



Bourgogne et Franche-Comté



CATÉIS

"Portraits d'expérience"

*Le rapport au travail des professionnels
du secteur public de la Santé*

“Portraits d’expérience”

Le rapport au travail des professionnels
du secteur public de la Santé

réalisé par **Franck Martini**
Cabinet CATEIS

**pour l’ANFH Bourgogne
et l’ANFH Franche-Comté**



AVERTISSEMENT AUX LECTEURS

L'ANFH Bourgogne et l'ANFH Franche-Comté ont réalisé ces **"Portraits d'expérience. Le rapport au travail des professionnels du secteur public de la Santé"** afin de répondre aux nombreux questionnements sur les conditions de réalisation du travail, questionnements à la fois des salariés mais aussi des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Il est nécessaire de préciser ici, d'une part que les paroles recueillies n'engagent que leurs auteurs et, d'autre part que la diffusion de cet ouvrage n'a pas pour objet de véhiculer une quelconque idéologie.

En effet, le seul objectif poursuivi par l'ANFH est de provoquer une réflexion en amont de la mise en place de dispositifs de formation sur des thèmes qui préoccupent aujourd'hui l'ensemble des entreprises françaises :

- les conditions de réalisation du travail,
- la santé au travail et les risques professionnels,
- les relations professionnelles et sociales,
- la gestion des ressources humaines et des compétences,
- la gestion des âges et des parcours professionnels,
- le changement technologique et la modernisation.

REMERCIEMENTS

Chaleureux remerciements aux 11 agents qui ont accepté de parler de leur métier, de leur vie au travail et ainsi ont permis l'existence de cet ouvrage.

SOMMAIRE

Avertissement aux lecteurs	2
Remerciements	3
Introduction	5
PORTRAITS - partie 1	
Madame A., Aide-soignante	12
Madame B., Aide-soignante	19
Madame C., IDE Long séjour	26
Analyse	30
PORTRAITS - Partie 2	
Monsieur A., Brancardier	32
Monsieur B., Maître-ouvrier cuisine centrale CHU	37
Madame D., Infirmière d'accueil	42
Analyse	49
PORTRAITS - Partie 3	
Madame E., ISP	51
Madame F., IDE en CHS	56
Monsieur C., IDE en CHS	60
Analyse	63
PORTRAITS - Partie 4	
Madame G., Cadre infirmier	65
Madame H., Cadre infirmier	69
Analyse	73
Conclusion	74
Bibliographie	80

INTRODUCTION

Un double enjeu

Des bouleversements importants des points de vue économique, social et réglementaire traversent le secteur hospitalier public. On peut ainsi lister des éléments forts et de natures variées qui modifient le contexte et pour partie la finalité des pratiques: évolutions organisationnelles (trente-cinq heures, accréditation...) et techniques, modification des rapports aux familles et aux patients, des métiers, transformation de la fonction sociale de l'hôpital...

On pourrait développer à l'envi. Ces dimensions nouvelles sont chacune porteuses de conséquences parfois inattendues et dont on ne mesure pas toujours la portée. D'autant plus que tout cela se produit dans une durée de temps extrêmement limitée: peut-on faire le compte de ce qui s'est passé en dix ans?

Si on ajoute aux facteurs qui viennent d'être cités la difficulté intrinsèque de l'activité, les conditions effectives de travail ou les incertitudes liées à l'avenir on voit bien que tout est réuni pour qu'un trouble apparaisse. Un inévitable malaise est perceptible chez les professionnels. En outre, dans le secteur comme ailleurs depuis quelques années les aspirations individuelles s'expriment de plus en plus: on ne considère plus le travail uniquement comme une fin en soi.

Certes, cette énumération d'éléments d'instabilité doit aussi être saisie en contrepoint, des facteurs de continuité sont aussi à l'œuvre: les évolutions n'ont pas été synonymes partout et de manière radicale de révolution dans la réalité du travail.

Néanmoins on est face à une situation où, forcément, le rapport au travail évolue sous le poids des données évoquées. Or, la façon dont les agents du secteur hospitalier construisent leur rapport au travail est à maints égards cruciale. Ceci pour deux types de raisons, qui renvoient à deux types d'enjeux.

D'abord les établissements sont de gré ou de force confrontés à la façon dont les agents perçoivent leur activité, leur rôle et leurs conditions de travail et d'emploi: durée de vie professionnelle, montée en puissance des exigences de sens, acceptation ou non de la flexibilité, taux d'absentéisme, nature et nombre des arrêts maladie, formes de prise de responsabilité ou d'initiatives... On voit bien que le rapport au travail vient frapper à la porte des logiques gestionnaires et que les acteurs qui les assument sont amenés à s'y intéresser. Des choix relatifs au pilotage des carrières, à l'accès à la formation, à la mobilité, aux modes de management peuvent s'en trouver modifiés.

Ensuite les agents sont eux-mêmes, évidemment, directement concernés: s'investir ou non, pouvoir s'épanouir ou non, se valoriser ou non...? Voilà de lourdes questions, à la fois de santé physique et mentale mais aussi de développement de soi. De ce point de vue la montée en puissance de la thématique de la souffrance au travail, déclinée sous ses différentes formes ou expressions (stress, usure, épuisement professionnel, harcèlement...) peut prendre valeur de symptôme. De manière empirique un certain nombre de constats peuvent être faits relativement à l'importance des conflits, des oppositions, des difficultés éprouvées... Il suffit pour cela d'écouter les médecins du travail.

Cela signifie-t-il que tout le monde souffre? Pas du tout, cela témoigne simplement qu'il y a, comme nous disions, un malaise, et que ce malaise s'exprime d'abord dans le rapport à l'activité professionnelle. Le travail est un lieu de vie, nécessairement complexe et contradictoire. On ne peut lire unilatéralement ce qui s'y joue.

Avec le rapport au travail on est dans l'espace où se noue ce qui à la fois relève de l'efficacité et de l'identité professionnelle, de la santé et de la qualité des soins, du sens et de l'implication. En effet, pour chacun de nous le travail est une expérience globale : il ne désigne pas simplement ce qu'il y a à faire, mais en sus l'ensemble des conditions physiques et relationnelles dans lesquelles l'activité se réalise.

C'est dire s'il est nécessaire et important de comprendre ce qui bouge dans le rapport au travail, comment il se construit, comment il évolue, comment des ruptures et des continuités interviennent.

L'objet à la fois ambitieux et modeste de ce projet est d'essayer de mettre en lumière comment, pour quelques professionnels, se tissent les fils du sens et du non-sens, se vivent et se ressentent les situations de travail. Projet dérisoire puisqu'il ne parle que d'une poignée d'individus, projet essentiel puisqu'il se propose de donner à voir une part souvent cachée de la réalité même du quotidien de l'hôpital.

Le parti-pris de l'expérience

Comprendre le rapport au travail, c'est comprendre comment chacun s'affronte au travail dans ce qu'il représente d'épreuves, de peines et de difficultés, mais aussi de partage, d'apprentissages et de dépassements. Il faut donc passer par la singularité, et adopter une posture qui à la fois prend le travail au sérieux, et prend ceux qui travaillent au sérieux.

Personne, à part celui qui travaille, ne peut exprimer les conclusions intimes tirées de l'exercice d'une activité et d'un parcours professionnel. Qui peut dire à part nous la façon dont nous allons vivre l'écart entre la réalité et ce que l'on escomptait y trouver? Tout un ensemble d'acteurs sont en droit et en possibilité de parler de notre travail, et en premier lieu ceux qui en dépendent et ceux qui l'évaluent. Mais nul ne peut dire à notre place l'expérience que nous en retirons.

Cette considération nous conduit à mettre en avant le point de vue de l'expérience, ou plutôt le point de vue des sujets à partir de leur expérience. En l'occurrence c'est un parti-pris mais c'est aussi une nécessité si l'on veut appréhender la matière concrète dont sont tissées les relations entre professionnels, et les relations qu'ils tissent à leur activité et à leur emploi.

On a voulu donner à voir la diversité des réalités et des expériences à travers une dizaine de "portraits d'expérience", c'est-à-dire à travers la parole d'une dizaine d'agents qui ont accepté de parler de leur travail. Ces agents sont de catégories différentes, d'âges différents, exercent des métiers différents, et ont des parcours et des trajectoires variés.

L'ensemble s'appelle "portraits d'expérience" car ce sont bien des individus qui sont au centre de la démarche, et ce sont des visages que l'on voit se dessiner à travers le récit de leur expérience, en même temps qu'une infime partie de la somme, individuellement agencée, de leurs déceptions, de leurs joies et de leurs acquis.

Cette entreprise ne vise pas le recueil d'une plainte ou d'une opinion, l'expression d'une satisfaction ou d'une insatisfaction. Elle n'a de consistance que dans la prise de distance. Ainsi les entretiens vont au-delà de la simple restitution d'un ressenti : ils tentent de donner à voir la réalité du travail, des rapports au travail, des conditions de travail, la façon dont les individus et les collectifs construisent leur vie au travail...

Comment dans chaque situation jouent les possibles contre les impossibles? Voilà la question qui guide le projet. Cette tentative est selon nous amplement justifiée par le manque de visibilité des pratiques réelles et des richesses détenues par les agents.

Mais pour qu'une parole de cette sorte s'exprime il faut quelques conditions :

- Tout d'abord la liberté d'expression, c'est-à-dire la possibilité de parler sans contraintes et sans crainte de retombées négatives. C'est ce qui motive l'anonymat des entretiens.
- Faire en sorte que les individus n'aient d'autre visée que de faire partager leur expérience. Sinon on peut toujours penser, comme dans une négociation, que l'on travestit la réalité dans l'intention d'obtenir un gain ou un avantage.
- Clarifier les règles et les engagements réciproques, en l'occurrence faire que les entretiens tels qu'ils se présentent aient été entièrement validés voire retravaillés par leurs auteurs.
- Enfin éviter la complaisance ou la langue de bois, autrement dit s'astreindre à l'authenticité. C'est pourquoi ce qui est avancé dans les entretiens est laissé sous la responsabilité de leurs auteurs.

Quelques entrées thématiques

Sans rien dévoiler de ce qui va suivre il est tout de même frappant de constater que spontanément chacun aborde, voire développe des angles similaires... même si c'est pour dire des choses parfois forts opposées. Face à une consigne identique la parole de chacun s'articule autour de points très proches. Ils sont autant de signes ou de déclinaisons de ce qui vient structurer le rapport au travail.

Ainsi, le rapport au passé et à l'avenir, au collectif, au patient, à la hiérarchie et à l'établissement sont évoqués par chacun des agents. Ils sont le socle même de leur expression du travail. À l'intérieur de chacune de ces thématiques les développements sont variables, exprimant tour à tour des conflits ou des solidarités, des transformations ou des continuités. Néanmoins on voit se dessiner les figures de l'autre (ce patient plus ou moins proche, plus ou moins étranger), du groupe, de l'institution et du cadre qui constituent les clés d'une syntaxe partagée.

Quatre thématiques sont ensuite largement partagées :

- Le lien entre sa propre génération et selon les cas, la précédente ou la suivante : principalement pour marquer des différences dans les modes d'approche du travail, mais aussi pour parler de la transmission et de la circulation des savoirs.
- La reconnaissance et la non-reconnaissance : à la fois pour exprimer la façon dont elles se jouent, et leurs conséquences possibles.
- Le dialogue et l'échange, mis en opposition avec l'absence d'écoute et de lien. Ce point particulièrement fort apparaît de manière privilégiée comme un organisateur du sens du travail.
- La dureté des conditions physiques de travail : les aspects relatifs à la pénibilité sont très largement mis en avant. On pourrait d'ailleurs avoir une lecture des entretiens sous l'angle du corps et du ressenti corporel.

L'argent lui, n'est apparu que deux fois, et encore de manière marginale. Une fois pour marquer la différence des conditions d'emploi entre public et privé, une autre fois hors entretien proprement dit, une personne a tenu à dire combien la prime à la canicule l'avait choquée. C'est déjà en soi un enseignement.

Enfin, il est important de souligner les formes diverses de contradictions auxquelles les agents sont confrontés et qui les traversent. Nous ne citerons pas d'exemple puisque ceci sera développé ultérieurement. Mais ce fait est sensible dans tous les entretiens : par sa situation de travail chacun doit faire face à des questions délicates, parfois douloureuses qui avivent des contradictions internes.

Des enseignements comme autant de réflexions

On est avec les "portraits" dans autre chose qu'une enquête sociologique, dans autre chose que la recherche d'une "objectivité" dont on appréhende mal les contours. On est dans le discours produit à partir de la confrontation aux situations de travail.

La question de la validité de tout cela peut légitimement se poser. Quelques témoignages, forcément subjectifs, cela semble moins crédible que quelques centaines de questionnaires. Et pourtant... La possibilité (occasion rare) d'avoir accès à des expériences, à des discours singuliers (mais proches) fait que l'on en apprend parfois beaucoup plus qu'avec des pourcentages de "oui" et de "non", qui ne sont souvent que des positionnements artificiels masquant la réalité autant qu'ils la dévoilent.

Cette remarque amène à préciser l'utilité ou la fonction des "portraits". On peut distinguer quatre niveaux, appartenant à des registres différents.

- Permettre à chacun de tirer des enseignements face à d'autres situations vécues, démêler ce qui est commun et ce qui est distinct dans les problématiques d'autres professionnels. Les "portraits" peuvent ainsi être des miroirs particuliers réfléchissant l'expérience. Appréhender la réalité d'autrui est un levier extrêmement valable pour mieux saisir ses propres enjeux individuels et collectifs.

- Favoriser la mise en débats de la thématique du rapport au travail et du contenu du travail lui-même. En ce sens l'intérêt se situe dans une lecture commune au sein des équipes, des services, dans la confrontation des points de vue, la maturation des idées...

- Produire des éléments de réflexion comme autant de commentaires à travers un éclairage spécifique de la réalité. La nature de l'exercice fait qu'aucune réponse à des interrogations liées à la santé au travail ou au management ou à d'autres thèmes n'est directement inscrite dans l'ensemble des entretiens. Mais pourtant des indices, concordant ou pas avec d'autres approches, se donnent à lire et permettent de formuler des hypothèses.

- Construire des propositions et des pistes de travail dans le domaine de la formation. Le matériau qui est ici rassemblé, l'ensemble des apports constitués par les entretiens s'y prête particulièrement.

Lire les "portraits"

Les portraits ne sont pas à l'origine des textes écrits. Ils constituent des contributions orales, enregistrées, retranscrites et retravaillées. Il n'était pas possible, et cela n'aurait eu aucun sens de transformer en écrits ce qui était une parole. Le retravail des entretiens a porté sur la forme afin de faciliter la lecture. Pour autant le choix fait a été de préserver la nature orale de ces productions. Cela appelle au moins une précision.

Il faut surtout éviter de tomber dans le piège facile d'une appréciation du fond au regard du caractère de la forme. Il faut au contraire saisir que c'est aussi par la forme que se dégage le sens. Une répétition, une expression qui n'aurait pas sa place dans un texte, une formule ou un type de phrase en disent parfois plus long que beaucoup de détours plus ou moins bien rédigés. On peut, sans s'en rendre compte, ajuster le crédit donné à une lecture à son degré d'académisme dans la présentation.

Or il y a parfois plus d'intelligence dans les entretiens que dans bien des articles de spécialistes.

Les entretiens proprement dits ont été regroupés en quatre parties de deux ou trois entretiens. Cela pour trois raisons :

- Éviter un effet d'accumulation dans lequel pourraient se perdre la spécificité et la valeur de chaque contribution.

- Associer et faire jouer entre eux des entretiens qui se répondent, qui évoquent des situations proches, ou en tout cas dont l'association produit un effet supplémentaire à des lectures isolées.

- Permettre une analyse progressive des points évoqués, des éléments avancés, des thématiques. Le risque était sinon de regrouper de manière trop réductrice et synthétique des éléments de compréhension en fin de document.

Il n'est pas requis de les lire dans l'ordre. Ils peuvent se prendre dans le sens que l'on veut. On peut tout à fait, plutôt que de les parcourir de la première à la dernière page, les aborder de manière plus souple, par "morceaux" ou par parties, sans que cela ne remette en cause une compréhension générale. Au contraire, une lecture par "bribes" et par "moments" peut faciliter l'appropriation des éléments de réflexion. Il est possible également de lire l'analyse de chaque partie avant les entretiens eux-mêmes ou de procéder de manière inverse.

Enfin le lecteur a le choix entre deux postures : en "perspective" ou "à plat". Cela mérite deux mots d'explication.

"Lire à plat" c'est s'en tenir à ce qui est dit. Au fond c'est comme si on lisait des histoires, comme si on avait accès à des récits immédiats. On y voit des anecdotes, parfois des choses proches de faits divers ! C'est faire aussi la relation avec des situations vécues, des collègues... Lire "à plat" c'est être curieux des autres. C'est chercher en quoi l'on peut se reconnaître, ou au contraire apprécier en quoi l'on se distingue de ce qu'on lit. C'est du même ordre que cette interrogation, qui souvent fait le lit du lien entre soignant et soigné : "en quoi est-il proche ou éloigné de moi ?"

