise en discussion de l'activité et de ses contradictions, la prise en charge collective des tensions et l'élaboration de compromis de sens et de perspectives communes sur le travail. Par ailleurs, à *Beausoim*, la multiplication des lieux de discussion, loin de servir la bonne régulation du travail, contribue à éloigner les acteurs, et particulièrement le management intermédiaire, des problèmes concrets de l'activité. Trop nombreux, trop déconnectés du quotidien du travail, ils sont le lieu de l'opérationnalisation des multiples projets portés par la direction en réponse aux incitations de la tutelle et ajoutent au sentiment d'urgence des acteurs bien plus qu'ils ne permettent de le traiter. Le contraste criant entre les nombreux outils de management participatif mis en place et le sentiment des salariés que personne ne les écoute ni ne connaît leur travail souligne bien tout l'enjeu et la difficulté de l'animation d'« espaces de discussion » (Detchessahar, 2003) sur le travail, au plus près de l'activité. Or dans la mise en discussion du travail, les managers de proximité jouent assurément un rôle clef d'animation de la discussion et de remontée de ses produits. Face aux questions posées par la multiplication des contraintes et des tensions pesant sur le travail, il est en effet nécessaire que des solutions soient élaborées collectivement par les acteurs et des compromis construits, mais aussi que ceux-ci soient diffusés et relayés dans l'organisation de manière à faire évoluer réellement les contenus de travail, sans quoi les dynamiques discursives s'essoufflent et peuvent même nourrir la méfiance des salariés vis-à-vis de directions ne répondant pas à leurs suggestions et à leurs plaintes.

Or, précisément, au moment où les contraintes pesant sur l'activité se renforcent (contrainte gestionnaire et industrielle, contrainte marchande, contrainte événementielle), les cadres de proximité, comme « aspirés » vers le haut, s'éloignent de l'activité et des équipes pour

répondre aux nouvelles injonctions portées par les régulations macroscopiques. Ils ne jouent plus leur rôle de soutien et d'animation managériale dont les salariés ont plus que jamais besoin. Le management est tout entier tourné vers le haut et vers l'extérieur (Glouberman, Mintzberg, 2001), accaparé par les « machines de gestion » (Girin, 1983), et plus personne n'est là pour manager en direction de l'intérieur, pour « organiser le travail d'organisation » et la coordination de l'activité.

Lorsque les soignants dénoncent les évolutions de la fonction de cadre, d'une position de « cadre de soin » à une position de « cadre de gestion », ils dénoncent finalement les évolutions du métier d'encadrement qui, avant, était là pour le soin et donc pour eux, à un encadrement dont l'activité est désormais orientée et temporalisée en fonction des activités de gestion à destination de la direction et plus largement des tutelles. Laissés seuls face aux contraintes de l'activité, les collectifs se lézardent peu à peu et des dynamiques tout-à-fait délétères (conflits, harcèlement...) peuvent s'y développer sans que personne ne s'en saisisse ni même ne les repère.

Le résultat de ce processus est que les salariés souffrent beaucoup plus de l'absence de management que de sa trop grande présence. La défiance qui s'installe, la démotivation grandissante, l'appel incessant à plus de reconnaissance et d'écoute en sont l'expression.

Dans le cas exposé, si la dynamique d'innovation permanente et l'activisme gestionnaire du management produisent des effets largement délétères pour les salariés, rappelons toutefois que c'est aussi ce qui a permis à l'établissement de se doter d'atouts qui représentent aujourd'hui une opportunité considérable. Ses moyens matériels et humains supérieurs à ceux du secteur, notamment en matière d'encadrement, constituent de nombreux points d'appuis pour renverser la tendance. Il existe en effet déjà des postes de cadres de proximité que l'on peut recentrer sur l'animation des équipes, des espaces de discussion encore largement fréquentés, à redéfinir et réorienter, une culture participative et une longue histoire d'implication des salariés dans la vie de l'établissement, des outils nombreux et potentiellement efficaces, même s'il faut les réajuster.

Pour autant, si elle lui permet de conquérir des ressources et des marges de manœuvre, l'hyper-présence de la direction aux frontières de l'organisation, parce qu'elle la maintient à distance du travail quotidien, la conduit cependant à des choix d'investissement ne répondant pas aux attentes des salariés. Les ressources et marges de manœuvre conquises par les efforts de la direction sont trop souvent utilisées pour produire des données pour les institutions de tutelle. Elles viennent nourrir un suréquipement gestionnaire visant à l'information de la tutelle, le développement de services fonctionnels pour installer et maintenir ces instruments et les alimenter en données, et entretiennent un activisme innovateur conduisant à multiplier les groupes de travail dans la structure. Autant d'éléments qui percutent comme une contrainte supplémentaire l'activité quotidienne des opérationnels... Bref, les marges de manœuvres conquises sont employées dans un sens qui ne soutient pas la régulation locale du travail et n'aide pas les salariés face à la charge, bien au contraire.

