



HAL
open science

La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière

Marc Loriol

► **To cite this version:**

Marc Loriol. La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. *Prevenir*, 2001, 40, pp.183-188.
halshs-00361300

HAL Id: halshs-00361300

<https://shs.hal.science/halshs-00361300>

Submitted on 13 Feb 2009

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.

La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière

Marc LORIOU

(Laboratoire Georges Friedmann, CNRS/Paris I)

En raison des responsabilités, du contact avec la souffrance, la mort et la saleté et d'une pratique professionnelle qui s'appuie sur des compétences difficiles à objectiver, l'activité infirmière est généralement perçue comme stressante et fatigante. La fatigue, même dans sa dimension physique, est souvent associée à la relation au malade : ainsi, le mal de dos est autant lié au sentiment de ne pas pouvoir entretenir de bons rapports avec les patients qu'au port effectif de charges lourdes (Harber, 1988 ; Loriol 2000), la fatigue des jambes exprime également les difficultés (matérielles, organisationnelles ou psychologiques) qu'il peut y avoir à s'asseoir pour prendre le temps d'échanger quelques mots avec un malade (Estry-Béhar, 1997). Cela est encore plus évident lorsque l'on aborde le stress et la fatigue mentale.

Dans l'imaginaire infirmier, l'investissement personnel du soignant a pour récompense la reconnaissance du malade : « J'ai un métier relationnel que j'aime et qui m'apporte énormément de satisfactions [...] : soulager la douleur physique et morale, aider les malades à passer le cap difficile de la maladie... Le sourire et le merci d'un malade dont je me suis occupé est la plus belle récompense dans le métier. » La satisfaction au travail est souvent associée aux bonnes relations avec les malades (Paugam, 2000). Mais entre cet idéal et la réalité, les écarts sont parfois cruels et les infirmières expérimentées reprochent souvent aux élèves-infirmières ou aux débutantes cette vision romantique du métier. Cette déception à l'égard des malades et le repli sur les procédures réglementaires constituent des manifestations typiques de ce que les infirmières qualifient « d'usure professionnelle » et les psychologues de *burn out*¹. Les difficultés relationnelles sont d'autant plus des sources d'insatisfaction pour l'infirmière que celle-ci conçoit son rôle comme un rôle d'aide et de protection pour une personne en situation de faiblesse. L'agressivité du malade doit être acceptée et il ne reste à l'infirmière qu'à « prendre sur soi ».

Le travail sur l'humain, notamment lorsqu'il s'agit de porter secours à celui qui est fragilisé par la maladie, est nécessairement porteur d'une forte charge émotionnelle. Mais dans le même temps, le travail relationnel est porteur d'incertitudes : il n'est pas possible de prévoir comment l'autre va se comporter, va recevoir le service, s'il va exprimer ou non de la reconnaissance, de la gratitude. La réalité peut donc facilement différer de la situation idéalisée par l'idéologie professionnelle. Les théories psychologiques sur le *burn out* se présentent comme un moyen de dépasser cette incertitude, comme un discours sur la bonne relation au « client ». Elles s'inscrivent ainsi dans un processus de rationalisation du travail relationnel : l'engagement personnel incontrôlé doit laisser la place à une distanciation toute professionnelle.

Le plus souvent les malades ne sont pas agressifs avec l'infirmières, mais la reconnaissance de son travail reste problématique. Si le malade est capable de reconnaître la gentillesse, celle-ci ne constitue pas une compétence professionnelle. Les infirmières interrogées reprochent parfois aux malades ou à leur famille de ne pas suffisamment reconnaître leur travail « relationnel », de ne valoriser que le soin médical et non le soin infirmier ; ainsi cette infirmière de pneumologie pédiatrique : « La prescription est hiérarchiquement beaucoup plus valorisée que sa bonne exécution qui représente beaucoup de travail pour l'infirmière : physique, psychologique et affectif. 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. » Cet exemple du soins aux enfants illustre la difficulté de faire reconnaître comme

¹ Ce terme, issu de l'aérospatiale et popularisé par Freudenberger (1974), exprime le moment où une fusée, après avoir trop rapidement brûlé tout son carburant, retombe au sol. Pour Christina Maslsach (1978), le *burn out* est « un état émotionnel dans lequel le travailleur perd ses sentiments de positivité (optimisme), sa sympathie et son respect envers la clientèle. Cet épuisement moral s'accompagne souvent d'un épuisement physique, de maladies et de troubles évoluant sur un mode psychosomatique. »