"Lire en perspective" souligne l'intérêt d'une distance, et donc une attention moins focalisée sur le contenu. Là, il s'agit de voir comment se dessinent des doutes, des contradictions, des mises en problématique, des affrontements indécis à des questions réelles et difficiles qui touchent aussi bien à l'intériorité des individus (leurs valeurs, leur éthique, leur image d'eux-mêmes, les arrangements de leur conscience et leurs rapports à l'autre) que l'extériorité : le travail, les contraintes...

C'est la complexité entière du travail qui se donne à voir dans une prise de position ou une réflexion donnée en passant. Derrière le descriptif, ou ce qui pourrait passer pour quelque chose de banal on lit en transparence ce qui se trame : comment chacun se débrouille avec l'ensemble des questions que lui renvoie le travail. C'est l'extraordinaire du quotidien. Car ces questions, tout de même, force est de reconnaître qu'elles sont ici conséquentes.

Que remue en nous le fait de s'exposer à la mort et à la souffrance d'autrui ? Va-t-on risquer un conflit, rester dans le silence ou opposer des arguments, aider la rumeur ou prendre du recul, participer ou non à la transmission d'un savoir, assumer ou non une responsabilité qui n'est pas nôtre pour avoir plus de marges de manœuvre... ? Va-t-on savoir comprendre telle demande ? Où y restera-t-on sourd ? Questions essentielles d'humanité que le travail met en scène.

Chaque situation décrite marque un point d'arrivée dans la position des agents, point parfois hésitant, résultat d'un équilibre forcément précaire, une réponse toujours provisoire dans le déroulement de leur histoire.

PORTRAITS

1ère partie

Madame A., Aide-soignante

Je suis aide-soignante. En fait, auxiliaire de puériculture de formation. J'ai travaillé trois ans en maternité de jour et de nuit, et après je suis venue travailler ici, cela va faire quinze ans, en tant qu'aide-soignante. C'est vrai que je suis passée du premier âge à une autre période de la vie... Quinze ans dans le même service où on accueille des gens de toutes les pathologies, des cancers, des anévrysmes, des accidents de la route, des dialysés, des rééducations suite à une chute chez les personnes âgées...

Les gens ne restent pas très longtemps, parfois ils restent un peu plus, par exemple quand on a des jeunes qui n'ont pas de place où aller, qui ne peuvent pas aller dans une MAS, ni dans un centre de rééducation, cela peut durer jusqu'à quatre ans. On a un jeune, cela fait quatre ans que la demande est faite pour une MAS et là c'est accepté. Quand des jeunes, des gens d'une quarantaine d'années sont dans le coma, l'hôpital ne peut pas les garder, ils ne peuvent pas aller en maison de retraite donc ils restent chez nous en attendant d'autres solutions ou qu'il y ait plus de structures pour accueillir les gens comme ça, parce qu'il n'y en n'a pas assez. Il en manque beaucoup beaucoup.

L'échange

C'est pas du dévouement mais quand vous allez en milieu hospitalier, vous savez que ce n'est pas comme travailler à l'usine, vous n'avez pas des pièces en face de vous, vous avez des êtres humains.

Il y a quelques années, on disait toujours : *"les malades ou le patient"*, puis on nous a sorti : *"les clients"*. Je me rappelle lors des formations : *"les clients"*. Non mais attendez on n'est pas dans un magasin ! Le client c'est bien, un vendeur, un acheteur, là d'accord ! *"Le client"*, mais nous les patients c'est pas des clients et nous on n'est pas des vendeurs non plus. Même si on est payés pour faire quelque chose, on n'est pas des vendeurs... Le mot là a été vite radié, il a jamais été employé, cela nous a mis hors de nous, les gens ne sont pas des clients.

Ce qui m'a vraiment plu, ce sont les relations qu'on pouvait avoir avec une personne soignée, l'échange quoi ! Les gens nous apprennent énormément de choses, leur expérience, ils parlent de leur ressenti par rapport à la maladie, à l'hospitalisation... C'est ce qui m'a plus vraiment beaucoup.

On accueille des SDF, des gens que vous ne côtoyez pas, bien que vous les voyiez dans la rue. Mais on ne s'arrête pas pour parler avec eux. Là on s'aperçoit que ce sont des gens comme tout le monde. Et un jour tout bascule. Au niveau des relations c'est très enrichissant. Mais quinze ans, je pense que j'ai fait bien le tour de la question, j'ai rencontré tous les styles de population qui existent en France, des riches, des pauvres, des gens qui vivent simplement, des gens qui vivent moins simplement, qui se prennent un peu plus la tête, qui croient que tout leur est dû. En fait l'hôpital c'est une micro France, tout ce qu'on retrouve en France, on le retrouve à l'hôpital. Pour moi c'est ça, c'est comme ça que je me représente l'hôpital. On retrouve tout le monde.

Mais à force c'est vrai que c'est un peu pesant la détresse humaine. Voir par exemple des gens qui ont un métier, mariés, un enfant... et un jour ou un autre ils se retrouvent dans la rue. Les gens ne les regardent plus parce qu'ils sont SDF. Donc c'est vrai que quand ils nous parlent c'est touchant et des fois je regrette qu'on n'ait pas assez de temps pour s'asseoir et discuter. Parce que c'est des gens qui ont énormément besoin de parler, ça c'est une détresse psychologique.

Les gens qui ont un cancer, qui ne savent pas très bien où ils vont aller, ce qu'ils vont devenir, ils vont à l'hôpital pour faire leurs soins de chimio, de radiothérapie. Là-bas c'est pas des numéros mais, bon, c'est Monsieur "truc" qui va faire sa séance et il revient chez nous. Il n'y a qu'avec nous qu'il peut réellement beaucoup causer. Il faut toujours être à l'écoute des gens, mais c'est vrai que c'est dur, au bout d'un certain temps c'est dur. Je pense que c'est vraiment très difficile.

Les toilettes, à la limite, c'est dur mais ce sont des actes techniques qu'on apprend à l'école. On ne fait pas toujours la même chose, on s'adapte à la personne. Mais cela revient toujours au même, c'est un soin, un soin de confort. Après c'est à vous d'apporter de la gentillesse, un petit plus... Le patient s'il veut de l'eau chaude, de l'eau froide... Mais cela reste du technique.

La parole, être à l'écoute de l'autre, cela ne s'apprend pas à l'école, et cela vient au fur et à mesure des années. On le fait plus au moins bien selon les jours. Il y a des jours où vous allez très bien, vous allez être très réceptif à ce que les gens vont vous dire et vous allez tout de suite comprendre l'essentiel de ce qu'ils veulent dire. Mais si vous êtes pas tout à fait bien, excusez-moi de vous dire, tout le monde a des soucis dans la vie, des fois vous n'êtes pas toujours réceptif, vous ne captez pas tout de suite ce que la personne veut exprimer.

Ne pas comprendre ce que la personne veut dire fait qu'on se pose la question : *"est-ce que j'ai bien répondu à ses attentes ?"*

C'est un métier difficile parce qu'au début vous n'arrivez jamais à faire le break entre le temps de travail et puis le temps hors travail. Vous ne savez pas, cela ne s'apprend pas. Tout le monde vous le dira. Cela vient avec l'expérience, après vous arrivez à faire la coupure. Mais on se pose toujours la question : *"est-ce que j'ai bien capté ce que cette personne voulait exprimer comme sentiment ?"*

Pourtant ce qui est le plus difficile, c'est quand une personne arrive à vous dire simplement : *"voilà j'en ai marre, j'ai peur de mourir, les traitements me fatiguent"*, c'est clair, ça va vite à comprendre... Mais quand c'est une personne qui répond avec agressivité, qui est agressive avec vous, on a envie de dire : *"attends oh, oh, tu es agressif mais moi j'y suis pour rien"*. Souvent derrière l'agressivité c'est le mal-être de la personne... Après il faut prendre du temps pour dire : *"vous m'avez dit cela c'était pas bien gentil mais qu'est ce qui va pas ?"* Et ça c'est encore un plus lourd travail que quand on parle comme ça, que les mots viennent facilement... En fait l'agressivité cache les mots... Puis nous on n'a pas toujours non plus les mots qui viennent...

Au début j'écoutais les gens, j'écoutais, j'écoutais, et j'avais du mal quand je partais du travail à faire la coupure. J'étais tellement marquée par ce que j'entendais, je me disais : *"oh là là, c'est pas possible"*. Le soir quand je rentrais chez moi, je me disais : *"les pauvres ceux qui sont à l'hôpital, celui-ci ma dit ça, et puis cela..."* Vous voyez, vous êtes tracassée.

On voit bien les jeunes qui arrivent, elles sont stressées quand elles partent de leur travail, de tout ce qu'elles ont vécu en huit heures de temps. C'est pour cela que ça s'apprend au fur et à mesure parce qu'après on arrive à écouter, à analyser plus rapidement ce que la personne nous dit, à aller plus à l'essentiel. On arrive à prendre du recul, cela vient avec les années, à dire je pars du travail, je fais la coupure, j'ai donné pendant huit heures, j'ai écouté là maintenant je me positionne comme mère de famille, épouse, je m'occupe de moi tout simplement.

Quelqu'un qui fait un séjour d'un mois, un mois et demi, on a rarement des problèmes, mais quand c'est des personnes qui restent plusieurs mois, quatre mois, cinq mois, ils prennent des petits repères. Il y en a qui se croient à l'hôtel, il y en a qui vous le disent carrément : *"de toute façon vous êtes payée, vous êtes là pour ça et puis voilà"*. Par exemple, des personnes à qui il faut dire : *"vous êtes capable de manger tout seul", "mais non, non, je mange pas tout seul, vous êtes payée pour ça"*. Non, non, on est payées pour soigner la personne, pour l'accompagner pour qu'elle aille mieux, pour qu'elle récupère de l'autonomie. On n'est pas payées pour être à la merci des gens... Comme on dit de temps en temps on n'est pas les bobonnes et cela c'est vrai, où je travaille il y a une très bonne ambiance au niveau de l'équipe mais c'est vrai que beaucoup, beaucoup de personnes de l'équipe vous diront la même chose que moi.

Portraits - 1.1

On a entre trente-cinq, quarante, quarante-cinq ans, on a une certaine maturité aussi, on sent qu'il y a une pression qu'il n'y avait pas il y a quelques années. Maintenant les gens payent, pensent payer, donc c'est un service qu'on rend.

Évidemment c'est très difficile de gérer ça, parce qu'on n'est plus de jeunes débutantes. Les petites jeunes tomberont dans le panneau, elles systématiquement. Les patients vont dire ça, elles vont le faire, que nous, bon, on a quand même du recul. On dit : *"non, non, non"*, surtout quand c'est dans un but de bien-être pour le patient même s'il ne s'en rend pas compte tout de suite. Moi c'est ce que je trouve le plus difficile à gérer actuellement.

Le lien aux collègues

On travaille toujours en équipe. Par exemple le matin on est toujours deux par secteur. C'est bien on peut s'aider, parce que c'est tout à fait humain d'oser dire : *"moi j'en ai marre de m'occuper de cette personne"*. Souvent vous n'osez pas le dire. Mais il y a un moment où justement, vous êtes en droit de dire : *"moi j'ai plus envie de m'occuper de cette personne pendant un jour ou deux jours parce que je sens que ça ne passe plus" ou "que cela va dégénérer", donc est-ce que tu veux bien t'en occuper?"* J'ai de la chance de travailler avec une équipe comme ça et cela fonctionne. C'est bien quand c'est comme ça parce qu'on reste pendant deux ou trois jours sans voir ce patient. Ça permet de souffler et puis après on repart sur quelque chose, des bases solides, du concret, quelque chose de valable, donc quand vous bossez avec une équipe comme ça, c'est très bien. Pareil avec les infirmières, on arrive à bien discuter au moment des relèves, à dire : *"bon là j'en ai marre, au niveau de ça"...* C'est ce qui fait tenir une équipe. Si l'équipe est trop divisée, chacun s'enferme dans son petit coin avec ses problèmes, avec ses difficultés qu'elle rencontre tous les jours dans son métier et puis alors là vous avez vite fait d'étouffer et puis de vous laisser.

Quand il y a de la bonne humeur on peut être capable de voir que sa collègue est plus fatiguée qu'hier, qu'elle a moins envie de travailler, parce que cela arrive à tout le monde. On peut se dire bon aujourd'hui je suis hyper motivée dès le matin en arrivant à six heures trente. Cela se voit, quelqu'un qui a bien dormi. Tu as la forme, moi j'ai pas la forme, il faut savoir accepter que l'autre aujourd'hui n'ait pas la forme. Il ne faut pas lui en demander autant que les autres jours. Peut-être que demain ce sera moi. C'est ça et c'est savoir oser dire les choses quand il y a quelque chose qui ne va pas. On est quand même treize aides-soignantes, six ou sept agents de service et puis six infirmiers, cela fait quand même une bonne équipe. Il y a toujours des gens avec qui vous préférez travailler évidemment... Quand on a envie de se dire quelque chose on se le dit, et ça c'est vraiment important. Hé puis c'est savoir dire : *"ce matin on a bien travaillé"*, et si on en a envie, je sais pas, de chahuter un petit coup, de plaisanter, de le faire, de savoir pourquoi on va le faire, de se donner des limites. Quand après on repart au boulot, on repart au boulot, mais toujours en essayant de s'accommoder des petites plages de détente parce que sinon vous étouffez.

Par exemple les week-ends, si la personne qui est au ménage en a marre d'être toute seule pour faire son ménage, on lui dit : *"bon tu viens avec nous, tu fais les lits puis après on t'aide à faire le ménage"*. Il n'y a aucun problème, moi cela ne me dérange pas de prendre le balai, des fois je suis à l'office à préparer les repas et cela ne me dérange pas du tout. Mais il ne faut pas tomber dans l'extrême, comme en ce moment, les réformes qui sont en train de se présenter c'est-à-dire que vous pouvez être là aujourd'hui, demain là et après-demain là, il faut quand même une stabilité dans le travail...

Nous on ferme jamais les portes des chambres pour la sécurité, le respect du patient... les portes doivent être fermées. Mais nous les patients veulent que les portes restent ouvertes. Donc quand on chahute dans le couloir ou qu'on dit des blagues, ou qu'on est deux à discuter... *"aujourd'hui je suis fatiguée, je suis pas en forme"...* Les patients ils l'entendent. S'ils veulent vous en parler, ils vous en parlent. Les sujets de conversation viennent autant d'eux que de nous, cela fait un lien, cela fait un petit peu famille.

Souvent les patients nous disent : *"ce n'est pas comme à l'hôpital, ça fait famille ici"*. Ben oui, parce qu'on veut bien supporter les hauts, les bas de chacun, oui c'est pour ça que je dis que l'hôpital c'est une micro société.

Pour moi c'est ce qui en fait l'intérêt après quinze ans d'ancienneté, parce qu'au niveau technique j'ai fait le tour ; bon ! Et aide-soignante c'est quand même assez limité dans ce qu'on a le droit de faire.

Les jeunes

Avec le temps ce n'est pas qu'on est moins motivées, c'est qu'on change la façon de travailler. On mûrit, c'est la vie qui fait ça, c'est l'individu qui change mais c'est vrai que les jeunes de maintenant sont beaucoup moins maniaques que nous l'étions.

Quand on est arrivées, si par exemple une ancienne nous disait : *"nous on a l'habitude de travailler comme ça"*, oui on disait oui, on allait au moins essayer et peut-être après, dire non, mais on essayait. Comme c'était une ancienne, c'était rentré dans les normes, on devait essayer parce qu'elle était plus ancienne que nous. Maintenant des petites jeunes, vous leur faites quelque fois une petite remarque : *"oui mais j'ai pas envie de faire comme ça"*, bon elles ont au moins l'honnêteté de le dire tout de suite.

Mais c'est vrai que des fois c'est pas évident à gérer, parce qu'on vous demande d'encadrer, par exemple, des CES, on a des élèves aides-soignantes, des élèves infirmières et des élèves ambulanciers. On vous demande de les encadrer, bon ok, mais chacun joue la règle du jeu. Cela nous fait du bien parce que là on essaye de faire encore mieux, comme quand on était à l'école, on essaye de bien faire les gestes... Comme cela prend beaucoup de temps, ce n'est pas toujours ce qu'on fait dans la réalité, entre la théorie puis la pratique, il y a une sacrée différence mais bon quand on encadre on est responsable d'une élève. Le reste de l'équipe le sait, vous savez bien que si vous faites une toilette dans les normes avec une élève infirmière ou aide-soignante vous allez prendre beaucoup de temps, il faut que le reste de l'équipe soit d'accord et assume derrière, ce que vous, vous n'allez pas faire. Voilà un exemple de bonne entente d'équipe, sinon cela ne pourrait pas fonctionner.

