HAL open science

Travail émotionnel et soins infirmiers

Marc Loriol

To cite this version:

Marc Loriol. Travail émotionnel et soins infirmiers. Santé Mentale, 2013, 177, pp.60-63. hal-00925629

HAL Id: hal-00925629

https://hal.science/hal-00925629v1

Submitted on 8 Jan 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Travail émotionnel et soins infirmier

Marc Loriol, IDHE Paris 1 (*Contact Santé*, n° 23,5 mars 2013)

Le concept de travail émotionnel a été forgé par la sociologue américaine Arlie Hochschild[1] pour décrire le double effort fait par les salariés pour maitriser – dans le sens voulu par l'organisation qui les emploie – leurs propres émotions et éventuellement les émotions des personnes avec qui ils sont en contact (clients, usagers, subordonnées, etc.). Arlie Hochschild s'appuie sur les exemples des hôtesses de l'air et des employés chargés du recouvrement de créances : alors que les premières doivent être souriantes, aimable, sereine et protectrices pour mettre à l'aise les passagers et rendre leur voyage plus agréable, les seconds doivent se montrer durs, intimidants et rudes afin de mieux convaincre les mauvais payeurs. Leurs employeurs exploitent ainsi, dans ces deux métiers, les supposées qualités féminines et masculines de leur salariés dans le but d'augmenter la rentabilité. La performance émotionnelle (avec la force physique et de la compétence technique) participe donc de la valeur de la force de travail. Mais cette performance sera d'autant plus efficace qu'elle est sincère. Il ne suffit pas de vivre superficiellement ou de façon feinte les sentiments exprimés (joie d'échanger avec son interlocuteur, plaisir de l'écouter…), mais il est nécessaire de les vivre en profondeur : pour bien jouer une émotion, le mieux est encore de la vivre au fond de soi, plutôt que de la mimer. Arlie Horschild s'interroge alors sur les effets pour l'équilibre mental de cette aliénation des sentiments dans le travail. L'aliénation au sens de Marx (le salarié dépossédé du produit, non pas de sa force physique de travail, mais ici de ses sentiments) rejoint l'aliénation au sens psychiatrique (l'individu qui perd la raison en devenant étranger à lui-même).

Si les infirmières ne sont pas directement étudiées dans ce travail fondateur, de nombreuses recherches ont ensuite été consacrées au travail émotionnel dans les soins[2]. Ce travail semble mal reconnu malgré son importance pour la qualité des soins comme pour la santé mentale des soignants. Surtout, il est vu comme une question de compétence individuelle (la fameuse « compétence émotionnelle ») alors qu'il dépend largement de tout un travail collectif et informel, donc difficile à reconnaître, valoriser en défendre dans le cas des réformes hospitalières actuelles.

Les émotions, une dimension centrale du soin

Le travail émotionnel est mal reconnu car il semble faire naturellement partie du soin, voire d'une « aptitude féminine naturelle ». Une infirmière en pédiatrie explique ainsi : « *Faire manger un enfant malade ou le persuader d'absorber un médicament relève souvent de l'exploit, compte tenu de l'énergie et de la patience que cela requiert. Malgré cela, la plupart du temps, seule est reconnue l'action du médecin par la famille* ».

En permanence, le soignant doit travailler ses propres émotions pour agir sur celles du malade : ne pas exprimer son dégout face à une ulcération avancée ; garder son calme et réconforter un malade agressif ou agité ; rire avec un malade déprimé par la dégradation de son état, etc. Le bien être émotionnel est considéré comme une des clés de la guérison, notamment pour les troubles psychiques. Les tensions, les engueulades au sein des équipes, se répercutent directement sur les symptômes des patients. Quand la relation verbale est rendue difficile par les troubles psychiques, la communication non verbale, émotionnelle, prend toute son importance.

Psychologues intervenant à l'hôpital, formatrices, cadres préconisent des techniques pour maitriser les émotions. La relaxation tout d'abord : si les émotions ne sont pas directement contrôlables (on ne décide pas d'être en colère ou joyeux) certaines manifestations corporelles des émotions sont plus

---

[1] *The managed heart*, University of California Press, 1983.