compétence professionnelle ce qui peut sembler si proche d'un savoir profane (nourrir et réconforter un enfant). Le travail de l'infirmière doit être compris comme étant d'une autre nature que celui que pourrait faire la famille ou une personne dévouée. L'infirmière est en fait prise dans une sorte de dilemme : Soit elle opte plutôt pour le dévouement au malade, acceptant ses sautes d'humeur, les prenant sur elle ; sa gentillesse peut être reconnue, mais pas forcément car le malade n'a pas la même vision de la situation que l'infirmière. De plus sa compétence spécifiquement professionnelle est ignorée, ce qui risque de rendre plus problématique l'estime de soi et la reconnaissance dans le travail. Soit, pour éviter cette souffrance, l'infirmière refuse « d'excuser » le malade de sa non-compliance et se replie sur les aspects techniques et administratifs de son travail, sur le groupe des pairs. Mais alors, elle perd ce qui est censé fonder, dans les représentations professionnelles, le sens de l'activité infirmière, la source de la satisfaction au travail.

I- Le travail émotionnel

Pour surmonter ces différentes sources potentielles de souffrance de fatigue ou de stress, l'infirmière met en œuvre, le plus souvent en relation avec ses collègues et les autres membres de l'équipe, un travail sur ses propres émotions et ses représentations. Sans parler des actions destinées à maîtriser les réactions des patients, le travail émotionnel (Hochschild, 1983) peut prendre deux grandes formes : un travail de contrôle de son humeur et de son émotivité du moment, un travail sur ses représentations, la façon de percevoir et de ressentir les événements pénibles.

Dans le premier cas, plusieurs techniques, plus ou moins formelles, permettent, comme les infirmières le disent elles-mêmes, de « prendre du recul ». La plus simple est de se retirer provisoirement de la relation et du travail : « En fait, ça se gère, le stress, il suffit de se dire : Je n'ai aucune relation utile avec cette personne, il n'y a pas de raison que ça me prenne la tête, je ne rentre pas dans son jeu ! » alors je vais aller dans la salle de soin, je vais aller demander à une collègue de me remplacer pendant un moment, je vais me prendre un verre d'eau et puis fumer une cigarette, je vais souffler » (pool infirmier). Mais cela n'est pas toujours possible et il est souvent nécessaire de savoir contrôler ses émotions dans la relation même. Le principal moyen d'y parvenir est de ne pas prendre pour soi la souffrance ou l'agressivité adressées à l'infirmière. Pour cela, il faut distinguer, d'une certaine façon, la personne de la fonction, séparer, comme le disent certains cadres infirmiers, le « moi personnel du moi professionnel », le rôle, de celle qui l'exécute. Dans la plupart des métiers relationnels, les discours sur la « juste distance » sont très fréquents. La distanciation, en effet, ne doit pas donner l'impression que l'on se désintéresse de l'autre, ce qui nuirait à la qualité du travail et rendrait encore plus mauvaises les relations. Mais comment donner de l'affection, de l'empathie sans s'engager personnellement ? Quand une réponse est apportée, elle est de l'ordre de la technique, comme par exemple le « touché affectif » qui précise les gestes à mettre en œuvre et leur durée pour calmer certains malades agités (Druhle, 2000). Une telle approche mécaniste risque vite de devenir humiliante pour celui qui la met en œuvre comme pour celui qui la reçoit.

L'autre grand moyen de contrôler ses émotions est d'agir sur les représentations ou le sens que l'on donne à la situation. Face à un malade agressif, il s'agit d'interpréter son agressivité comme la conséquence de son état de santé ou de son angoisse et non comme une attaque personnelle. C'est le cas, par exemple, de cette infirmière de gynécologie. Les femmes qui avortent plusieurs fois de suite sont pour elle une source de contradiction entre son système normatif et ses réactions personnelles : elle sait que son rôle de soignante lui dicte de s'occuper de la même façon de toutes les patientes, même de celles qu'elle désapprouve. « La plupart des opérées ont faim en revenant du bloc [...], elles ne pensent qu'à manger, à fumer. On peut se dire que quand même, je peux dire le mot parce que c'est vrai, elles viennent de tuer un bébé [...]. Il y a beaucoup de gens que ça choque, je peux comprendre pourquoi. » Mais ce comportement est accepté et excusé en étant retraduit en une question purement physiologique : « Si elles réclament à manger, c'est parce qu'elles sont encore enceintes, parce que les hormones circulent quand même, donc elles ont faim comme toute femme enceinte à jeun. » Le repli sur l'aspect technique du travail est accepté parce qu'il fait l'objet d'un consensus au sein de l'équipe en accord avec le chef de service et la psychologue qui contribue à faire accepter les réactions des patientes comme « normales ».