Vous allez prendre le temps avec les jeunes mais des fois c'est très dur. Je vous donne un exemple. L'autre jour on me dit d'encadrer une petite jeune qui est en BEP Sanitaire et Social. Elle avait quand même dix-sept ans, elle sait quand même déjà où elle va un petit peu. On me demande de l'encadrer, je l'encadre, et au moment où j'expliquais la pratique d'une toilette, elle enlève sa sur-blouse sans rien me demander, elle me dit : *"je vais à la pause"*. Je suis restée bête, je lui dis : *"tu vas à la pause?"*, elle me dit : *"oui parce que ma copine, elle y va"*, mais je lui dis : *"j'ai pas fini"*, *"oui mais après elle n'y sera plus"*. Je n'ai pas su quoi répondre, elle avait dix-sept ans, j'en ai trente-neuf, j'ai pas su quoi répondre. Je me suis dit qu'est-ce que je fais ? Je montre de l'autorité ? Je me fâche ? Mais j'ai tellement été abasourdie par son comportement que j'ai rien dit. J'ai fini la toilette... Après elle est revenue, et elle m'a dit : *"tu as fini?"*, *"tu pensais pas quand même que j'allais attendre pour continuer à te montrer ? Non ? T'es venue là pour apprendre, je t'apprends, tu te permets de partir sans me le demander, si tu me l'aurais demandé, je pense que je t'aurais laissée partir mais t'étais pas à cinq minutes près"*.

Après on a encore discuté, j'ai laissé passer le temps parce que je bouillonnais un petit peu quand même. Après je lui ai dit : *"tu sais ton comportement il est quand même... Tu feras ce que tu veux mais ton comportement n'est pas vraiment adapté à ce que tu voudrais faire"*. Si les jeunes qui commencent à rentrer dans le milieu hospitalier ne sont pas motivés vous vous dites comment vont-elles finir leurs carrières ?

Tenir?

À l'école d'infirmière pour une toilette pour un patient, il faut compter une heure minimum quand on la fait dans les normes, une heure, vous croyez que dans la pratique on passe une heure par personne pour faire une toilette ? On va dire pour que le patient soit bien et que nous on juge que bon, on a fait l'essentiel,

Portraits - 1.1

une demi-heure... vous voyez bien qu'il y a un décalage. Mais des fois, c'est encore pire. Il n'est pas question que je rentre dans le système de dire dix minutes, dix minutes, moi non non... Je n'adhérerai jamais à ce système-là, même si des fois j'en ai marre, je suis fatiguée, je suis lasse, jamais je n'adhérerai à ce système-là, non, non... Ainsi les personnes qui travaillent avec moi, non.

Physiquement c'est difficile et surtout les changements de rythme. Par exemple, nous, on commence à six heures trente et on termine à quatorze heures dix, on a une demi-heure pour déjeuner le matin, on prend la pause à l'heure qu'on veut. Les autres horaires c'est treize heures vingt - vingt et une heures, ou neuf heures - douze heures vingt, seize heures trente - vingt heures trente. Ca c'est pour les aides-soignantes dans les chambres et sinon il y a les personnes des ménages qui font sept heures - quinze heures avec une coupure pour aller manger à midi.

Donc en fait ça change souvent et c'est fatigant. Quand vous quittez à vingt et une heures, vous arrivez chez vous, vous ne pouvez pas vous coucher tout de suite. Et quand vous reprenez à six heures trente, il faut vous lever le minimum à cinq heures trente, c'est dur. On vieillit. Je veux dire qu'on est moins... Quand vous quittez à vingt et une heures et que vous vous relevez à cinq heures trente, ça ne fait quand même pas beaucoup de coupure... Vous quittez les patients, vous les couchez, et vous les réveillez quoi. Vous avez votre vie de famille, tout le monde raconte sa journée, c'est vrai que ça va vite. C'est vrai qu'on est fatiguées de ça. Mais bon dans un autre sens, on a un avantage, on finit notre journée à quatorze heures dix, ce n'est pas négligeable.

Moi, j'ai de la chance, je suis à 80 %, je ne passerai jamais à 100 %, impossible. C'est un moyen de tenir parce que ça fait quand même un jour de plus dans la semaine et c'est pas rien. Je ne pourrai plus être 100 % ici. J'ai de l'énergie mais ça m'en demande trop. Il faut avoir la pêche... oui, déjà physiquement c'est difficile parce que des fois on porte des gens... quoiqu'on est bien équipés, maintenant en milieu hospitalier. On a quand même du bon matériel, on a les lits qui se mettent à hauteur, c'est quand même bien conçu.

Mais c'est difficile parce que les gens qui sont dans leur lit n'ont plus beaucoup d'énergie. Ils comptent sur vous pour leur en donner un peu. Si vous n'avez pas d'énergie et que vous arrivez près de la personne en étant un peu fatiguée... Je dis pas une journée, c'est pas cela que je veux dire, mais quelqu'un qui est fatigué pendant des mois et qui est las pendant des mois... le patient va dire: "*oh là là, c'est encore elle qui va venir*". Imaginez-vous, vous êtes dans un lit. Vous avez quelqu'un qui vient vous soigner, qui n'est pas souriante, qui fait la tête et qui est fatiguée, et à côté vous avez quelqu'un qui est souriant, qui va parler, qui va "rouspéter" s'il faut "rouspéter" et puis qui a du punch. Laquelle vous choisiriez?

C'est simple, moi je me dis toujours, quand il y a des choses que je comprends pas, je me mets à leur place, pour moi c'est la meilleure façon de faire. Quand je suis fatiguée par exemple, je préfère le dire à la personne, je n'ai pas peur. Maintenant si je ne vais pas bien, je leur dis: "*excusez-moi aujourd'hui je ne suis pas trop en forme, mais bon on va essayer que cela se passe bien*" et cela se passe bien... On n'est pas des surhommes non plus...

Si la personne sait que ce jour-là vous êtes un petit peu plus fatiguée, elle va un petit peu moins vous solliciter. Vous avez un souci: comment je pourrais dire, des fois elle essaie même de vous remonter le moral. C'est marrant, la personne est contente parce que par exemple, elle va parler de son passé et elle oublie sa maladie. Et en fait quand vous partez, ça va mieux parce que vous avez discuté et elle, elle est heureuse parce qu'elle vous a aidée. En fait, il y a eu la bascule, elle, elle vous a plus aidée que vous. Quand on arrive à équilibrer comme ça c'est bien. Mais bon, ce n'est pas toujours facile.

Le Cadre

Une équipe arrive à vivre et à travailler sans cadre, un cadre n'arrive pas à travailler sans l'équipe. C'est dur mais je le dis par expérience. On a eu une surveillante qui était vraiment très très présente, même

presque trop. C'était l'ancienne école pour vous donner une image. Elle voulait vraiment tout ce qu'il y a de mieux pour les patients et la famille. Elle connaissait les patients sur le bout des doigts, les familles sur le bout du doigt. Elle arrivait à six heures du matin, elle repartait à neuf heures, enfin vous voyez... Elle était sur notre dos... C'était bien mais stressant quelque part parce que vous aviez tout le temps, tout le temps quelqu'un sur le dos. C'était dans sa conception. Mais par contre elle avait une relation avec les patients vraiment tip-top. Elle est partie en retraite. Pendant six mois, en gardant la même équipe soignante, il n'y a pas eu de cadre, l'équipe a très bien fonctionné. Très très bien. L'équipe a fonctionné et a tourné, il n'y a pas eu de problème. Il y avait une infirmière qui était nommée pour faire le planning des infirmières et nous c'est une autre surveillante qui faisait nos plannings. Vous voyez ça c'est bien déplié.

Elle avait cinquante-cinq ans, avec l'expérience qu'elle avait acquise toutes ces années... Par exemple à propos de l'agressivité, c'est elle qui nous a fait comprendre... Au lieu de dire: *"il est agressif"* et puis de répondre avec agressivité il faut chercher ce qu'il y a derrière l'agressivité. Vous voyez c'était des petits conseils comme ça. Maintenant on n'en a plus spécialement, mais ça passe bien quand même.

Maintenant on a un autre genre, le cadre de maintenant quoi, c'est-à-dire beaucoup de papiers, vous voyez. Elle est moins dans ce qu'on doit faire ou pas faire, moins de relationnel. Il y a moins de pression sur nous à nous dire: *"il faut faire comme ça"*, mais ce n'est plus la même relation avec les patients. Elle fait tout ce qui est planning, tout ce qui est gestion... Maintenant c'est plus le "cadre gestion", c'est la gestion en fait. Enfin, je ne sais pas si vous comprenez ce que je veux dire. Et bien même si tout est informatisé, écrit, avec des protocoles, des patatis, des patatas, il y aura des choses que vous ne pourrez jamais mettre sur papier. Je ne sais si on va dans un bon chemin, je n'en suis pas persuadée.

Le protocole et la reconnaissance

Le malade est beaucoup plus reconnu, a plus de droits pour décider s'il veut se faire soigner ou si il ne veut pas. Je suis d'accord, ça c'est très bien. Il a plus le droit d'exiger d'être bien soigné. Mais ça je pense que ça a toujours été. Le problème, c'est qu'avant c'était fait, mais ce n'était pas écrit. Le soin, il a toujours été bien fait, il y a même dix, quinze, vingt ans mais maintenant il est fait à partir d'un protocole.

Je vais vous donner un exemple de protocole qui nous a révoltées il n'y a pas longtemps. On a eu une personne qui a eu de l'iode, elle était radioactive. Elle rentre un mercredi. Le jeudi seulement les infirmières ont trouvé un petit papier, qui était bien caché, disant que cette personne était radioactive. On devait s'approcher le moins possible d'elle à moins d'un mètre. Vous voyez ce que ça représente en milieu hospitalier, ne pas s'approcher d'un mètre? Personne ne voulait la laver, on n'avait rien pour se protéger. Il a fallu rouspéter et dire: *"on veut des tabliers"*. La cadre nous a répondu: *"moi je n'en ai pas, alors il faut aller en chercher à l'hôpital, mais à l'hôpital ils n'en ont pas assez, ils ne voudront pas nous en donner, moi je ne peux pas vous obliger à aller faire sa toilette. Si vous ne voulez pas y aller faire sa toilette et bien vous n'y allez pas"*.

Vous croyez que ça s'apprend à l'école? Vous faites quoi, vous laissez la patiente? C'était surtout les cinq premiers jours où elle était vraiment radioactive: les urines, la salive etc. Qu'est-ce que vous faites? Vous ne vous en occupez pas pendant cinq jours? C'est impensable, c'est impensable. Finalement on s'en est occupées, et notre surveillante pour se couvrir a téléphoné à l'hôpital, au service où elle a reçu l'iode. On a reçu le protocole disant qu'il ne faut pas se mettre à moins d'un mètre. Sachant que c'est une personne qui ne peut faire sa toilette toute seule, qui ne peut pas se lever toute seule, comment voulez-vous qu'on s'en occupe à moins d'un mètre? On ne peut pas prendre une rallonge, on ne peut pas prendre un balai pour la laver! Les médecins de l'hôpital ont dit: *"hé bien oui quand on a sorti le protocole on n'a pas pensé au personnel soignant."* C'est grave, enfin je ne sais pas ce que vous en pensez. On était là, elle avait mis le haut-parleur, on l'entendait.

Portraits - 1.1

Vous avez envie d'aller dire : "*mais à quoi vous pensez ?*" Alors c'est sûr que c'est bien beau de sortir une belle feuille avec un protocole : faites comme ça, faites ci, faites pas ça, c'est daté, revu à telle date, et on ne pense pas aux personnes qui soignent. Nous franchement ça nous a révoltées. La souffrance du personnel soignant, c'est ça. C'est sûr qu'on a fait rapide pour les soins, on a fait beaucoup plus rapide que d'habitude. On lui a expliqué, bon elle n'a pas toujours bien compris, elle ne l'a certainement pas bien vécu non plus. En plus c'est une personne qui n'est pas aimable, qui en veut à la terre entière. On s'en est occupée le plus rapidement possible parce qu'en plus c'était marqué : "moins d'une demi-heure dans sa chambre", parce qu'évidemment tout est radioactif. Vous imaginez ce que vous ressentez ? Il n'y a pas de textes qui nous obligeaient à le faire mais notre conscience nous oblige à le faire. Et dans un autre sens, vous savez que vous prenez des risques.

Les filles de ménage ont essayé de respecter le périmètre. Les infirmières n'avaient pas de soins particuliers, sauf donner les médicaments. La surveillante n'est pas allée dans la chambre, elle n'y va pas encore. Les médecins n'y allaient pas systématiquement, elle les réclamait. Qui y allait ? C'est les aides-soignantes et qui nous a écoutées et qui nous a protégées ? Personne. On a prévu un roulement les cinq premiers jours avec les équipes. Donc c'est nous qui serons malades, c'est nous qui aurons... Ce ne sera personne d'autre. On est quand même en droit d'exiger d'être protégées et là il y a quoi ? Rien.

Et quand vous entendez : "*hé oui il y a un protocole mais on n'avait pas pensé aux soignants*", alors moi cette idée de protocole... Je peux vous dire que j'attends le prochain protocole d'hygiène. Ca je l'attends. Ca m'a fait mal au cœur, c'est de toutes petites choses comme ça qui s'accumulent, alors il y a un moment où vous dites bon ben quoi.

Alors ce qu'on a fait, parce qu'on est une bonne équipe, on a essayé de dire : "*toi tu vas là, moi je vais là*", sur les cinq premiers jours. Pour être le moins possible exposées. Alors là ça laisse quand même perplexe. Qu'est-ce qu'on fait ? Qu'est-ce qu'on fait pas ?

On a le droit de se révolter, on a le droit d'être en colère ?

Moi, je pense qu'on a droit d'être en colère. On a le droit d'être en colère par rapport à un système, par rapport à des gens qui n'ont pas fait leur métier... Même les ambulanciers qui ont mis la personne dans leur ambulance, ils avaient simplement leurs blouses, pas de sur-blouse, pas de masque, pas de gants. Tout le monde s'en est pris quoi. Nous on se révolte contre des gens qui à la limite s'en foutent, ils donnent la dose d'iode à la personne et puis après ils s'en foutent de où elle va aller... Franchement c'est ça...

Vous pouvez être en colère contre un chef de service qui n'a pas, on ne demandait pas grand-chose. On était en colère parce que les médecins nous disaient : "*on y va*" et puis passaient à côté de la chambre et n'y allaient pas. Je ne regrette pas de m'être occupée de cette personne, mais là franchement, je suis en colère. Comme je le disais tout à l'heure, tout est écrit maintenant, il faut signer tous les soins. Il faudra bientôt engager des secrétaires pour les infirmières, il faut tout signer. C'est pas compliqué. Quand je signe personne ne va aller voir si je l'ai fait, c'est quand même bien ma conscience à moi.

Pour moi, en toute honnêteté, j'imagine encore à peu près cinq ans, je pense, au bout cela me fera vingt ans de milieu hospitalier, je pense arrêter. J'aurai appris beaucoup de choses. Après je voudrais communiquer avec des gens mais plus avec des malades, changer carrément d'orientation... Je pense pas que je ferai carrière, non... Les aides-soignantes restent généralement plus longtemps parce que notre champ d'action est quand même assez limité, mais voyez les carrières des infirmières actuellement. C'est quand même rare de trouver des infirmières qui font quarante ans de carrière.

Madame B., Aide-soignante

Parcours

J'ai passé un BEP Sanitaire et Social. J'ai toujours aimé aider les gens. Ma tante est infirmière, je ne sais pas, peut-être ça a un lien. J'ai toujours voulu être infirmière. Depuis toute petite, les soins, voir le contact avec les malades, c'est ce que je voulais. Mais infirmière, je n'ai pas pu. Auxiliaire puériculture, ça me plaisait bien aussi avec les enfants, mais c'est quand même très limité, alors qu'aide-soignante ça ouvre beaucoup de possibilités.

Ici, on ne nous laisse pas le choix. On sort de l'école et on vient toute de suite en gériatrie. Il n'y a pas assez de personnel. Dès qu'on sort de l'école, on nous envoie directement ici. Je n'ai pas le choix. Il faut attendre qu'il y ait un poste en face, à l'hôpital, pour postuler. Je voudrais travailler aux urgences. J'aime bien les personnes âgées, mais en face c'est quand même autre chose. Moi j'aimerais bien les urgences.

Toilettes et repas

Les personnes âgées c'est à la fois un contact intéressant et enrichissant. On a des longs et des moyens séjours. Les moyens séjours sont là pour un mois en rééducation, ce sont des personnes qui sont bien, on a juste une petite aide à leur apporter et puis bon on essaie de discuter un peu avec eux, leur remonter un petit peu le moral, parce que quand ils arrivent c'est n'est pas toujours évident.

En long séjour on a des Alzheimer, et des personnes complètement grabataires aussi. Non, c'est pas facile les Alzheimer surtout que l'établissement n'est pas adapté pour eux. Ils déambulent tout le temps, rentrent dans les chambres. C'est embêtant, ils prennent les affaires des autres, il y a des risques de chute, ils ne peuvent sortir dans le jardin. Ils sont vraiment cloîtrés dans le service et sont toujours repoussés par les autres pensionnaires. Nous on leur dit : *«il ne faut pas rentrer ici»*. Ils ne sont pas bien à l'aise ici. Ce n'est pas adapté pour eux. Et pour nous c'est fatigant, il faut toujours les faire sortir des chambres parce que les patients rouspètent un petit peu, ils rentrent aussi dans l'office, dans la salle de soins, il faut surveiller. La formation Alzheimer c'est vrai que ça aide, on comprend mieux les personnes. Oui, on comprend mieux, on a envie d'aller voir plus loin. Quand on a fait la formation on se dit : *«c'est pas de leur faute, s'ils rentrent dans les chambres, prennent les affaires les autres»*.