[2] Par exemple : James N., emotional labour: skill and work in the social regulation of feelings, *The Sociological Review*, 37, 1, pp. 15–42, 1989 ou Loriol M, La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière, *Prévenir*, 40, 2001, pp. 183-188.

accessibles à notre volonté. Quand on est en colère, le rythme cardiaque s'accélère, les muscles se contractent, la respiration devient plus rapide et saccadée. Chercher à se détendre musculairement et contrôler sa respiration (respiration ralentie, profonde et abdominale) pourrait alors aider à sortir plus vite de sa colère. Les techniques de relaxation sont assez souvent enseignées dans les stages de gestion du stress ou des conflits proposés aux soignants. La protocolisation et la codification des séquences de travail en gestes simples permettent ensuite au soignant de se concentrer sur la part technique de son activité et de donner moins de prises à ses émotions, de ne pas se sentir pris au dépourvu et de dépersonnaliser la relation. Par exemple, la toilette peut être divisée, dans les manuels, en une trentaine d'étapes. Autre exemple : dans un service de réanimation pédiatrique, la conduite à tenir avec la famille en cas de décès d'un enfant a été définie avec une grande précision par l'équipe avec l'aide des psychologues du service. Censé être pensés rationnellement (prise en compte des savoirs scientifiques, de l'expérience collective), ces protocoles ont pour ambition de rendre la relation plus efficace et moins traumatisante pour les soignants. L'évitement, enfin : si, lors d'une interaction, il n'est plus possible de retenir ses émotions dans le cadre prescrit par le rôle professionnel, il est conseillé de se retirer provisoirement de la relation, le temps de « retrouver ses esprits ».

Toutes ces techniques envisagent la gestion des émotions comme une affaire de compétence personnelle dont la responsabilité incombe à l'infirmière elle-même, alors que le travail émotionnel est d'abord une question d'organisation, de collectif et de contexte.

Le travail émotionnel est également central pour la santé des soignants. La théorie du *burn out* explique que si un soignant s'investit trop émotionnellement auprès des malades, il risque d'épuiser ses réserves d'énergie et d'empathie. Afin de se protéger d'un épuisement total, il va donc peu à peu se désinvestir de la relation jusqu'à déshumaniser le malade, c'est-à-dire le considérer comme une chose plutôt que comme une personne. Ce faisant, il perd ce qui fait la richesse et l'intérêt de son métier, la fierté de faire un travail de qualité, c'est ce que les psychologues appellent la perte d'accomplissement professionnel. Pour éviter cela, le soignant doit trouver la juste distance entre trop et trop peu dans la relation. Mais qu'est-ce que ce « trop » ou ce « trop peu » d'implication dans la relation, qu'est-ce que s'investir suffisamment pour être un bon soignant qui ne s'épuise pas mais peut continuer à être fier de son travail ?

Une question de normes sociales

L'observation montre que ce « bon » niveau d'engagement dépend à la fois du contexte, de l'organisation et des moyens disponibles, mais aussi de normes collectives validées par le groupe de travail, des représentations sociales en vigueur dans le service. Le degré d'empathie, d'investissement de soi auprès du malade, peut faire l'objet de controverses ou de conflits au sein du collectif de travail. Dans un service, les infirmières originaires des DOM-TOM reprochent ainsi aux métropolitaines d'être des « sans-cœur ». Les personnes mises en cause contre-attaquent en reprochant à leurs accusatrices d'être feignantes, peu efficaces, de laisser aux autres la plus grosse part du travail. Dans un autre où sont hospitalisées des personnes âgées, une partie des soignants s'érigent contre la surveillante accusées de promouvoir « des soins à la chaîne ». Dans des services où interviennent des unités de soin palliatifs auprès de malade mourants, il n'est pas rare de voir éclater des désaccords sur l'engagement et l'empathie attendus, les infirmières des unités mobiles reprochant à leurs collègues du service leur manque supposé d'empathie alors que pour ces dernières il s'agit avant tout d'une prise de distance nécessaire du fait du manque de temps à consacrer à chaque malade. Dans les collectifs fragilisés par de telles divergences, le travail émotionnel s'en trouve perturbé, ce qui se traduit par de plus grandes tensions avec les patients, une insatisfaction de la part des soignants quant au service rendu et l'expression plus fréquente d'un mal-être.