Et c'est finalement aussi la direction elle-même qui souffre, ne s'expliquant pas pourquoi les intenses efforts qu'elle déploie pour conquérir des ressources en externe ne sont pas reconnus par les salariés et ne lui valent pas une diminution de la plainte et une amélioration du climat social. L'incontestable excellence de l'établissement devient source d'un malaise croissant à l'intérieur et d'incompréhension voire de défiance entre les salariés et la hiérarchie. La direction, qui apparaît aujourd'hui prisonnière de l'activisme gestionnaire qui a fait son succès, tend à oublier que c'est précisément la réalisation d'un travail de qualité, en dépit de toutes les contraintes extérieures, qui constitue justement la préoccupation essentielle de la plupart de ses salariés. C'est d'abord cela qu'ils espèrent tant que l'employeur entende et reconnaisse.

Pour reprendre les termes de Reynaud, régulation de contrôle et régulation autonome ne se rencontrent plus, la première tentant par une hyperactivité gestionnaire de se saisir de toutes les dimensions de l'activité, sans pour autant être capable d'appréhender ce qui réellement préoccupe les salariés dans leur travail quotidien; la seconde, privée de légitimité et de reconnaissance, s'épuisant peu à peu (Reynaud, 1988). Tandis que la régulation de contrôle s'emballe, l'espoir d'une régulation conjointe s'éloigne et le malaise grandit de tous côtés.

Il y a désormais urgence que la direction s'investisse dans la réanimation managériale de cet établissement malade de « *gestionnisme* »...

Références

- Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital, *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 1, mai, p. 161-181.
- Babeau, O. et Chanlat, J-F. (2008). La transgression, une dimension oubliée de l'organisation, *Revue française de gestion*, n° 183, mars, p. 201-219.
- Clergeau, C., Detchessahar, M., Devigne, M., Dumond, J-P., Honoré, L., Journé, B. (2006). Transformation des organisations et santé des salariés : proposition d'un programme de recherche, *Actes du 17^e Congrès de l'AGRH*, Reims, 16-17 novembre, 16 p.
- Clot, Y., Prot, B. et Werthe, C. (dir.) (2001). Clinique de l'activité et pouvoir d'agir, *Education permanente*, n° 146, janvier, 212 p.
- Davezies, P. (2006). Les coûts de l'intensification du travail, *Santé et Travail*, n° 57, octobre.
- Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale*, Bayard Editions, Paris, 280 p.
- Detchessahar, M. (2003). L'avènement de l'entreprise communicationnelle, *Revue française de gestion*, n° 142, janvier - février, p. 65-84.
- Detchessahar, M. et Journé, B. (2007). Une approche narrative des outils de gestion, *Revue française de gestion*, n° 174, mai, p. 72-92.
- Estryn-Behar, M., Le Nezet, O., Lorient, M., Bendrik, E., Caillard, J-F. (2003). Le travail de soins dans les hôpitaux locaux : Miroir grossissant des difficultés actuelles, *Gestions hospitalières*, n° 429, p. 603-611.
- Fraisse, S., Robelet, M., Vinot, D. (2003). La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles, *Revue française de gestion*, n° 146, mai, p.155-166.
- Girin, J. (1983). Les machines de gestion, in M. BERRY (dir.), *Le rôle des outils de gestion dans l'évolution des systèmes sociaux complexes*, CRG-École Polytechnique, rapport pour le Ministère de la recherche et de la technologie.
- Glaser, B.G., Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, London: Weidenfeld and Nicolson.
- Glouberman, S., Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Integration, *Health Care Management Review*, p. 56-69.
- Gollac, M., Volkoff, S. (1996). Citius, altius, fortius. L'intensification du travail, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 114 (1), p. 54-67.
- Grosjean, M. et Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Editions PUF, Collection Le travail Humain, Paris, 225 p.