Par exemple, on a un patient, c'est un Parkinson-Alzheimer. La toilette il la prend comme une agression, il ne se laisse pas faire. Le kiné du rez-de-chaussée vient s'en occuper parfois le matin, parce que nous c'est vrai qu'on a vraiment du mal. Et même pour lui c'est difficile. Il est costaud quand même, il est jeune. La personne donne des coups de pied, des coups de poing. A la longue, tous les jours, tous les jours, et ça fait déjà quelques années qu'on est là, c'est vrai c'est pas facile. On a le cas d'une femme. On se demande ce qu'il y a eu pendant la guerre, elle s'est fait violer peut-être. On ne peut pas faire sa toilette. Tout de suite dès qu'on la déshabille, c'est : *« ne m'enlevez pas ça, remettez-moi les habits »* et pour la petite toilette elle serre les jambes. C'est des coups de pieds, des coups de poings.

Portraits - 1.2

Pourtant des traitements ont été essayés pour la détendre un petit peu mais ça ne marche pas très bien. Pour elle ça doit être vraiment une agression, ça lui fait revivre des choses. Là c'est pareil, on est à deux parce qu'en plus elle est costaud, elle fait mal.

C'est pas très gratifiant ici. On ne passe pas beaucoup de temps avec la personne en fait. C'est vrai que les personnes nous appellent souvent dans le couloir pour discuter : *« assieds-toi reste un petit peu vers moi pour discuter »*. Mais oui, on aimerait bien. Mais on se dépêche, on fait la toilette en cinq, dix minutes et on s'en va. Alors que c'est le seul moment où la personne pourrait avoir un échange avec nous. Nous, on se dépêche, on passe déjà à la suivante. Et après elle reste toute seule jusqu'au moment du repas. Oui, on n'a qu'au moment de la toilette pour échanger quelques mots, c'est vrai, c'est rapide. Ils nous le disent, ils nous regardent passer sans arrêt. C'est dommage parce qu'on aimerait discuter un peu avec eux. Le repas c'est pareil, il faut se dépêcher. Une dame qui parle bien nous le dit : *« arrêtez-vous vers nous, je voudrais vous parler, vous n'arrêtez pas de courir, vous passez devant moi, vous n'arrêtez pas »*. Elle ressort bien vraiment ce qu'elle ressent. Elle a besoin de contact, elle a besoin qu'on lui tende la main, qu'on lui tienne la main, qu'on aille vers elle.

En général ils sont contents, ils sont bien soignés. Il y a toujours des moyens séjours qui se plaignent, mais c'est rare dans l'ensemble, malgré nos conditions de travail. Je trouve qu'on ne s'occupe pas des patients comme on devrait vraiment s'en occuper. Rien que le soir pour les faire manger, on a cinq minutes. Moi je ne mangerais jamais en cinq minutes, je mangerais juste la soupe. J'aime bien prendre mon temps pour manger mais quand je vois comment on les fait manger, moi je vomirais à leur place. On les fait manger à la cuillère, à la petite cuillère et puis si c'est pas assez vite tant pis on passe au suivant...

Ça fait des années qu'on dit qu'on n'a pas le temps de faire manger. Ils mangent en cinq minutes et en plus ils mangent froid. Parce qu'on part, on pose tous les plateaux dans les chambres, après on revient on fait manger les personnes qui ne mangent pas toutes seules. Depuis que je suis là, ça fait sept – huit ans, on s'en plaint. Mais il n'y a rien de fait... On a demandé une personne pour la vaisselle comme ça, ça permettrait à une aide-soignante de rester pour les faire manger.

On n'a pas le temps. C'est pour ça que souvent les personnes on leur fait les toilettes complètes au lit et on passe à la suivante. Parce que les installer devant le lavabo, déjà, il faut rester à côté, il faut leur montrer : *« il faut prendre du savon, il faut savonner, il faut bien se laver »*. Il y a des personnes qui pourraient le faire, mais on ne peut pas parce qu'il faut qu'on soit à côté. Celles qui peuvent le faire toutes seules on les installe devant le lavabo. On revient après, on revient deux ou trois fois. Mais les autres il faut leur dire sans arrêt : *« il faut prendre le savon, maintenant il faut laver, après il faut rincer le gant, pour rincer, il faut s'essuyer... »* Il faut tout dire et rester à côté, c'est pas possible. Mais il y en a qui le ferait bien, bien sûr. On n'a pas le choix malheureusement, mais c'est vrai qu'on ne fait pas les toilettes dans les conditions qu'on aimerait.

On a une famille, une dame avec qui on parle bien qui est très contente. Elle est enchantée des soins, elle est toujours de notre côté, elle nous plaint toujours, elle nous dit : *« ah le boulot que vous avez »* et puis elle fait plein de choses quand elle est là pour pas nous déranger. On a aussi une dame qui vient de se rendre compte que son papa mangeait froid alors du coup elle vient pour le faire manger. Le jour où elle s'en est rendu compte elle était un petit peu contrariée.

J'espère que personne de ma famille ne sera hospitalisé ici. J'aurais du mal parce qu'on ne respecte pas le rythme de la personne âgée. La personne âgée, elle a bossé toute sa vie, et elle veut se reposer un petit peu, mais c'est pas simple. Il faut la réveiller à sept heures pour le petit déjeuner. Des fois je me dis : *« tu te rends compte, en trente secondes on est rentré dans la chambre, on lui a ouvert les volets, la personne en position allongée se retrouve assise avec la table devant et les plateaux, voilà et puis on est reparti »*. C'est impressionnant. On pose le plateau devant les gens, on installe tout le monde, on revient et puis on fait manger. On est toujours au même rythme, on n'a plus le temps le matin pour les faire manger.

Ça contribue à les rendre dépendantes. On leur donne à manger à leur place parce qu'elles sont longues, elles vont renverser, on fait à leur place. C'est vrai que les personnes qui sont longues, qui mangent

mal, et bien on ne passe pas le matin à les faire manger. On va commencer à les faire manger et puis on va passer à la suivante. Pour ça c'est vrai que le repas ça me chagrine quand même, parce que normalement on doit prendre son temps, c'est un moment agréable.

Après manger on les remet dans les chambres et on en laisse quelques-unes devant la télé. Le matin aussi après les soins, on les met devant la télé. Le dimanche on leur met la messe. Les chambres de moyens séjours sont équipées de télé. Aux longs séjours elles ne sont pas trop télé nos personnes, ce n'est pas non plus la génération télé. Elles sont assises dans leurs fauteuils. Elles attendent.

J'espère que je ne serai pas comme ça parce que j'ai envie de bouger, parce qu'attendre dans mon fauteuil c'est pas... Les personnes qui se sont levées à huit heures trente elles attendent jusqu'au repas, et elles voient personne.

Le rythme

On démarre à sept heures. On fait les petits-déjeuners, tout doit être fini à huit heures. Après on fait les transmissions jusqu'à huit heures trente et ensuite on enchaîne sur les toilettes jusqu'à midi, des fois un peu plus, en sachant que le repas est à midi. Si à midi les soins ne sont pas finis une fille se détache pour commencer de faire manger pour éviter de prendre du retard.

Parfois le résident attend toute la matinée pour être lavé. Et ça se peut que ce soit une personne qui ait été couchée dans les premières, parce que les premiers on commence à quatre heures à les coucher, ça fait quatre heures de l'après-midi jusqu'à midi vous voyez.

On démarre des premières chambres et on va au fond du couloir. Il y a une fille qui est détachée pour les douches, on saute ces chambres-là. La douche c'est une fois par semaine. Ce n'est pas toujours évident, parce que la douche ce n'est pas entré dans leurs mœurs, ils ne connaissent pas, il y en a qui n'aiment pas ça. Nous, je pense qu'on n'aura pas assez de douche, on se plaindra mais eux la douche... Il y en a qui n'ont peut-être jamais connu la douche, comme la mamie centenaire au premier étage.

Ensuite il y a les pansements. Soit on laisse à l'infirmière la toilette, soit on fait la toilette et on attend que l'infirmière passe et après on revient l'aider. Les moyens séjours on les fait en premier parce qu'eux descendent en rééducation. Et puis bon de ce côté, on sait qu'il y a une dame qui n'aime pas être levée tard donc généralement on essaie de ne pas y aller en dernier non plus, on fait un petit peu le milieu et on va au fond de suite vers elle ou même des fois avant. Mais sinon on les fait dans l'ordre. Sauf s'il y a des gens qui réclament ou des patients qui se débrouillent tout seul, on ne va pas les laisser dans le lit, on les installe devant le lavabo.

On fonctionne en binôme, c'est plus facile. On rentre toutes les deux dans la même chambre au moment du levé, parce qu'il y a beaucoup de personnes qu'on doit lever à deux. Ça évite de ressortir, et chercher la collègue, la rappeler, comme ça on est deux en chambre, on s'aide. Quand quelqu'un est absent alors là on supprime les douches. Les filles qui sont en douche viennent en soins avec nous parce que sinon ce n'est pas possible, et puis autrement le soir on fait venir quelqu'un sinon cela ne peut pas fonctionner.

On est trois de chaque côté le matin. Six aides-soignantes, une infirmière et des fois une ou deux ASH, ça dépend. Ça va un petit mieux au niveau de la collaboration mais je trouve que les aides-soignantes d'un côté, les infirmières de l'autre, on a du mal à se mélanger. Alors qu'en face à l'hôpital elles travaillent ensemble, l'infirmière et l'aide-soignante passent ensemble, font les soins ensemble. L'infirmière va faire les toilettes, dès qu'il y a un pansement, elle s'arrête. Elle fait le pansement et puis elle continue à faire des toilettes, alors qu'ici l'infirmière part de son côté, fait ses pansements, et nous les aides-soignantes on part de l'autre côté, on fait les soins externes. C'est assez particulier. Ça tient à l'ancienne surveillante qui ne voulait pas que les infirmières fassent du nursing. Et c'est vrai que c'est rentré dans les habitudes.

Le problème ici c'est que les infirmières ont une grosse charge administrative parce qu'il n'y a pas de surveillantes à l'étage. En fait elles nous accompagnent tous les matins en chambre, et après elles vont être un peu en retard au niveau de leur travail au bureau. Il y a ça aussi mais il n'y a pas que ça. C'est aussi facile de dire : «*j'ai des pansements, j'ai du travail au bureau*». Mais tout le monde n'est pas comme ça.

C'est vrai que des fois c'est un peu lourd quand on part toute seule aux soins et qu'on voit l'infirmière assise au bureau alors qu'il y a du boulot. On tourne toujours à fond tout le temps, tout le temps, à la fin c'est épuisant. Il n'y a pas de baisse de régime, les lits sont tout le temps pris.

On n'a pas d'aide des infirmières, ça c'est dommage. Oui, c'est lourd, parfois on va finir les soins plus tard, après on prend du retard pour les repas et puis tout s'en suit.

La charge

L'horaire en deux fois est difficile. On prend à huit heures et on finit à douze heures trente, et on reprend à seize heures pour finir à dix-neuf heures trente. On commence à coucher les personnes à seize heures jusqu'à dix-sept heures. Ensuite on prépare les plateaux-repas des gens qui mangent en chambre. On part les faire manger en chambre à six heures moins vingt. Et pareil, c'est des résidents qu'il faut soulever, physiquement c'est lourd quand même. Si on les couche à quatre heures c'est qu'ils ne peuvent pas se débrouiller, donc on les soulève, mais on les soulève à deux.

J'ai mesuré avec un podomètre, on fait six ou sept kilomètres par jour, que ce soit le matin ou le soir... Plus le poids, ça je ne l'ai pas calculé, mais c'est vrai qu'on en soulève. Il y a des jeunes qui arrivent et qui n'ont pas beaucoup de force dans les bras. Ca par contre ce n'est évident parce qu'on s'en prend plein le dos. Ah oui, il y a des jeunes, je ne sais pas si elles n'ont pas de force, si elles ne savent pas le faire, mais elles ne portent rien du tout. Quand on fait tout un tour comme ça avec ces filles, notre dos en prend un sacré coup. Alors que quand on est deux anciennes ça se passe super bien. On les prend, on les soulève, ça va bien, et on ne force pas.

Le lève-malade on ne s'en sert pas pour tout le monde, on s'en sert vraiment pour les pensionnaires très difficiles à déplacer. Les autres on les prend, on est formées pour la manutention, pour prendre les gens de manière à ne pas se faire trop mal. On perd beaucoup de temps avec le lève-malade pour passer les sangles sous les fesses, après il faut qu'il descende dans le lit, il faut enlever toutes les sangles... Donc c'est long, c'est très long. Si on utilisait les lèves-malades pour tout le monde, je crois qu'on commencerait à les recoucher tout de suite après le repas du midi.

A partir du deuxième enfant, on a la possibilité de faire un mi-temps parental. Cela repose un petit peu d'ici, parce qu'à temps plein c'est très lourd. Heureusement que je ne suis plus à temps plein parce que je ne pourrais plus. Les filles qui sont à temps plein ont vraiment du mal, c'est dur ici, à mon avis il faudrait être à 50 % voire à 80 % mais pas plus. Quand on est jeune, qu'on arrive, ça va, mais au bout d'un moment, je crois qu'on en a ras-le-bol. C'est répétitif, c'est tous les jours, tous les jours c'est la même chose. C'est vrai qu'on est tout le temps en train de regarder l'heure, pas pour dire : «*à quelle heure on s'en va ?*», mais pour dire «*il est déjà cette heure-là !*» surtout le matin cela passe à une vitesse !

A force il y a une lassitude. Il y en a beaucoup qui veulent partir, qui veulent voir autre chose. Il faut avoir demandé plusieurs fois pour avoir des chances de partir. Il faut avoir travaillé ici dix ans à peu près et avoir demandé plusieurs fois à partir, c'est-à-dire que quand il y a des postes, il faut aller se présenter même si cela ne nous intéresse pas, il faut aller se présenter pour montrer qu'on a envie de partir.

Je préfère faire mon mi-temps ici, parce qu'à l'hôpital ce sont des mi-temps de quatre heures tandis qu'ici c'est huit heures, ce qui permet d'avoir plus de jours libres. Ici on parle beaucoup du mi-temps, on fait pas le deuxième enfant pour être à mi-temps mais c'est quand même un gros avantage, cela permet de souffler au moins pendant trois ans. C'est vrai qu'à mi-temps c'est plus facile. Je vois très bien la différence, je vois les filles à temps plein, des fois qui passent devant des choses, et puis moi j'arrive et puis je fais, parce que je ne suis pas là tous les jours et puis je comprends que les filles à temps plein, des fois elles en aient

ras-le-bol. Je pense que les filles à mi-temps remotivent un peu les troupes, quand on arrive toutes fraîches, on n'a pas tous les ennuis qu'il y a tous les jours. Elles se remontent aussi entre elles aussi les temps plein. Elles se remontent un petit peu, mais c'est vrai qu'elles sont contentes de nous voir arriver.

La régulation

C'est difficile, mais ce qui nous sauve c'est qu'on est une bonne équipe, on s'entend très bien. Ça aide. L'équipe a eu des moments difficiles, c'était dur. Mais là on rigole bien, on s'entend bien, on discute, cela aide beaucoup. Autrement ce serait vraiment difficile.

On travaille bien ensemble. On se soulage bien entre nous, quand certains patients sont trop difficiles, on passe le relais aux autres. On a remarqué aussi que quand le travail est lourd hé bien il y a des conflits dans l'équipe. Il y a de la tension et puis ça se ressent vraiment sur l'équipe. Si le service est très lourd et si ça dure, après c'est invivable. Il y a eu un passage comme ça, c'était l'horreur. C'est vrai qu'il faut que tout le monde y mette du sien. Il faut toujours être à fond, à fond.

Le matin on s'arrête cinq minutes pour boire le café. on se retrouve un petit peu ensemble et puis on repart après. C'est important de s'arrêter comme ça cinq minutes, sinon si on fait tout comme ça, sans s'arrêter, sans boire un coup, sans manger un petit truc, j'ai remarqué que c'est dur de finir les soins. Alors que là on s'arrête un moment mais après on repart mieux.

La surveillante du rez-de-chaussée voit si le travail est bien fait ou pas. Et puis de toute façon même nous, entre nous, on se le dit : *«s'il y a quelque chose qui n'est pas fait on va voir la fille»*. On arrondit plus ou moins les angles mais c'est dit parce qu'en plus ça retombe sur toute l'équipe. S'il y a quelque chose qui n'est pas fait ou mal fait, on va voir la personne. Et puis après si ça ne va pas, on va voir plus loin, on va voir notre référente. C'est déjà arrivé. Une fille, on avait beau lui dire tous les jours, tous les jours, le lendemain, ce n'était toujours pas fait. Couper les ongles lors de la douche, c'est quand même pas compliqué, ça fait parti du soin mais ce n'était jamais fait. Après la douche, il faut mettre des bigoudis, les bigoudis n'étaient jamais mis. C'était plein de choses, et des choses plus graves que ça. On avait beau lui dire et redire.