Le travail de soin est un travail relationnel avec des êtres humains, donc incertain et singulier. Malgré tous les efforts réalisés, certain malades peuvent rester rétifs au travail émotionnel : « *La prise en charge de certains patients est très difficile ; lorsque l'on doit gérer leur agressivité verbale et parfois physique (rarement) sans se laisser déborder par ses propres émotions. On a l'impression que quoique l'on fasse, certaines personnes ne seront jamais satisfaites et qu'elles cherchent justement l'erreur que l'on peut commettre* » explique cette infirmière en clinique privée. Dans de tels cas, le

soutien des collègues et de la cadre pour garantir que c'est bien le malade ou le manque de moyens (et non la compétence du soignant) qui sont en cause est indispensable au maintien du sentiment d'accomplissement professionnel. En son absence, le soignant se sentira désavoué : « *Si parfois on a un mot plus haut que l'autre ou que notre pensée nous échappe à l'encontre d'un patient, on ne cherche pas à savoir le pourquoi du comment ni comment ça s'est passé avant, mais la hiérarchie nous sanctionne rapidement, pas de droit à l'erreur !* » (Infirmière, Hôpital local).

Un travail largement collectif

Les stratégies collectives mises en œuvre par les soignants (comme dans par d'autres professionnels confrontés à des situations difficiles) peuvent être résumées à travers trois grandes catégories d'action. Tout d'abord, redéfinir un certain nombre de contraintes ou de difficultés comme acceptables ou normales, faisant partie des « risques du métier » et nécessaires pour la réalisation d'un beau travail dont on peut collectivement être fier. Des éléments a-priori perçus comme du « sale boulot » sont redéfinis comme faisant partie du « cœur de métier », des tâches intéressantes. Dans les services de soins palliatifs, par exemple, il n'est pas rare d'entendre les soignants défendre l'idée que travailler avec des malades mourant n'est pas si pénible. La théorie des cinq étapes du psychiatre Elisabeth Kübler-Ross (phase de choc et de refus de la mort, colère et révolte, marchandage où le patient tente de négocier l'échéance fatale, épisode dépressif, puis acceptation apaisée) donne un sens aux réactions, y compris négatives, du patient. Tout un discours est développé sur la « bonne mort » et sur l'enrichissement personnel que peut représenter pour les soignants le contact avec des personnes mourantes. . Il est difficile d'être seul à croire à une définition de la réalité que ne partage pas son entourage. Une infirmière qui serait seule dans un service à déclarer aimer travailler auprès de malades connaissant de grandes souffrances serait considérée comme sadique. La construction de ce type de stratégie collective nécessite une certaine stabilité et une certaine vie sociale dans l'équipe (d'où l'importance souvent soulignée des pauses café et cigarette). Les nouvelles arrivantes doivent être initiées si elles ne veulent pas prendre le risque d'être rejetées ou de faire éclater le groupe. D'après mes entretiens, la représentation de la misère comme expérience intéressante est plus évidente et moins discutée à l'hôpital Max Fourestier de Nanterre, qui a depuis longtemps une tradition d'accueil des exclus, qu'aux urgences d'un hôpital parisien, où la prise en charge des SDF est un phénomène plus limité.

Les attitudes pénibles des malades dont on doit s'occuper peuvent être redéfinies collectivement afin de leur donner un sens plus acceptable. Les infirmières s'efforcent en effet de reconstruire et de modeler – réellement ou symboliquement – les malades afin de les faire correspondre au mieux à la réalisation idéale de leur activité. Tout d'abord en excluant ou mettant à distance les « mauvais »malades (entrer le moins possible dans leur chambre, limiter le nombre de malades difficiles dans le service). Ensuite en changeant la vision ou la représentation de l'usager désagréable pour le rendre plus supportable (par exemple untel est agressif ou manque d'hygiène à cause de sa maladie ou de sa situation sociale et non par méchanceté envers l'infirmière). Enfin, en redéfinissant à la place de l'usager ses attentes, ce qui est bien pour lui pour se concentrer sur ce qui est le plus valorisant professionnellement.