- Lenay, O., Moisdon, J-C. (2003). Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier, *Revue française de gestion*, n° 146, mai, p. 131-141.
- Loriol, M. (2003). La construction sociale de la fatigue au travail: l'exemple du *burn out* des infirmières, *Travail et emploi*, Avril (94), p. 65-73.
- Minvielle, E. (2000). Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 7 n° 1, p. 8-22.
- Paradeise, C. (2003). La théorie de la régulation sociale à l'épreuve de la pratique, in G. de TERSSAC, *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Editions La Découverte, Collection Recherches, Paris, p. 41-49
- Raveyre, M., Ughetto, P. (2003). Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières, *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 3, juillet – septembre, p. 97-119.
- Reynaud, J.D. (1988). Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome, *Revue française de sociologie*, vol. XXIX, p. 5-18.
- Reynaud, J-D. (2003). Régulation de contrôle, régulation autonome, régulation conjointe, in G. de TERSSAC, *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Editions La Découverte, Collection Recherches, Paris, p. 103-113.
- Reynaud, J-D. et Reynaud, E. (1994). La régulation conjointe et ses dérèglements, *Le Travail humain*, Vol. 57, n° 3, p. 227-238.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Textes réunis et présentés par I. Baszanger, Editions L'Harmattan, Collection Logiques sociales, Paris, 311 p.
- Terressac (de), G. (1992). *L'autonomie dans le travail*, Editions PUF, Collection Sociologie d'aujourd'hui, 279 p.
- Terressac (de), G. (dir.) (2003). *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Editions La Découverte, Collection Recherches, Paris, 448 p.
- Ughetto, P. (2007). *Faire face aux exigences du travail contemporain*, Editions Réseau ANACT, 157 p.
- Uhalde, M. (2005). Crise de modernisation et dynamique des identités de métier dans les organisations, *Revue de l'IRES*, 47 (1), p. 135-154.
- Uhalde, M. (2007). Quand gestion rime avec confusion, *Sciences Humaines*, n° 179, p. 42-45.
- Zarifian, P. (1995). *Le travail et l'événement. Essai sociologique sur le travail industriel à l'époque actuelle*, Paris: L'Harmattan, 249 p.



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

Diplôme de cadre de santé

DCS@12-13

TITRE DU MEMOIRE

Cadre, acteur stratégique du bien faire et du bien-être au travail

AUTEUR

Josiane MOULENQ

MOTS-CLES

“Acteur stratégique” / “Souffrance”

“Travail bien fait” / “Bientraitance au travail”

KEYWORDS

“Strategic duty” / “Suffering”

“Well-done work” / “Welfare work”

RESUME

Mon mémoire se propose d’aborder l’approche pluridimensionnelle des risques psychosociaux et notamment le syndrome d’épuisement professionnel, et ses conséquences sur les professionnels de santé, tout particulièrement les auxiliaires de puériculture. M’appuyant sur mon expérience en institution sociale de la petite enfance et à la lumière de la psycho dynamique, je développe les concepts de “souffrance” et de “bientraitance” au travail. Ainsi je tente à prouver que ce paradoxe n’est pas toujours inéluctable. A partir du postulat que “prendre soin d’enfants en souffrance est un métier à risque” j’explore les mécanismes” en jeu dans ces interrelations entre activité-santé-subjectivité. Entre “despotisme compassionnel” de l’équipe encadrante en réponse à la démotivation des professionnels, qui cherchent peut-être à se protéger d’une charge émotionnelle trop lourde, quelle place est faite à la notion de “travail bien fait”, dans l’accompagnement des équipes? Nous montrerons comment le cadre de santé par sa posture peut infléchir le malaise des soignants en replaçant l’action au cœur des préoccupations de chacun et au service de l’enfant et de sa famille.

ABSTRACT

This work aims to “size up” the psycho-social risks, and particularly the burnout syndrome, and the consequences on health, particularly for the auxiliary nurses in childcare. Based on my experience of the subject, in a social institution for young children, together with the work “psycho-dynamic”, I develop the idea of “Suffering and welfare at work”. So I attempt to prove this paradox is not always ineluctable. To take part in the welfare work for young children, who suffer, involving risks at work. I explore the relations between the compassionate despotism of the professional team in response to the demotivation of professionals who might be trying to protect themselves from a too heavy emotional load, what place is given to “well-done work” in team support. We will show how the health manager can improve the caregivers’ wellbeing, by placing action at the core and at the service of the children and their families.

Les mémoires des étudiants de l’IFCS de l’ESM sont des travaux réalisés au cours de l’année de formation. Les opinions exprimées n’engagent que leurs auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l’objet d’une publication, en tout ou partie, sans l’accord des auteurs et de l’IFCS de l’ESM.