Elle est partie, ça s'est mal passé. L'infirmière référente l'a prise en entretien plusieurs fois, elle a pleuré plusieurs fois. Au début, elle repartait comme il faut, et puis ça ne durait pas longtemps et elle recommençait. Je ne pense pas que c'était un manque de bonne volonté, c'était bizarre. Mais généralement quand il y a truc dans l'équipe, on va voir la fille en premier, on lui dit de faire attention parce que... Mais c'est dans notre intérêt aussi parce que sinon ça nous retombe dessus, après c'est toute l'équipe qui prend. S'il y a des choses qui ne sont pas faites, ils ne cherchent pas à savoir si c'est telle ou telle personne.

Nouvelles, stagiaires et remplaçantes

Pour les stagiaires on essaye d'avoir des référentes. Quand on est référente on montre bien le travail à la stagiaire, on la prend en charge. C'est plus facile, déjà pour la fille parce que sinon elle est un peu paumée, et puis on sait qu'on est référente, on fait plus attention à elle, on s'en occupe, alors qu'autrement la pauvre, elle suit. C'est vrai qu'on perd du temps pour lui montrer, on essaye de bien se détacher, lui montrer vraiment comme il faut. Mais pendant qu'on fait une toilette avec elle on pourrait en faire trois. Il faut que ce soit les autres qui reprennent le temps perdu.

Généralement, les filles qui passent ici sont contentes parce qu'elles sont bien encadrées, elles sont intégrées dans l'équipe. Les trois quarts qui sont passées là, ça c'est bien déroulé.

Les jeunes qui arrivent maintenant sont moins impliquées. J'ai l'impression qu'elles viennent faire leurs huit heures et puis c'est tout. Avec certaines collègues on est arrivées en même temps, cela ne fait pas des années et des années, mais je trouve qu'il y a quand même un décalage. On s'est de suite mises dans

l'équipe, dans le travail, on a pris des responsabilités, on a essayé de faire fonctionner le service. Les jeunes qui arrivent maintenant ce n'est pas la même mentalité. Elles viennent et font leurs huit heures. Ce n'est pas qu'elles font mal leur travail, mais elles ne vont pas s'écarter de la route. Elles font leur boulot et point. Alors qu'en dehors de ça il y a quand même des choses à faire dans le service, il faut s'investir, et ça on le voit moins.

Elles vont moins faire attention aux patients aussi. Elles vont faire la toilette et on passe au suivant. Nous aussi, mais on essaye d'avoir un contact, de faire attention, par exemple cette personne elle aime bien telle chose... Quand on les ramène de la salle à manger dans les chambres, j'essaie de les installer correctement, je leur mets la télé... Alors que des fois les jeunes les laissent comme ça dans les chambres. C'est pas bien, je sais que des fois on est bousculées mais il y a un minimum. Il faut aussi faire attention à ce qu'on fait. Par exemple elles vont laisser les patients en salle à manger alors qu'elles n'ont pas mis les cale-pied des fauteuils. On a du boulot mais il faut faire attention. C'est, je trouve, la différence entre certaines jeunes qui arrivent et les anciennes. On leur dit : « *tu n'as pas mis le cale-pied* », « *ah oui* », de toute façon c'est toujours « *oui* ». Et puis le lendemain c'est reparti pareil. Je pense qu'elles ne font pas attention, c'est tout. J'ai appris à être à l'écoute de la personne âgée, à observer et puis à respecter la personne et ses besoins, à faire attention. Je pense que c'est le plus. Par exemple les placards de chambres, c'est un petit détail, mais j'aime bien que ça soit bien rangé, j'y fais attention parce que ça fait parti de la personne aussi. Il ne faut pas que ce soit complètement en désordre. Je me bats beaucoup pour ça. Il y a des collègues qui ne font pas attention, qui prennent le linge, qui le posent et terminé. C'est nous qui rangeons le linge qui revient de l'hôpital. Donc, j'essaie de faire attention au petit confort de la personne. Ce n'est pas toujours évident...

C'est vrai qu'on n'a pas vraiment discuté sur leurs parcours, comment elles sont arrivées là, si c'est un choix. Mais même avec les anciennes, c'est vrai qu'on n'a pas vraiment discuté sur ça... Non, on discute d'autres choses, des enfants, des vacances, des maris, mais le pourquoi on est là... non.

Certaines infirmières qui arrivent ne sont pas très motivées. Je trouve ça grave parce que je sais pas ce que ça va donner dans quelques années. Quand on arrive on est plein de vie, plein d'envies, plein de projets, on a envie de faire plein de choses, c'est normal, c'est notre métier, cela nous plait normalement. Mais là quand elles arrivent, elles sont pas motivées. Je trouve que c'est grave. Je comprends pas si on est pas motivée pourquoi on a fait le choix d'être infirmière. Je pense que parfois elles doivent s'ennuyer un petit peu. Nous on s'ennuie pas au boulot.

Le problème ici c'est les remplaçantes, on n'est pas remplacées par des professionnelles. En fait ils prennent les filles qui se présentent. Elles ne connaissent rien du tout, elles ne sont pas spécialement motivées pour les soins, elles viennent pour travailler l'été. Il y a des filles qu'on recrute pour du ménage et qui se retrouvent ici à faire des toilettes pour les personnes âgées. Les pauvres filles, des fois elles ont du mal mais on les comprend. C'est pas permis à tout le monde de faire les toilettes de personnes âgées, surtout quand vous êtes jeunes. Moi je me souviens quand j'ai commencé ce n'était pas facile. J'avais dix-sept ans, ça n'a pas été évident. Il faut toucher une personne qui est nue, avec sa main. C'est pour ça que je comprends les filles parce ça n'a pas été facile. Mais bon après, on s'y fait vite. Une fois, je me suis retrouvée à laver une femme. Toucher le dos d'une femme la première fois ça m'a fait bizarre quand même, parce que c'est particulier quoi, toucher des gens nus. Maintenant j'aime les nettoyer, c'est un autre aspect. Ça me fait plaisir de les laver parce qu'ils vont être propres. Parce qu'on est plus détendus on ne fait plus vraiment attention à ce qu'on fait, on peut se permettre de parler. Et puis, je pense que la personne, elle doit ressentir quand on est un peu retenu, alors que nous on fait la toilette tout en discutant, ça se passe mieux je pense.

L'année dernière il y a eu beaucoup de remplaçantes. C'est déjà arrivé qu'il y ait une seule aide-soignante avec que des remplaçantes, des filles pas diplômées en fait. Pour l'aide-soignante c'est dur. S'il y a deux aides-soignantes elles vont être séparées pour ne pas laisser les remplaçantes toutes seules. Le métier c'est pas facile, on arrive à se remonter le moral entre nous et on s'entend bien donc ça aide. Mais si on est séparées, si on se retrouve avec des remplaçantes, c'est pas facile d'être toute seule. Et puis moi c'est vrai j'aime pas être seule, j'aime bien être avec les collègues, discuter. Donc, l'année dernière c'était vraiment

dur, dur, il y avait beaucoup de remplaçantes. Personne a voulu bouger ses vacances, tout le monde est resté sur les mêmes périodes de vacances. La hiérarchie a dit d'accord mais il y aura plein de remplaçantes.

C'est dommage quoi, on passe toute l'année à bosser, et puis quand on arrive à la période de vacances, on ne peut même pas prendre les vacances qu'on veut. Mon mari, son entreprise ferme pendant trois semaines et bien je n'ai pas de vacances en même temps que lui.

Enfin...

La difficulté c'est surtout le rythme de travail. C'est une course, c'est un travail à la chaîne, c'est l'usine, on va de chambre en chambre, il faut tout faire, toutes les toilettes. C'est répétitif. Il n'y a pas assez de contact, c'est trop rapide, et puis c'est lourd surtout. J'ai l'impression de faire une course ici.

J'ai souvent rêvé de ne pas finir les soins à l'heure, d'arriver à midi alors qu'il me reste tout à faire. Je suis au milieu du couloir et tout le fond, c'est-à-dire neuf personnes n'ont pas été vues et puis je suis toute seule à les faire... Oui, plusieurs fois, et j'ai une collègue qui est comme moi. Souvent on est assez speed au boulot. Cela me met vraiment pas bien vous vous imaginez ? Midi, et pas le fond de fait ! Cela met une sacrée pression. Après je me dis, c'est qu'un rêve, on se détend !!

Il y a des filles qui commencent à être dégoûtées par le métier parce que ce n'est pas ce qu'elles en attendaient. C'est vrai que ça n'a rien à voir avec ce qu'on nous apprend à l'école. A l'école, il faut prendre le temps, il faut bien respecter les besoins fondamentaux de la personne. Là ils ne sont pas beaucoup respectés. Nous, on ne demande pas grand-chose, déjà le soir au moins une personne en plus pour la vaisselle. Il y a eu une réunion avec les surveillants du rez-de-chaussée pour justement demander du personnel, dont une ASH en l'occurrence le soir, qui fasse la vaisselle.

Cette réunion a eu lieu, je n'étais pas là, j'ai pas eu de compte rendu, j'ai pas appelé les filles pour savoir ce qu'il en était. Ca s'est passé il n'y a pas longtemps. Mais bon, on va voir ce que ça va donner, cela fait tellement de temps qu'on demande. J'ai l'impression qu'on n'est pas entendues.

Ici on fait beaucoup de ménage, les soins, le soir on fait la vaisselle alors qu'on pourrait faire manger. Le midi on balaie, on lave les sols, on fait tout ici en fait. On fait le travail d'infirmière parce qu'on met des bandes, on fait le boulot d'ASH, on fait le boulot des trois en fait. S'il y avait plus d'ASH, je pense qu'on passerait plus de temps dans les soins. A midi on pourrait se permettre de prendre plus de temps pour les faire manger s'il n'y avait pas les salles à faire, s'il n'y avait pas à laver, balayer, faire les tables.

Par exemple le soir les moyens séjours aiment se retrouver à table, ils ont leur petite salle à eux. Ce sont des gens qui sont bien, ils se retrouvent et discutent. Mais ils ne peuvent rester car il faut balayer. Ils le savent, ils nous voient arriver avec le balai : *«ah bon elle nous chasse on s'en va»*. Ils rigolent. Mais c'est dommage, des fois ça m'embête de les mettre dehors.

En étant aide-soignante, j'ai la possibilité de travailler aux urgences. Cela me plairait vraiment de pouvoir y aller. J'ai fait un stage d'un mois quand j'étais à l'école, cela m'avait vraiment plu. Le mois que j'ai passé là-bas, c'était vraiment super, des fois je restais un peu pour aider les filles, j'étais vraiment bien. C'est vraiment mon truc, c'est vrai que là c'est un peu calme pour moi, mais c'est bien aussi, j'aime bien... Oui, j'aimerais bien faire aussi l'école d'infirmière. Mais ici ils ne prennent pas en charge la première année d'école, il faut rester un an sans salaire. Je ne peux pas rester un an comme ça, sans salaire, cela me retient quand même pas mal. Mais autrement j'aurais bien aimé faire mon école d'infirmière puis après me spécialiser en anesthésie pour pouvoir sortir avec le SAMU, c'est un de mes rêves.

Madame C., IDE Long séjour

Je travaille dans un service de long séjour depuis novembre 2002 en tant qu'infirmière.

Après mon bac j'ai commencé l'école d'infirmière mais j'ai abandonné au bout de quelques mois suite à un stage en chirurgie. La première fois que j'ai vu une infirmière effectuer un soin douloureux (l'ablation d'un drain) j'ai été choquée et j'ai pensé que je ne pourrais pas faire ce type de soins. J'ai donc quitté l'école.

J'ai trouvé un travail dans un service de gériatrie en tant qu'ASH, j'y ai travaillé de nuit sur un poste d'aide-soignante pendant trois ans. J'ai eu l'occasion de faire ou de voir faire des soins d'escarres, des soins palliatifs, de manipuler des gastrotomies... J'ai fait pas mal de choses. L'appréhension que j'avais vis-à-vis des soins a diminué petit à petit et je me suis sentie capable de faire l'école d'infirmière.

J'ai apprécié de reprendre mes études, ça a été une période très enrichissante.

Un parcours construit autour de différents postes

Premier poste :

À ma sortie de l'IFSI j'ai travaillé dans un centre pour enfants polyhandicapés. Une douzaine d'enfants y résidaient en internat et d'autres venaient en externat. C'était un travail peu contraignant avec des temps pour échanger entre collègues, prendre un café. Sur le plan relationnel le contact avec les enfants était super. C'était un bon travail.

Mais d'un autre côté j'avais envie de réaliser des soins techniques car je sortais de l'école. Il me semblait que si je restais dans cet établissement j'allais perdre tous mes acquis. J'ai quitté ce centre au moment où il passait aux trente-cinq heures car il imposait des coupés alors qu'auparavant je travaillais en journée continue.

Deuxième poste :

J'ai opté pour un poste dans le secteur privé, dans un service de pneumologie.

C'était un travail extrêmement dur parce que là, pour le coup, je n'avais pas le niveau technique. J'ai dû tout apprendre sur le terrain ce qui m'a rendu la tâche encore plus difficile. C'était vraiment quelque chose de nouveau. De plus il y avait en moyenne un décès par semaine... J'ai tenu six mois. A peu près ce qu'avait tenu l'infirmière précédente. Ca a été une période très douloureuse pour moi. Il n'y avait personne pour m'encadrer, d'autant qu'il s'agissait d'un poste de nuit. J'avais choisi ce poste de nuit pour être à la maison auprès de ma fille et en fait les difficultés du travail envahissaient ma vie privée.

Les décès alourdissaient considérablement la charge de travail. Le décès par lui-même n'est pas une difficulté mais la période qui précède si. Il y a un nombre de questions auxquelles on doit répondre : le médecin peut-il encore intervenir, la personne souffre-t-elle et si oui faut-il poser un antalgique, faut-il prévenir la famille... ?

"La création d'un poste d'aide-soignante une nuit sur deux" ou : "l'urgence et les décès seulement les jours pairs SVP", ou encore : "les décideurs décident en fonction de leur budget" :

À l'époque, consciente de la charge de travail et de l'impossibilité de recruter une IDE qui accepte de travailler sur ce poste, l'administration a créé un demi-poste d'aide-soignante. Je travaillais donc avec une aide-soignante une nuit sur deux, l'autre nuit je travaillais seule. La nuit où l'aide-soignante était là c'était gérable, la nuit où elle était absente ça ne l'était plus.

En tout début de carrière c'était ingérable. Aujourd'hui avec l'expérience je pense que ce serait moins dur, je passerais moins de temps dans les chambres, je ferais les soins plus rapidement.

Troisième poste : la mésestimation d'abord et les patients après

Après avoir quitté mon poste de pneumo je suis entrée dans un établissement prenant en charge des patients atteints de démence et de maladie d'Alzheimer. À l'époque l'établissement faisait l'objet d'un scandale rendu public par les journaux de la région. Il était question de maltraitance, de défaut de soin.

J'ai surtout rencontré une mésestimation entre les différents intervenants, Direction, médecins, soignants, agents de service, familles... Je craignais pour mon diplôme. Bien que j'aie travaillé largement plus que le temps prévu sur mon contrat (je restais sur mes pauses) j'avais le sentiment que la moindre petite erreur serait prétexte à me faire un procès. Je ne tenais pas du tout à travailler dans cette ambiance, je suis donc partie. Par ailleurs il y avait peu de moyens matériels et humains, ce qui a rendu ma décision plus facile à prendre.

Quatrième poste : chirurgie dans le secteur privé

Orthopédie, vasculaire, réa, ophtalmo : ce contrat de travail m'a permis d'apprendre de nombreuses techniques de soin. Le stress du service de réanimation m'a conduit à envisager la suite de ma carrière dans une autre direction : la psychiatrie où je travaille en long séjour.

Le service de long séjour

Dans ce service il y a un effectif suffisant. On travaille rarement avec des intérimaires, alors que dans le secteur privé un jour sur deux vous travaillez avec un intérimaire qui ne connaît pas forcément le travail. Un exemple : il m'est arrivé de travailler en réa avec un intérimaire qui n'avait pas conservé les urines des patients. Cela a rendu impossible le bilan entrée/sortie et je me suis pris une soufflante lorsque l'anesthésiste est passé faire sa visite. Normal, nous avons la vie des patients entre les mains.

En services généraux il y a des loupés comme ça parce qu'il n'y a pas de personnel. Les postes sont créés mais ils ne sont pas pourvus.

Dans notre service nous avons suffisamment de matériel, on ne manque de rien, on ne fait pas d'économies sur les couches, ni sur les serviettes, ni sur les gants de toilette, ce qui nous permet de faire du bon travail.

Je suis également satisfaite des soins qui sont donnés. Par exemple nous pesons les résidents tous les mois. Si vous avez une grosse perte de poids, vous allez pouvoir prévenir une pathologie, un syndrome de glissement, vous pouvez déjà mettre en place des soins avant que l'état du patient ne s'aggrave. Le signe d'une mauvaise prise en charge c'est un résident qui se déshydrate parce qu'on ne lui a pas donné suffisamment à boire. À ce jour tous nos résidents vont bien et cela me donne une grande satisfaction, et donne tout son sens à mon métier.

L'aboutissement du placement d'un résident est le décès. Mais pour moi le long séjour n'est pas un mouvoir mais un lieu de vie. La fin de vie ne représente qu'une étape relativement courte dans la vie d'une personne âgée dans l'établissement. Elle représente une période de trois semaines-un mois. Pendant cette période la personne âgée va progressivement se dégrader avec refus de manger, dégradation sur le plan cutané, déshydratation, difficulté respiratoire avec encombrement, enfin troubles de la déglutition.