De même, il est parfois possible de positiver ce qui est traditionnellement attaché à des valeurs négatives. Dans les services de soins palliatifs, par exemple, on observe, au moins dans les discours, un processus d'inversion des valeurs : la mort se voit chargée d'une certaine dimension positive, le mourant est investi d'un savoir, d'une expérience, dont ne disposerait pas le commun des mortels. Le contact avec la mort et les mourants peut alors être présenté comme enrichissant, voire intéressant pour le personnel soignant. De même, les établissements recevant un grand nombre de SDF, comme l'hôpital Max Fourestier de Nanterre, peuvent encourager des discours semblables : « On prend l'habitude du contact avec ces personnes. Elles ne sont pas du tout déplaisantes, bien au contraire... C'est même très plaisant de travailler avec eux, je pense. C'est vrai qu'en dialoguant avec eux, on apprend énormément de choses. Donc, une fois qu'ils sont biens rétablis, parce qu'ils viennent souvent pour la même pathologie, on peut dialoguer avec eux et c'est vrai qu'ils sont très intéressants. On apprend pourquoi ils sont dans cet état là... C'est enrichissant, quand même. » (pool infirmier).

Pour être efficace, une telle représentation de la confrontation avec la misère ou la mort comme expérience potentiellement intéressante ou enrichissante doit à la fois s'inscrire dans une « théorie » globale pouvant expliquer la nature de cet intérêt et être reprise et constamment réaffirmée par le petit groupe des collègues. Il est très 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 n'a rien d'évident. Elle 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 les entretiens, la représentation de la misère comme expérience intéressante est plus évidente et moins discutée à l'hôpital Max Fourestier, qui a depuis longtemps une tradition d'accueil des personnes en grande pauvreté, qu'aux urgences de Laënnec, où la prise en charge des SDF est un phénomène plus limité.

Par comparaison avec l'infirmière actuelle, l'infirmière « religieuse », ou du moins son idéal type, était sans doute mieux armée pour transformer symboliquement l'expérience de la mort, de la souffrance ou de la misère en une expérience valorisante. La religion chrétienne, à travers l'image du christ souffrant sur la croix pour sauver l'humanité, offre en effet un schéma pré-construit de transformation de la souffrance en valeur positive. Aujourd'hui, les références religieuses explicites sont rares et ne peuvent plus constituer le fondement d'un travail de reconstruction collective de la réalité. Une autre théorie globale des rapports entre l'homme et son environnement est nécessaire. Il semble que se dessine une « vulgate » psychologique qui fait de l'expérience de situations inhabituelles et des rencontres de personnes différentes une source d'enrichissement personnel. A la question : « que pensez-vous de l'expression, le travail c'est la santé ? », il a été obtenu la plupart du temps une réponse positive. L'explication la plus fréquente repose sur l'idée que « voir des choses différentes », « rencontrer des gens intéressants », « voir du monde » constituait un facteur de « santé morale », donc de santé tout court. Dans la « nouvelle » psychologie élaborée pour les soignants, l'expérience peut être soit traumatisante, soit enrichissante, mais elle a forcément une action sur le psychisme individuel et le soignant doit tout faire pour qu'elle soit positive. Dans un guide sur la gestion du stress des soignants (Choque, 1993, p. 110) il est ainsi précisé : « Tout ce qui nous arrive peut être source de maturation et les notions d'échec, de succès, se transforment en notions d'expérience. Cette attitude nous permet également d'être toujours prêt au changement puisque nous acceptons la réalité du moment présent, et de ne pas craindre la nouveauté : tout ce que je fais aujourd'hui me servira demain à vivre encore mieux de nouvelles situations ». Dans ce cadre théorique, il est possible de penser l'expérience de la douleur ou de la mort d'autrui comme enrichissante ou de penser qu'une personne proche de la mort ou ayant connu des phénomènes d'exclusion a des choses intéressantes à communiquer à ses proches.

Pour élaborer et conserver de telles représentations, les discussions avec les autres membres de l'équipe sont nécessaires. Plusieurs recherches récentes en psychologie ont montré que le fait de parler de ses émotions négatives à autrui pouvait avoir un effet positif pour la santé, non pas par un effet de catharsis ou d'abréaction, comme le pensaient Freud ou Breuer, mais parce que cela est souvent l'occasion de construire collectivement un sens acceptable pour les événements à l'origine des émotions en question (Rimé, 2000). Ces échanges peuvent parfois prendre une forme particulière et quasi institutionnalisée dans les « groupes de parole » qui se réunissent régulièrement dans certains services ou certains hôpitaux sous la direction d'un psychologue ou d'un psychanalyste.

II- Du travail émotionnel à la gestion du stress

Le travail émotionnel qui permet de supporter les pénibilités psychiques propres au métier d'infirmière est à la fois important et difficile à mettre en œuvre. C'est le cas notamment quand la charge de travail augmente sous l'effet conjugué des restrictions en termes d'effectifs et de l'intensification des soins liée au progrès technique et à la réduction des durées de séjour. Les manifestations infirmières de 1988 et 1991 ont mis en avant ces difficultés liées aux conditions de travail et aux effectifs. Pour les infirmières, une des principales revendications était l'augmentation des effectifs de façon à réduire la charge de travail, jugée excessive, et ainsi permettre aux soignants de mieux assurer auprès des patients leur mission psychosociale. L'amélioration des conditions de travail, la revalorisation du statut au sein des professions médicales et la difficulté à réaliser le travail relationnel constituent le cœur de ce qui a été qualifié de « malaise infirmier ».