Ensuite, par l'entraide, la résolution en amont des difficultés, l'action sur l'environnement, le partage de ficelles du métier, la division du travail entre soi, etc., le groupe soignant peut tenter d'agir sur les stresseurs pour les réduire ou les contrôler. Par exemple en présentant un front commun face à un malade agressif, l'équipe peut augmenter ses chances de le calmer. Les échanges entre soignants, des connaissances utiles sur les malades, l'évolution de leurs pathologies et de leurs comportement, peuvent être échangées : celui-là il faut le prendre de telle façon ; tel autre doit faire l'objet d'une certaine méfiance car il peut à tout moment exploser, etc. L'organisation collective permet également d'agir sur les cadres de travail et d'interaction avec les malades. Ainsi, les soignants de centres hospitaliers psychiatriques ont parfois créé des associations professionnelles ayant pour but de dégager des moyens pour organiser des activités extrahospitalières avec les patients (voyages, sorties, tournois sportifs ou ludiques, etc.) qui sont autant d'occasion de nouer des liens plus détendus et plaisant avec les malades et de réduire l'agressivité.

Enfin, redéfinir le sens de la pénibilité ou de l'inconfort ressenti pour en faire non pas la manifestation d'une fragilité individuelle, mais le symptôme d'une condition partagée collectivement et contre laquelle on peut et on doit lutter ensemble. Plutôt que de parler de *burn out*, de stress ou de harcèlement, on décrit la situation comme de l'exploitation, de l'aliénation, un conflit d'intérêt entres « eux » (la direction, les décideurs publics) qui ne connaissent rien au travail soignant et ne voient que la rentabilité à court terme et « nous », les infirmières de métier qui savent ce qu'est la qualité des soins, la satisfaction des besoins des malades et les moyens qu'il faut mettre en œuvre pour l'obtenir. De cette façon, les imperfections des services rendus aux patients ne sont pas vécues exclusivement sous le registre de la culpabilité individuelle (« *je suis une mauvaise infirmière* »), mais plus de la contestation (« *c'est le résultat de choix politiques, la seule chose que l'on puisse éventuellement faire est de s'y opposer* »).

Conclusion

Tout ce qui peut affaiblir les collectifs de travail et les normes professionnelles partagées – comme les pressions à la productivité, les indicateurs quantitatifs d'activité, le recours à des intérimaires, la baisse des temps de transmission, etc. – rend plus difficile ce travail collectif de construction du « bon » investissement de soi. On ne gère pas seul ses émotions, mais en les partageant avec d'autres, de façon informelle – ou quand cela n'est pas le cas spontanément, de façon plus organisée et volontariste au sein de groupes de parole – afin de construire un sens acceptable pour les difficultés rencontrées[3]. Les réformes hospitalières ne reconnaissent pas l'importance du travail émotionnel car il est difficile à mesurer. La rationalisation du travail soignant peut, par exemple, dans certains hôpitaux psychiatriques, conduire à distinguer le « thérapeutique » (réalisé par les médecins et les infirmiers) de « l'occupationnel », plutôt effectué par les aides soignants et ASH. Ce travail relationnel est ainsi dévalorisé dans les indicateurs d'activité. De même, la focalisation sur la durée moyenne de séjour (DMS) induite par la T2A conduit à chercher à vider les lits le plus vite possible, à se centrer sur les pathologies « rentables » (c'est-à-dire pour lesquelles on peut faire « tourner » les malades) au détriment de la construction d'une relation de confiance nécessaire aux soins. Il n'est même pas certain que le fait de renvoyer trop tôt les patients chez eux ou de laisser dans la nature des malades psychotique ne soit pas au final plus couteux pour la collectivité.

[3] Rimé B., *Le partage social des émotions*, Presses Universitaires de France, Collection : Psychologie sociale, 2005.