Portraits - 1.3

Bon, ça va être sur une période donnée et au bout du compte, soit elle va mieux, soit elle décède. Mais c'est un moment assez court dans la vie d'une personne. L'essentiel c'est que le long séjour soit avant tout un lieu de vie.

J'aime bien travailler ici. J'aime le contact avec la personne âgée, parce qu'elle attend beaucoup de nous et qu'elle est reconnaissante des plus petites attentions ou marques d'affection que vous lui apportez. Elle se contente vraiment de peu. Je ne sais pas si elle est heureuse de son placement ou si elle aspire à une autre vie, mais elle accepte volontiers notre aide.

Si vous arrivez à établir un bon contact avec la personne âgée vous avez l'impression d'avoir une relation privilégiée avec elle. Des sentiments très forts peuvent vous lier. J'aime bien.

Je suis proche et à la fois je ne m'investis pas. C'est-à-dire qu'une fois que la personne est décédée je coupe le lien. C'est peut-être ma personnalité ou un mur que j'ai mis en place petit à petit mais si je suis en vacances, à la maison, je ne suis pas au travail ! Si la personne est décédée il est possible que j'ai du chagrin avec la famille mais dès que j'ai passé la porte je vais aller rigoler avec les collègues. C'est comme ça, je n'ai pas de technique, ça ne s'apprend pas... Si, ça peut s'apprendre... Mais moi, non, je ne l'ai pas appris.

J'ai beaucoup plus de mal à entrer dans une chambre d'une personne de trente ans avec le chirurgien qui va lui annoncer qu'elle a un cancer. Là je vais rentrer chez moi et je vais être malade. Alors que le fait d'accompagner une personne âgée qui arrive à la fin de sa vie c'est différent. Annoncer un cancer à une personne de trente ans je trouve ça d'une injustice... Ce n'est pas acceptable. Non, je n'irai pas sur un lieu de travail comme la cancéro. Je n'irai jamais travailler auprès d'enfants, ça c'est clair.

J'ai demandé à rester dans ce service. Tout le monde me prend pour une folle. C'est vrai que c'est une usine à toilettes... Quand on arrive et qu'on sait qu'on est partie pour trois heures de toilettes... Bref, quand on a fini on ne souhaite pas recommencer.

Le long séjour ce sera jusqu'à ce que physiquement je n'y arrive plus. Au niveau charge physique c'est très lourd. Ce n'est pas quelque chose que l'on peut envisager sur une carrière. À un moment donné votre corps dit "stop" et il faut passer à autre chose.

Vous vous faites mal en portant : hernies discales, tendinites... La première semaine où j'ai travaillé ici je suis rentrée à la maison en me disant : "*je ne tiendrai jamais*". Je ne pouvais plus bouger. Nous avons des lève-malades mais on ne les utilise pas parce que l'on préfère porter à deux, c'est plus simple, enfin c'est plus rapide. À moins que la personne ne soit très forte, je ne crois pas qu'on y gagne avec un lève-malade. Enfin, je pense que ça fait à peu près la même manipulation, sauf qu'il en a une où on gagne du temps. Dans le milieu médical le gain de temps l'emporte

Travailler ensemble

Ce qui peut être difficile c'est le travail en équipe. Lorsque vous avez des objectifs de soin différents, lorsque la personne âgée n'est pas prise en considération, lorsqu'il y a des divergences d'opinion sur la prise en charge. Là, ça devient conflictuel.

Par exemple, nous avons une personne qui perdait du poids. Cette personne mangeait seule mais pas suffisamment. Une partie de l'équipe souhaitait qu'elle continue à manger seule afin qu'elle conserve son autonomie, une autre souhaitait l'aider aux repas (ce qui est loin d'être la solution de facilité !!). Ce n'était pas la qualité du travail de l'une ou de l'autre partie de l'équipe qui était en cause, mais l'objectif à atteindre qui était mal défini. Pour ma part je pensais qu'il fallait prioriser la prise alimentaire avant celle de l'autonomie et pallier rapidement la perte de poids.

Tout ça est un problème de dynamique d'équipe. Il faut des réunions de travail. Depuis que nous avons une nouvelle surveillante, très dynamique, qui pose bien les objectifs de soin et prend position lorsqu'il y a des divergences nous arrivons à avoir un travail harmonieux.

Sur le CHS le personnel change régulièrement de pavillon. Peu souhaitent venir travailler en long séjour, la charge de travail étant plus lourde que dans les pavillons de psychiatrie.

Nous avons énormément de nursing, ce qui rebute essentiellement. Etre dans les couches, caca, pipi toute la journée c'est pas terrible non plus. Et l'image de la gériatrie n'est pas valorisante. Vous serez mieux perçu si vous dites que vous travaillez en chirurgie ou en réa. Cela dit, travailler en réa, c'est assez stressant, il faut prendre les bonnes décisions, ne pas se tromper dans les calculs de doses, être vigilant à tout moment.

Enfin, le nursing est un travail assez répétitif. On fait toujours la même chose d'un jour sur l'autre. Mais apprendre à connaître les résidents c'est enrichissant. Par exemple, au fil du temps on apprend à reconnaître simplement en traversant un couloir les personnes qui ne vont pas bien. Quand vous êtes en service général vous soignez une pathologie, vous ne soignez pas la personne. Vous avez tellement de travail, vous n'arrêtez pas.

L'avenir

J'ai le choix entre l'école de cadre ou alors du libéral. À trente-cinq ans on est une "vieille infirmière" (trois de mes collègues sortent de l'école). Si vous allez en clinique vous n'avez pas une infirmière qui a mon âge. Elles sont toutes moins âgées ou elles ont un poste à responsabilité. Sur le CHS je ne sais pas.

M'orienter vers la psychiatrie ne m'attire pas spécialement et retourner dans un service trop dur, non, c'est terminé, j'ai tiré un trait.

Il faudrait arrêter de changer le personnel de poste, car il se spécialise dans la branche dans laquelle il travaille et se perfectionne. Le faire changer de poste pour boucher les trous du planning n'est qu'une solution à court terme qui aboutit à l'épuisement et au départ. Bien sûr il faudrait avoir plus d'infirmières sur le marché pour ne plus avoir à faire appel à des intérimaires qui ne connaissent pas le service et laissent forcément une charge de travail supplémentaire à l'infirmière postée.

En conclusion : c'est pas un métier !

Analyse

Portraits 1ère partie

Mme A. aide-soignante dans un centre de soins

Mme B. aide-soignante dans un centre de moyens et long séjours

Mme C. IDE en centre de long séjour.

Quelques points d'analyse

Ces quelques remarques tentent de mettre en avant les points saillants d'une lecture possible. Ils n'ont en aucune manière la prétention de vouloir épuiser la compréhension d'entretiens qui sont d'une très grande richesse et qui marquent finement les enjeux dont sont porteuses les situations de travail traversées.

Le travail : un lieu de débats intimes et publics

Des situations cruciales sont évoquées au cours des deux entretiens :

- Pour Mme A. il s'agit de la personne radioactive. Comment doit-on faire dans une situation où la conscience professionnelle commande d'intervenir mais où il y a un réel enjeu de santé ? La réalité exige de se positionner. Mais la colère et le dépit apparaissent quand plusieurs éléments se combinent : on n'a pas pensé aux soignants dans la conception du protocole, le cadre renvoie l'équipe à son propre choix sans régulation, personne, y compris les médecins, ne va au contact de la malade hormis les aides-soignantes ! C'est en quelque sorte un cas d'école, on voudrait démobiliser les équipes, l'on ne s'y prendrait pas autrement.

- Pour Mme B. les situations de prise de repas apparaissent comme largement problématiques. Elle met bien en lien la pression continue existant au niveau du temps avec la difficulté à pouvoir respecter le rythme des personnes. Elle pointe notamment de manière parallèle l'anxiété qu'elle peut éprouver (et qui revient lors de ses cauchemars) face à la répétitivité de cette course et la vitesse à laquelle elle doit installer ou faire manger les résidents. La recherche de solution face à cette situation se situe du côté de la négociation collective pour obtenir un poste supplémentaire. Dans cet exemple on voit bien comment la contradiction interne est replacée dans un cadre propice à son dépassement : celui de l'organisation du travail.

- Pour Mme C. c'est une expérience passée qui est en question : lorsqu'elle se trouvait de nuit en pneumologie, seule, elle avait des décisions à prendre, importantes, lorsque certains patients allaient mal. Le décès est ici un révélateur : ce n'est pas lui qui est le plus difficile à vivre, c'est tout ce qu'il y a avant ! Et tout ce qu'il y a avant c'est l'interprétation de la situation, la prise de décision, la somme de tâches à réaliser, dans un climat rendu plus lourd et douloureux encore par le fait d'être seule, sans forte expérience et avec des enjeux majeurs. A noter que l'on aurait pu prendre comme exemples les discussions liées à la perte de poids d'un résident (faut-il ou non le faire manger seul ?).

Il est frappant de constater que dans les trois cas ce n'est pas tant d'être confronté à des situations problèmes qui est mis en question ou qui laisse des traces. C'est d'être confronté à ces situations-là sans réelle régulation ou prise en compte du problème : soit par absence de débats dans le collectif, soit par une non-prise de responsabilité de l'institution, soit par le fait de devoir gérer la situation dans la solitude.

On touche ici à un nœud de problèmes : dégradation du rapport au travail, colère, amertume, doute, morcellement de l'institution, mise en question de l'efficacité et de l'équité des décisions de soin...

Analyse 1

A l'inverse, lorsque Mme C. parle du fonctionnement de son service actuel elle met en avant le rôle du cadre qui rend le travail "harmonieux", le mot est bien choisi. Il fait selon nous pendant à ces contradictions et paradoxes qui apparaissent si fortement dans la réalisation de l'activité et dont nous venons de donner des exemples.

L'équipe

Elle est au cœur du rapport au travail, cela est clairement signifié dans les entretiens (et cela le sera également dans d'autres parties).

Mme A. précise même ce qui permet de construire une relation d'équipe féconde : la même vision du travail, la capacité à partager des tâches (par exemple assumer collectivement plus de choses lorsqu'une soignante doit s'occuper d'une stagiaire), l'écoute de l'autre (quand on voit que la collègue est moins en forme on peut prendre un peu plus « sur soi » et à charge de revanche), enfin la capacité à organiser des respirations et à aménager le rythme de l'activité (l'humour et le rire sont alors des soupapes clés). C'est bien aussi aux solidarités journalières, à la capacité de "soulager" la collègue que fait référence Mme B. lorsqu'elle veut mettre en avant le bon fonctionnement de son équipe. Il s'agit là au fond de modes de régulation horizontaux.

L'enjeu que représente la qualité des relations établies apparaît de manière évidente. Ce n'est pas uniquement et simplement la possibilité de travailler dans un bon climat, on ne se situe pas dans le registre du confort. La qualité des relations est complètement déterminante dans la qualité et l'efficacité du travail, dans la construction du sens du travail, ainsi que dans la préservation de sa santé dans la durée.

Sans parole échangée (parole qui n'advient que s'il y a quelqu'un pour entendre), l'équipe cesse de vivre, ou ne se constitue pas.

La distance et le patient

Elle se décline à différents niveaux :

- Savoir mettre des limites face à des exigences inacceptables (ce que désigne Mme A. en pointant des demandes indues de patients qui justifient leur prétention par le fait qu'ils sont d'après eux des "clients").

- Savoir trouver la bonne distance affective.

- Savoir "oublier" une fois sorties du travail ce qui s'y passe. Mme A. le pointe deux fois ; en disant comment en début de carrière elle était en quelque sorte "envahie" par ce qui s'était passé dans sa journée, et en explicitant la nécessité de passer à autre chose lorsqu'on arrive à la maison (même si par ailleurs elle pointe le fait que chacun "*raconte sa journée*").

Quoiqu'il en soit cette distance ne semble devoir être acquise que par l'expérience personnelle, ni "trucs" ni "astuces" ni "technique que l'on apprend à l'école", chacune a trouvé en elle-même les ressources pour être proche et lointaine, dans une attitude qui n'est ni compassionnelle ni défensive. C'est ce que, plus loin, affirmeront également d'autres professionnels.

Choisir ses patients ?!

Nous retrouverons dans une autre partie cette question, traitée de manière relativement similaire. Il apparaît que le type de service dans lequel on exerce est lié à des problématiques gérables, ou mieux au "choix" fait de travailler avec certains patients ou un certain type de pathologies. Mme C. exprime clairement qu'elle ne pourrait travailler avec des enfants atteints de pathologies lourdes et déclare apprécier le lien aux personnes âgées (on va retrouver ceci plus loin, avec une autre professionnelle). Mme A. a trouvé dans la variété des personnes rencontrées une source d'enrichissement, source qui se tarit néanmoins.

Mme B., si elle éprouve comme intéressant le rapport aux personnes âgées, souhaite aujourd'hui passer à autre chose. La nature restreinte des relations qui peuvent s'établir au regard des contraintes de l'activité explique en outre ce sentiment.

Le rapport au travail n'est pas qu'un rapport à l'activité, il est aussi un rapport à "l'autre". Manifestement on ne travaille pas avec n'importe quel autre, certaines expositions sont plus douloureuses, plus difficiles. Inversement il en est qui sont plus gratifiantes. Les entretiens ne mettent pas en avant une échelle absolue, mais une échelle relative : selon les périodes de la vie, selon son histoire on va pouvoir donner du sens à un certain type de relation, et être débordé par d'autres. Il est ainsi important de pouvoir construire un parcours, une trajectoire qui va, au fil du temps, être aménagée. Il apparaît que se trouver dans une situation figée, c'est-à-dire une situation où l'on n'a de prise ni sur son devenir, ni sur les décisions prises sur l'organisation du travail, ni sur le contenu de l'activité n'est pas tenable très longtemps. A moins, bien sûr de constituer des défenses qui vont couper les professionnels à la fois de leur travail et des patients.

Le lien entre les générations

Voilà une thématique récurrente, qui revient de manière appuyée mais au fond pas si tranchée que ce que l'on pourrait croire (elle est également évoquée dans d'autres entretiens, c'est une préoccupation partagée).

Mme A. a de l'expérience. Elle et ses collègues ont des exemples de comportements (elle en donne un) de stagiaires ou de jeunes qui lui semblent incompatibles avec un exercice correct de la profession ou simplement avec le respect des patients. Elles sont même inquiètes pour l'avenir. Pour autant, quand il s'agit d'envisager la manière de traiter la « distance » avec les patients, elle se compare elle-même en début de carrière aux "nouvelles". Elle indique également que des jeunes recrutées peuvent se "laisser faire" par des patients qui se croient "à l'hôtel". Mme B. insiste sur l'évolution du rapport au travail. Les exemples qu'elle prend renvoient au manque de considération d'autrui : les "nouvelles" semblent oublier qu'elles ont des personnes face à elles. De la même manière qu'elles sont à la fois absentes et présentes (ou présentes sans y être vraiment) le résident est en quelque sorte "perdu de vue". Mais elle indique également comment des personnes recrutées ponctuellement pour faire des ménages se retrouvent à réaliser des toilettes.

La différence entre les générations n'est donc pas si tranchée même si globalement l'impression qui ressort des entretiens est qu'une forme de "conscience professionnelle", ou de "respect des anciens" tend à se déliter.

Que le rapport au travail ne soit pas identique d'une génération à l'autre est bien entendu inévitable, ne serait-ce que pour une question d'âge. Il est probable par ailleurs que des évolutions soient en cours dans les attendus du travail, dans les formes d'investissement... Mais il ne faut pas les majorer en oubliant que ce rapport se construit, que des choses s'apprennent et que les identités professionnelles ne sont pas données, elles sont appropriées, lentement. Les comportements professionnels des individus évoluent ainsi au fil du temps.

Une réelle difficulté physique

Signalons que les trois entretiens indiquent précisément la difficulté physique des tâches réalisées. Les références à cette dimension sont extrêmement claires, la pénibilité est un élément constitutif des activités exercées.

Cela va jusqu'à mettre en question l'avenir et pose aussi le problème du devenir des corps. On ne peut à ce niveau éluder le problème : il est au contraire central dans la manière dont chaque professionnel va, dans le temps, envisager son rapport au travail. Les stratégies de "préservation" vont prendre une place naturellement conséquente et modifier les manières d'envisager l'activité, probablement aussi les formes d'engagement auprès des patients. Et encore ce qui est ici pointé ne vient pas mettre l'accent sur la question

Analyse 1

du rythme, ce qui ouvrirait à d'autres considérations.

En outre on peut légitimement se demander quel est le lien exact entre la fatigue et le travail de manutention. Le ressenti de fatigue semble associé à trois données qui s'entremêlent :

- la fatigue réelle proprement dite,
- l'impact de la confrontation à la souffrance d'autrui,
- la lassitude.

C'est ce qui peut expliquer pourquoi ce ressenti de fatigue est aussi singulièrement présent, comme une donnée de fond.