Face à ces revendications, le ministère en charge de la santé et les directions hospitalières vont réagir en développant de façon formelle et organisée un travail psychologique de gestion du stress et de l'épuisement émotionnel qui semble se faire plus difficilement spontanément. A l'AP-HP, par exemple, des salles de détente sont mise à la disposition du personnel, dans certains services des groupes de paroles sont constitués, des formations à la gestion du stress sont proposées et des informations sur le *burn out* (articles dans les revues internes, brochures d'information...) sont diffusées auprès du personnel. Les programmes de formation à la gestion du stress témoignent de la volonté de gérer des problèmes ayant une dimension globale par une action sur le mental des individus. Voici à titre d'exemple comment la responsable d'un important centre de formation parisien, Line Masson, présente ce type de stage dans un article d'une revue professionnelle² : « Les échanges en groupe permettent de porter un autre regard sur la question du stress. D'une agression extérieure à l'organisme ne pouvant que le meurtrir, il devient une perturbation dans l'interaction organisme/environnement. C'est souvent la réaction au trouble provoqué qui favorise ou amplifie la souffrance intérieure ». Comme le précise l'auteur, il s'agit de travailler sur « l'imaginaire » et « la dimension fantasmatique des difficultés rencontrées » (sic), ce qui correspond finalement à une sorte de méthode Coué : « Changer son cinéma intérieur permet de modifier ses réactions internes physiques et émotionnelles. » Ces idées constituent le point central des techniques de gestion du stress et de l'épuisement professionnel. Il s'agit de professionnaliser le travail relationnel pour faire de l'engagement émotionnel une simple question technique. Ainsi, dans un service de réanimation pédiatrique, le psychiatre Pierre Canoui propose, pour aider les soignants à faire face à la mort, de « considérer la mort de la même manière et avec autant de précision et de rigueur que si l'on abordait un syndrome ou une maladie nouvelle, de façon à ce que la prise en charge soit pensée presque selon un plan de soin ou un protocole intégrant toute l'équipe médicale. » Il faut transformer ce qui pourrait être vécu comme une situation d'impuissance et de souffrance individuelle en une situation où chaque catégorie de soignant a une tâche précise à réaliser en vue d'un objectif positif.

Cette vision du stress ou du *burn out* comme conséquences d'une insuffisante professionnalisation est paradoxalement bien acceptée par les infirmières qui y voient surtout une reconnaissance implicite de leur fort engagement personnel. Une telle acceptation de cette psychologisation des conditions de travail ne se retrouve pas forcément dans d'autres groupes professionnels. Les techniques psychologiques de gestion du stress peuvent être une aide pour le salarié si elles s'inscrivent dans une organisation du travail qui permet la construction d'une identité positive. Mais de telles techniques peuvent avoir des répercussions négatives -irritabilité avec les proches ou au contraire difficultés à exprimer ses sentiments dans la vie quotidienne ou à se révolter contre les injustices- quand les salariés ne s'y reconnaissent pas.

² Revue de l'infirmière, janvier 1994.

Références bibliographiques

Choque S. et J., 1993, *Guide anti-stress. Le bien-être des soignants*, Lamarre / Les Editions Agence d'Arc, 191 p.

Druhle M., 2000, Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle, dans *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail* (dirigé par Cresson G. et Schweyer F.X.), Rennes, Ed° del'ENSP, pp. 15-29.

Estryn-Béhar M., 1997, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, Paris, ESTEM, 245 p.

Freudenberger H.J., 1974, *Staff Burn out*, *Journal of Social Issue*, XXX, 1, 159-165.

Harber P., 1988, Nurses Beliefs about causes of occupational back pain, *Journal of occupational Medicine*, XXX, n. 10, 797-800.

Hochschild A., 1983, *The Managed Heart. Commercialization of human feeling*, Berkeley, University of California Press, 307 p.

Loriol M., 2000, *Le temps de la fatigue. La gestion du mal-être au travail*, Paris, Anthropos, coll. « Sociologiques »

Maslach C., 1978, The Client Role in *Staff Burn out*, *Journal of social issues*, XXXIV, 11-24.

Paugam S., 2000, *Le salarié de la précarité*, Paris, PUF, coll. « Le lien social », 437 p.

Rimé B., 2000, Faut-il parler de ses émotions ?, *Sciences Humaines*, n° 104, p. 16-20.