Un avenir en forme d'interrogation

Chaque fois l'évocation de l'avenir professionnel est traversée par le doute. Arrivée à un certain âge il va sembler impossible à Mme A. de tenir sur ce poste, de garder la même fonction. L'usure et la lassitude risqueraient de s'installer, comme elle dit elle "a fait le tour". Mme C., elle, a trouvé pour le moment un lieu de stabilité. Mais si elle voit plus loin il lui semble impossible dans les conditions actuelles de perdurer comme infirmière ("*à moins que les conditions ne s'améliorent dans les années qui vont venir. Mais je n'y crois pas trop*"). Mme B., elle, n'envisage l'avenir que dans un départ du service, pour enfin avoir accès à une activité qu'elle aurait choisie.

Le constat est clair.

Il reste à s'interroger sur la manière de permettre une trajectoire professionnelle qui puisse s'inscrire dans une réelle durée. On a là quelques pistes : l'amélioration des conditions de travail, une gestion évolutive des carrières, une avancée de la nature même des rapports au travail permettant une plus grande reconnaissance de la contribution de chacun.

PORTRAITS

2ème partie

Monsieur A., Brancardier

Je n'étais pas du tout prédestiné à travailler dans un hôpital parce que je m'étais engagé dans l'armée. Ensuite je suis revenu, comme j'étais carrossier de métier, j'avais trois propositions : une en Suisse, une en ville et puis l'hôpital. Bon ben j'ai choisi ça toujours pour changer. Actuellement je suis brancardier et ça me plaît. Voilà mon parcours pour le moment et c'est pas fini.

Je travaille à l'hôpital depuis 1986. J'ai commencé par un TUC et petit à petit j'ai gravi les échelons. J'ai fait la distribution du linge propre, le ramassage du linge sale, les poubelles, distribué les chariots repas pendant cinq ans. Ensuite, comme j'aime bien bouger, j'aime bien changer, je suis passé à la centrale des alarmes où on gérait les appels des bips des médecins, les internes, on donnait les clés. C'était un peu un poste de sécurité, de surveillance plus ou moins. Puis, j'ai encore voulu changer parce que j'en avais marre de rester assis, alors au bout de trois ans, je suis parti et j'ai décidé d'être brancardier parce que le contact avec les malades me plaisait bien.

Alors que j'étais brancardier, j'ai demandé à faire l'école d'aide-soignant. Donc actuellement, je suis aide-soignant et brancardier. La formation d'aide-soignant ça a été pour moi la plus riche expérience parce que je n'avais jamais directement travaillé dans un service de soins. J'avais toujours fait des petits boulots comme ça. Mais être réellement dans les services et apporter un soin, ça m'a encore plus épanoui. Mon plus beau souvenir c'est quand j'ai eu mon diplôme d'aide-soignant je crois. Je me suis donné à fond, pendant un an j'ai bossé, en plus c'était pas facile parce que j'ai trois enfants, petits, donc je me suis pas amusé. Retourner à l'école quinze ans après, se remettre dans le bain, c'était pas facile. Au début, j'avais des maux de tête horribles, je ne voulais plus y aller, comme un gosse. Et puis quand je suis rentré dans le bain, ça s'est fait.

Je crois que c'est ça le mieux. Et j'avais même dans l'idée de faire l'école d'infirmier parce que suite à ça, je ne veux pas dire que je me suis senti plus fort, mais je suis senti capable de faire autre chose. Et puis après, il y a une petite voix dans ma tête qui m'a dit non, ça dure trois ans et demi. Je suis partagé entre, comment dire, la volonté de le faire, et de rester comme je suis. Je me dis que ce n'est pas trop tard non plus.

Je me disais que travailler dans un hôpital et ne pas être au contact des malades ce n'était pas compatible à mes yeux. Mais l'ensemble c'est une chaîne, comme distribuer les repas c'est important. C'est le maillon qui fait la chaîne. Au plus bas de l'échelle comme j'ai été il y a ramasser les poubelles et puis au-dessus il y a les médecins, la direction et tout... C'est un ensemble et chaque maillon est essentiel je pense. Et pour moi j'aurais aimé être dans le maillon médical. Il faut de tout, c'est vrai et je ne renie pas ce que j'ai fait. Parce qu'à chaque petit boulot que j'ai fait à l'hôpital ça m'a chaque fois apporté quelque chose. J'ai toujours vu la progression. Ça dépend le point de vue où on se place mais à mon échelle je progresse. Et puis je ne conçois pas de rester là comme un légume et de ne pas bouger.

Brancardier

C'est la diversité. Si je reste dans un service de soins, au bout d'un moment je verrai toujours les mêmes choses. Si je vais en traumatologie, je verrai tout le temps des gens blessés, des fractures à droite à gauche, dans un service de chirurgie vasculaire je verrai tout ce qui se rapporte au système vasculaire. Si je vais en cardiologie, ... Moi c'est la diversité que j'aime bien. En fait brancardier, je vois tous les gens de tous les services avec toutes les pathologies différentes. Je ne vois pas qu'une pathologie, je les vois toutes.

On travaille différemment en fonction des gens, en fonction de ce qu'ils ont. Par exemple on ne va pas manipuler une personne qui a une fracture du col du fémur comme une personne qui a un problème de lumbago, d'hernie discale ou un problème à la tête. Tout est différent et puis les gens, c'est pareil. Selon, les services où l'on va ils réagissent différemment. Ils aiment bien nous voir aussi. Ils ne nous voient pas longtemps car c'est un transport qui dure quinze-vingt minutes mais malgré tout on sent que ça les change car ils sortent du service, ils changent d'air. En plus, moi je suis très communicatif donc ça passe tout de suite. Puis on aime bien les accompagner aussi. On ne transporte pas de la marchandise, on transporte des gens. C'est un peu un "travail de déménageur" parce qu'on tire, on pousse, on porte, mais ça reste quand même un contact humain et ça c'est hyper important. Je trouve que c'est la base de tout.

On entend souvent les malades râler aussi. *"Cette infirmière elle est comme ça, et puis ils ne sont pas sympas, les aides-soignants ne viennent jamais..."* Quand j'entends ça moi, je dis: *"vous savez il y a beaucoup de travail, des fois si vous sonnez qu'elle ne peut pas venir c'est vraiment qu'elle ne peut pas venir..."* Enfin, c'est toujours le même problème, problème de manque de personnel. On entend les ragots, on entend tout quoi, on entend: *"cette surveillante quelle peau de vache."* On entend tout mais on reste neutre, on ne se mêle pas de ça.

Les générations

On est six à avoir la formation d'AS, et il y en a un autre qui est parti la faire. Je pense que progressivement ça va se faire. En fait on n'avait aucune qualification. On était ASH et même avant on était ASI (Agent de Service Intérieur). Ce n'était pas du tout médical. Puis on a tapé du poing sur la table en disant que ce n'était pas normal de ne pas être rattaché à un service de soins. On a été rattachés au service médical et petit à petit... Et puis de toute façon maintenant on est un service de soins à part entière. Avec la direction on trouvait que ce n'était pas normal qu'on n'ait pas de qualification parce que c'est un métier. Ça commence à être reconnu. Ça a mis le temps. Avec les administrations il faut toujours du temps.

On n'a pas tous la même façon de travailler parce que déjà on n'a pas tous le même âge. Les anciens, ils ont déjà des acquis, ils ont déjà le métier. Ils ne vont pas tourner cent sept ans pour faire quelque chose. Puis les petits jeunes, c'est plein pot et puis... Je ne dis pas qu'ils ne réfléchissent pas mais ils n'ont pas cet acquis-là. Vis-à-vis des patients ils n'ont peut-être pas l'acquis pour les transporter, les manipuler, justement parce qu'ils n'ont pas cette qualification. Maintenant ils embauchent les gens avec un BEP Sanitaire et Social tandis que nous on sort d'horizons différents: il y a deux carrossiers, des peintres et des maçons qui n'ont rien à voir du tout avec la fonction hospitalière.

Et puis il faut une entente dans l'équipe. Il vaut mieux parce que nous on est seize donc c'est toujours mieux.

Alors qu'avant on travaillait avec la même personne maintenant on change tous les jours. Vivre en "couple" comme ça, c'est pas toujours bon parce qu'il y a toujours des accroches. En même temps on se connaît. Quand on travaille en équipe on connaît les points forts et les points faibles de l'autre. On sait où il faut aller chatouiller ou pas. Moi j'ai travaillé trois ans avec la même personne, c'est dingue parce qu'on était réglés. C'était: *"toi tu fais ça, toi tu vas raccrocher la perfusion..."* Il n'y avait même pas la peine de se parler. Alors que là, en changeant constamment chacun a ses habitudes.

Et comme je disais, les plus anciens ont leurs habitudes et le petit jeune va venir et lui dire: *"non il ne faut pas faire comme ça"* et l'autre lui répondra: *"j'ai 20 ans de boîte"*, enfin voilà !!

Par exemple, vous savez que l'hôpital est très grand. Pour aller en niveau A, il y a plusieurs chemins. L'ancien, il va prendre le plus court, tandis que le jeune ne saura pas. C'est tout bête mais à la fin de la journée ça peut vous faire des kilomètres en plus. Et puis au niveau des patients, par exemple on nous donne une chambre où un patient est en train de manger mais il a un examen à faire. Le petit jeune, il fonce plein pot et va vouloir le descendre, alors que la personne qui a de l'expérience va le laisser manger et revenir dix minutes après. C'est un truc tout bête mais ça a de l'importance pour le patient.

Portraits - 2.1

Autrement, au niveau de l'équipe, il y a rarement de dysfonctionnement parce que l'amalgame se fait bien. C'est la relève. Et moi je fais partie des anciens, bien que je ne sois pas très vieux, et chaque fois qu'un petit nouveau arrive je lui explique. Ça prend du temps, parce que les jeunes qui arrivent là et qui débarquent de je ne sais où... J'ai l'impression qu'aujourd'hui les jeunes portent moins d'attention aux personnes. Mais je pense qu'en travaillant bien avec eux, il n'y aura pas de soucis. L'idée c'est qu'on est là et on soigne des êtres humains, c'est ce qu'il faut voir avant tout. Je pense qu'il faut avoir l'affinité avec ce métier et il faut aimer les gens, il n'y a pas de secret. Si on n'aime pas les gens, on fait autre chose.

On n'est plus assez nombreux. Il y a de plus en plus de gens qui sont malades et puis il y a les hôpitaux qui sont pleins à craquer. L'effet des trente-cinq heures a fait des dégâts. Nous on s'est battu pendant presque deux ans pour avoir du personnel en plus et on a deux personnes qui vont nous arriver, deux jeunes. On avait tellement de pression, on était crevés parce qu'on fait un travail physique aussi. On a fait le calcul, on fait environ vingt kilomètres en moyenne par jour. Alors on a la pression au-dessus des services, ils veulent que leurs patients soient descendus à l'heure de leurs examens, ce qui est normal. Mais le problème c'est qu'il y a beaucoup de services et qu'ils veulent tous leurs malades en même temps. On est trois équipes le matin et trois l'après-midi à l'heure actuelle. En moyenne il y a cent vingt brancards par jour. Par brancard, j'entends des lits qui sont plus lourds (environ cent cinquante kilos).

Et donc on a cette pression-là, ça s'est beaucoup dégradé. Surtout au détriment des malades. Mais je ne pense pas que ce soit qu'ici, je pense que c'est partout. Puis malgré tout, on a toujours su rester solidaires entre nous. On a toujours tiré dans le même sens. C'est important ça, dans une équipe parce qu'on voit de tout.

La souffrance

On voit la vie mais on voit la mort parce qu'on emmène des gens à la morgue. Et puis ça peut aller de tous âges. Il faut être blindé, physiquement et moralement. Je comprends que les jeunes soient un peu choqués au début parce qu'ils s'attendent peut-être pas à voir des morts par exemple. On leur a peut-être pas dit quand on les a embauchés, moi on ne me l'avait pas dit. Le premier que j'ai fait ça m'a fait tout drôle.

Je me rappelle quand je suis rentré dans la chambre ce n'était pas une personne âgée, c'était une jeune personne qui avait eu un accident de voiture. Quand je suis rentré dans la chambre j'ai cru qu'elle dormait parce qu'en fait ils ne sont pas recouverts par un drap tout de suite. Dans les services, ils les lavent, ils les entretiennent bien pour qu'ils soient présentables. J'ai pas réalisé tout de suite, et puis ça m'a fait un choc. C'est pas possible si jeune qu'elle soit déjà morte. Alors, je ne l'ai pas regardée, j'ai mis le drap sur la figure et on l'a mise sur le brancard, je l'ai descendue. Et après on s'y fait. Je veux dire, ça fait partie de la vie.

J'ai eu un décès, j'ai perdu mon père, et je savais ce que c'était la mort. Mais la mort des autres, non je ne savais pas. C'est vraiment différent parce que bon, on souffre nous quand on perd quelqu'un de cher, de notre famille et quand c'est une autre famille, des gens qu'on connaît pas, ça nous fait quelque chose parce qu'on repense à la mort qu'on a eue dans notre famille, on se met à leur place et on ne peut pas non plus pleurer, on ne pleure pas c'est clair. Mais on sait ce qu'ils ressentent, la douleur qu'ils ressentent. Et puis, voir un mort, oui la première fois, ça choque. Après non, parce que c'est plus rien, je m'y suis fait.

Le pire, je pense, c'est plus tellement de voir le mort, c'est les services de radiothérapie, quand je les emmène en examen, je vois une personne qui va faire des rayons, je sais pertinemment qu'elle, elle va mourir, c'est qu'une question de jours. Là oui ça me fait quelque chose.

En général, ils sont en fin de vie, et on sait très bien qu'il y a peut-être six mois à souffrir, des fois moins. On sait que ça va se finir quoi. Quand ils nous demandent : "ça va aller ? je vais m'en sortir ?" c'est vrai que c'est pas facile. Il faut trouver les mots justes, ne pas dire n'importe quoi. Comme je dis, il faut avoir la carapace, si on n'a pas la carapace, on est foutu.

C'est un drôle de sentiment. C'est vrai que ça me touche, mais malgré tout il faut la carapace. C'est vrai qu'on ne peut pas rester indifférent devant une personne qui souffre, ou alors on n'a pas de cœur, on a un cœur de pierre. Mais malgré tout, on sait que c'est comme ça, que c'est la vie, et qu'on n'y peut rien de toute façon, on ne peut rien faire, à part l'aider à alléger ses souffrances. Tout ce qu'on peut apporter comme confort, c'est surtout le confort moral, et le confort aussi physique quand on le manipule. Ne pas lui faire mal. Oui, c'est vrai que ça touche mais en même temps on est blindés. Et je pense que je parle aussi pour mes collègues, on est à peu près tous pareil. Sauf, comme je le disais tout à l'heure les jeunes qui arrivent et qui n'ont jamais encore eu ça, et bien eux, ça va entrer aussi, autrement ils partent. Il n'y a pas de secret de toute façon, et puis moi j'ai choisi ça justement pour ça aussi. Parce que je trouve qu'aider les autres, moi je trouve que c'est un truc... Il n'y a pas assez de gens qui pensent aux autres.

La fatigue

À la fin de la journée il y a des traces, on a des personnes qui ont cinquante-deux, cinquante-trois ans, oui, à la fin de journée ils sont plus fatigués que nous... La faculté de récupération, elle ne se fait pas pareil quand on a vingt ans et puis quand on a cinquante. Oui, physiquement, ils sont plus fatigués, moi aussi, à la fin de journée, je dors bien en général. C'est pour ça moi je me dis, je ne ferai pas ce métier-là jusqu'à cinquante ans, ça m'étonnerait. Il faudra que je me pose, il faudra que je me calme un peu. Enfin, moi qui ai déjà des problèmes de dos et des problèmes d'épaule, j'ai déjà eu des problèmes physiques quoi. J'ai eu des lombagos, je suis resté une semaine coincé sans pouvoir me redresser. L'épaule, j'ai eu une tendinite, ça a duré trois semaines. Oui, toutes les articulations prennent. Il y a un collègue qui a été opéré d'un genou. Toutes les articulations prennent, parce que vingt kilomètres par jour, faites le calcul par an, ça en fait. Vous pouvez partir en vacances au Portugal, à pied. C'est pour ça il y a un peu ce diplôme d'aide-soignant, moi je pourrais bifurquer.

Actuellement, les appels sont centralisés, c'est ce qu'ils appellent "l'appel brancard". Il y a deux infirmières et une aide-soignante qui prennent les appels et nous les donnent. On prend les appels tels qu'ils arrivent. On ne choisit pas ce qu'on a à faire. Comme les taxis un peu, mais elles ne connaissent pas l'hôpital comme nous on le connaît.

Par exemple, vous pouvez aller en pneumo qui est à l'opposé du SAMU. Vous allez là-bas et puis après on vous dit il faut aller chercher une personne là-bas alors que parfois, dans le même endroit, il peut y avoir deux ou trois brancards à faire. On sait que c'est là, on sait que c'est sur place et on sait qu'on peut faire ça, au lieu de retourner là-bas. On gagnerait du temps... Donc on a demandé à gérer notre travail mais ils n'ont jamais voulu. Moi, je pense que c'est du fait de notre ancienne réputation. On a proposé que ce soit un ancien, tiens voilà, une reconversion. Par exemple, quelqu'un qui a cinquante et quelques années, on voit bien qu'il est plus fatigué que les autres, pourquoi il ne pourrait pas prendre les appels? On pose la question, il n'y a pas de réponse, mais la question mérite d'être posée.

J'aime vraiment ce que je fais, j'y trouve mon compte. Mais par contre, c'est peut-être qu'une impression, je n'ai pas l'impression d'être pareil dans la vie courante. J'ai l'impression que je donne tout quand je travaille, j'ai l'impression que ça m'en prend trop.

La reconnaissance

Avant qu'on soit dans le service médical, hé bien, on n'était pas considérés comme on l'est actuellement. On a changé d'étiquette. Ça passe tout de suite mieux. On avait une très, très mauvaise réputation. On était des alcooliques, on faisait exprès de laisser attendre les gens, on a tout eu quoi. En fait, l'hôpital a ouvert en 82, mais en 82 comme je vous ai dit, on n'était pas dans le médical. C'était des gens de tous horizons qui travaillaient comme brancardiers. Et donc il y avait peut-être des trucs qui étaient mal faits, plus ou moins mal faits. Petit à petit, on a eu cette mauvaise réputation du fait qu'on n'était pas dans le médical, ça c'est sûr. Depuis qu'on est passés dans le médical, ça se passe très bien, très bien. On n'est plus feignants, on ne boit plus, on n'est plus alcooliques. On ne joue plus aux cartes non plus,

Portraits - 2.1

parce qu'on jouait aux cartes évidemment. Toutes ces promotions, le fait d'être passé ASH, avoir la formation d'aide-soignant, je pense que ça a apporté une autre image.

Dans les services, on est bien accueillis, enfin en général. Alors qu'avant c'était : *"Ha quand même, qu'est-ce qu'ils font? Vous étiez où? Vous étiez au café? Vous fumiez une clope?"* Et à partir du moment où ils ont pris en main le service médical, ça a tout changé. Je pense que ça aurait pu être fait plus tôt. Ça a bloqué quelque part, on ne sait pas où, il manquait quelque chose, c'est un dysfonctionnement de l'administration.

Il y a deux ans, on n'avait pas de cadre. Je ne sais pas si je dois en parler ou pas, on a fait grève, on a eu des problèmes. Notre ancienne cadre est partie et personne n'a voulu nous reprendre, justement à cause de cette réputation. Actuellement ça se passe bien. On a toujours porté une étiquette, on a porté l'étiquette de personnes difficiles à gérer, parce qu'on était que des hommes. On a fait un mouvement de grève, ça a duré une semaine. Grâce à ça, ça a tout changé.

On en est ressortis plus fort. Là on est soudés, et je peux vous dire qu'actuellement aucun d'entre nous ne se laissera marcher dessus. S'il y en a un qui, je ne sais pas, va faire une ânerie avec un malade, c'est possible, ça peut arriver, par exemple arracher une perfusion, voilà, si celui qui a fait l'ânerie a quelques problèmes, nous, on est derrière, on ne le laisse pas. Ça serait incompatible avec notre mentalité quoi. C'est arrivé, c'est pour ça que je vous le dis. On est allés prévenir notre surveillante, on a fait un rapport c'est normal. On lui a expliqué ce qui s'était passé, on a été corrects, honnêtes, ça s'est arrêté là.

S'il était en tort on essaierait de l'aider mais c'est vrai que s'il est en tort, il est en tort. On ne peut pas défendre l'indéfendable non plus quoi. Mais ça n'empêchera pas qu'on sera derrière lui. Ça c'est clair, par rapport à ce qu'on a vécu, c'est sûr, c'est sûr et certain, on ne laissera pas quelqu'un tomber comme ça. Enfin, maintenant on réagit comme ça, alors qu'avant non, avant c'était plus chacun pour soi.

La grève est née par rapport à une pression de travail. Les gens ont craqué. Il y a des gens de chez nous qui ont fait de la dépression. Ah oui, il faut le savoir, des grosses dépressions. Il y en a qui ne voulaient plus venir travailler. Il y en a qui venaient au boulot et puis... On a un cas chez nous, c'est quelqu'un qui rigole tout le temps, quand je suis revenu de l'école d'aide-soignant, j'ai dit : *"qu'est-ce qui t'arrive?"*, ce n'était plus le même. Il avait tout perdu, il avait perdu le goût du travail, le goût de rigoler. Je veux dire si on est mal dans sa peau, ça s'en ressent dans son travail. Donc il nous a expliqué en gros et puis voilà quoi. Ça ne pouvait plus aller. Après il a retrouvé le sourire.

On était seize à faire grève. On a fait signer des pétitions.

On a fait un mouvement contre notre cadre et ça ne se fait pas. C'était très mal perçu. Justement on avait repris cette réputation de mauvais garçons. Personne ne voulait nous reprendre. On s'est dit on va prouver ce qu'on vaut, ce qu'on est. Il n'y a plus de problèmes. On ne gère pas un groupe d'hommes comme un groupe de femmes, c'est différent. Il y a des façons de le faire, je pense.

Actuellement, ça se passe bien. Il y a comment dire, un respect mutuel, c'est ce qui compte. Il faut qu'il y ait ce respect mutuel si vous voulez que ça marche dans une équipe, que ce soit des deux côtés. Je veux dire on n'est pas à l'armée, on est au service des malades, on n'est pas là pour faire la guerre ou quoi que ce soit. Maintenant, tout va bien, vraiment tout va bien.

Nous, on est passés par un truc assez dur, vraiment c'était un moment dur quoi. Ce qu'on a vécu, je ne le souhaite à personne parce que je peux vous dire qu'il y a une pression énorme, de la direction. Oui, parce qu'en fait on est des tous petits.

Monsieur B., Maître-ouvrier cuisine centrale CHU

Je suis rentré à l'hôpital en 92, comme beaucoup de gens, pour avoir une tranquillité d'horaire. Le travail n'était pas forcément intéressant à l'époque. Dans le privé par contre j'étais avec des gens hyper compétents, on faisait de la bonne cuisine. Je suis rentré à l'hôpital pour avoir des horaires fixes et ne plus travailler les jours fériés et les week-ends. J'ai passé huit ans dans l'ancienne cuisine centrale du CHU, en tant que cuisinier. J'ai évolué normalement en grade et quand ils ont regroupé toutes les cuisines il y a eu la possibilité de se reconverter. J'ai alors fait une formation de gestion de stocks, de réapprovisionnement des cuisines, de planification et d'organisation du travail. Je suis parti à plein temps pendant un an et demi en formation.

À ce jour, je suis dans un bureau à organiser le travail, à planifier les tâches et à faire tout le réapprovisionnement de la cuisine centrale. Je ne suis plus cuisinier du tout. On organise le boulot, on est deux, le chef de service et moi-même. Voilà mon expérience en douze ans d'hôpital. Ça a été un sacré changement.

Pour le cuisinier professionnel, il n'y avait pas d'intérêt à être cuisinier à l'hôpital, si ce n'est les horaires. Je voulais me sortir de ça et je n'avais plus aucun intérêt pour le métier pour lequel j'étais prédestiné au départ..

Je ne sais pas si l'hôpital m'a dégoûté de la cuisine mais le fait est qu'on ne pouvait rien faire avec les moyens qu'on avait à l'époque. J'avais travaillé trois ans avec l'ancien chef de chez Trois Gros, on était onze cuisiniers en brigade, on faisait du boulot. Vous arrivez ici vous faites un, deux, trois, quatre ans, vous savez que vous ne pourrez jamais évoluer dans la qualité et qu'on ne vous laissera jamais faire. Vous travaillerez toujours les mêmes matériaux, des trucs bas de gamme pour beaucoup, il n'y avait plus d'intérêt.

J'avais l'impression de me déqualifier et puis on n'est pas reconnu. Dans le milieu hospitalier, le cuisinier c'est un "graisseux", le peintre c'est un "bleu". On catalogue les gens tout de suite dès que vous ne faites pas partie du milieu médical. Et puis quelqu'un a cru en moi et m'a dit: *"tiens, il y a cette formation qui se présente et je veux travailler avec toi, est-ce que t'es d'accord?"*. C'est vrai que pour me sortir de ce truc-là j'ai foncé là-dedans et c'était très intéressant. C'était une opportunité pour au moins faire autre chose. Parce que vous êtes une équipe de cinquante, on ne parle jamais de vous individuellement. Vous êtes dans le moule et c'est jamais rigolo que personne ne sache qui vous êtes, ce que vous faites. Même si vous n'êtes que le cuisinier vous êtes peut-être très intéressant à côté. J'avais envie qu'on reconnaisse mes qualités. Et quand ce gars-là, qui est devenu mon chef de service, m'a dit: *"j'ai envie qu'on travaille ensemble"*, j'ai foncé. Ca m'a fait me rendre compte que je savais faire autre chose que de la cuisine.

La pénibilité

Les mecs en production sont complètement lessivés. On dit que les fonctionnaires c'est plus cool... Non, les gars ne sont pas cool à la production. Il y a des grosses journées de production, ils abattent un travail phénoménal.

Portraits - 2.2

Au secteur chaud qui est le plus gros secteur, ils commencent à sept heures du matin et ils doivent sortir cinq mille cinq cents repas jours en moyenne. Que vous soyez six ou douze, vous êtes obligés de les sortir ces repas. Ce n'est pas comme les électriciens ou les peintres qui, s'ils n'ont pas le temps de finir ce jour-là, reviendront le lendemain. Là, on est obligés de les sortir. Et puis ils ont des gros problèmes de matériel qui ne suit pas. Il y a du retard tout le temps. Combien de fois ils ont fini avec une demi-heure de retard. Quelque part quand dans le privé quand on entend parler du fonctionnaire, c'est "tranquille le matin, pas trop vite l'après-midi". En fait ils sont débordés. Physiquement, vous soulevez des tonnes. Quand vous avez trois ou quatre services de légumes c'est trois cents ou quatre cents kilos de chaque. C'est un travail répétitif et puis ils travaillent dans un bruit! Je ne sais pas combien de décibels il y a. Ils sont obligés de pousser tout le temps pour pouvoir finir à temps pour éviter de faire des heures sup. On est payé pour faire huit heures par jour pleines, mais à côté moi je suis tranquille. On dirait qu'ils travaillent pour eux alors que, quelque part, ils ne sont pas là pour se poser trop de questions.

Il y a des brûlures, en ouvrant les sauteuses (des grosses gamelles qu'on tourne avec une manivelle). La manivelle s'est cassée plusieurs fois et le mec s'est pris tout sur les pieds, donc quand c'est de l'eau ou de l'huile... on imagine...

Il y a des tennis-elbows aussi, à force d'ouvrir les grosses portes. Il y a pas mal de problèmes de dos au magasin. Les mecs ont neuf tonnes à recevoir par jour et ils sont quatre multiplié par cinq jours. C'est énorme... Enfin quand j'entends "le fonctionnaire" et qu'on nous inclus dans le "fonctionnaire" et qu'on voit ce qu'on fait ici, je me dis qu'il faudrait bien que les gens viennent passer une semaine au magasin et soulever neuf tonnes et ils verront que ce n'est pas si reposant que ça. Nous les trente-cinq heures on les sent passer. Je ne suis pas là pour faire le procès des trente-cinq heures mais on n'a pas eu d'embauche et le boulot est toujours là. On avait des horaires où on devait finir à quinze heures mais on finissait parfois à quinze heures trente ou seize heures pour être à jour parce qu'il y a des grosses amplitudes de nettoyage après la production.

Donc les conditions de travail à la production et au magasin sont dures. On est à l'usine, la vraie de vraie, sans avantage. En plus personne ne tourne, alors que dès le départ les cuisiniers disaient qu'il fallait tourner, qu'il fallait de la polyvalence pour tout le monde. Mais c'est la direction qui a voulu uniformiser en gardant les mêmes équipes dans les mêmes secteurs pour ne pas avoir avec la même camelote des résultats différents. Mais c'est lamentable pour le travail du gars.

C'est une usine de production de repas, et il y a cinquante ou soixante pour cent des postes que je ne voudrais pas faire. Pourtant j'ai travaillé dans le privé et je sais ce que c'est le coup de bourre du service. Au jour d'aujourd'hui, je ne ferais plus ce qu'ils font.

Une nouvelle fonction

Déjà, physiquement je suis plus tranquille. Et puis j'ai plein de trucs à résoudre. J'ai des responsabilités que je n'avais pas quand j'étais dans le moule parce qu'on vous disait: "tu fais ça et ça". Tandis que là c'est moi qui organise le travail, il ne faut pas se tromper sur les chiffres, ne pas se tromper sur le réapprovisionnement, il y a plein de problèmes à gérer avec les fournisseurs. Et ça part dans tous les sens. On gère aussi bien des produits diététiques que du sel ou des légumes frais, les demandes de tous les services et tout ce qui est pâtisserie pour les hôpitaux d'enfants, toutes les demandes spécifiques. Le boulot est intéressant dans le sens où je peux commencer le matin par un truc qui a à voir avec la production et finir par un truc complètement différent, et entre-temps il y a un pépé qui va fêter ses cent ans et il faut lui faire faire un gâteau...

Je suis toujours au niveau du produit sauf qu'au lieu de le travailler je le commande. C'est indispensable d'être cuisinier dans le sens où on travaille avec plein de fiches techniques, avec des grammages près... Aussi je sais pourquoi, au moment du réapprovisionnement je vais mettre des kilos de plus de tel ou tel produit parce que je sais qu'il va réduire à la cuisson. Alors qu'un néophyte ne saura pas que le produit va réduire, ou alors il va se donner une trop petite marge et il va lui en manquer.

Donc il est indispensable qu'on soit cuisinier, ça coule de source que celui qui commande, celui qui met en production, celui qui gère les matériels, les stocks, les fiches techniques, les recettes, le soit.

C'est une façon d'évoluer dans son travail de cuisinier. On ne peut pas s'improviser comme ça.

La centralisation

Il y a beaucoup de personnes qui ont beaucoup de nostalgie de leur passé à l'hôpital. Parce que c'est vrai que tous les abus d'il y a vingt ans font qu'aujourd'hui on est trop cadrés, trop serrés au niveau du budget nourriture. Parfois je voudrais m'écarter du budget pour acheter de la lotte pour les fêtes ou un truc comme ça mais c'est difficile. Mais je pense que c'est dans tous les services.

Nous on paye les énormes abus. Même au tout début en 1992, pour être sûr d'avoir un service de coqs entiers, on commandait cinquante kilos supplémentaires alors qu'aujourd'hui on ne peut plus le faire. Imaginez-vous sur une petite structure comme la nôtre, pour un produit... C'était n'importe quoi. Ceux qui sont rentrés dans les années soixante ou soixante-dix c'étaient tous les gens qui n'avaient pas de boulot ailleurs, qui n'avaient pas de formation. J'ai travaillé avec des gens qui n'avaient aucun diplôme, aucune formation. Alors ça je crois que ça a fait du tort aux cuisiniers et c'est pour ça que le cuisinier n'était pas reconnu.

S'il n'était pas alcoolique il était voleur de toute façon, c'était ça la réputation des cuisiniers de l'hôpital. Elle était proche de la réalité, mais quand vous arrivez et que vous n'êtes pas du tout comme ça et qu'on ne veut pas vous reconnaître autrement que comme un grasseyeux, c'est pas évident. Je me rappelle d'une surveillante un jour où je montais dans un service pour emmener les repas, elle se tourne vers moi en demandant à quelqu'un : *"mais qui a fait monter le grasseyeux?"* Alors là on se retient mais c'est quand même horrible. Vous êtes jeune, vous arrivez et vous avez envie de faire bouger les choses et puis... J'ai des souvenirs d'avoir servi dans des selfs au tout début. Je ne crois pas qu'on m'ait dit bonjour dix fois.

Faire venir des gens de l'extérieur pour visiter l'unité de production est très intéressant. Intéressant pour les gens qui viennent mais pour nous aussi, parce qu'il y a des échanges. Parce qu'on explique comment la saisie des repas des services arrive à nous, comment sont gérées et exploitées leurs demandes. Donc c'est vrai que, s'ils savent réellement le travail qui doit être fait à la production, ils mesureront plus les conséquences d'envoyer tel ou tel papier dans les temps.

Ca fait partie du cursus des écoles d'aides-soignantes, de kiné... Dommage que les autres services n'y trouvent pas d'intérêt, ou peu...

En tout cas je trouve ça enrichissant de montrer au médical que l'hôpital c'est aussi les peintres, les électriciens, la blanchisserie et la cuisine. L'hôpital ce n'est pas que les soignants. Il y a quand même plein de petites fourmis qui font que ça se passe bien. C'est pour ces petits boulots là que j'avais envie d'être reconnu.

Les difficultés

Avec mon chef de service actuel il n'y a pratiquement plus d'échanges. Ça va faire un an maintenant et j'ai demandé à quitter le service parce que je n'en peux plus. Vous êtes assis six ans l'un en face l'autre et vous ne savez rien. Je ne sais même pas s'il est marié, s'il a des enfants. Non pas que je sois curieux mais un échange minimum est important. J'aime bien travailler en rigolant, mais là impossible. Ces deux dernières années, j'ai eu le sentiment d'avoir été complètement persécuté.

C'est pour ça que l'année dernière je suis allé voir mon supérieur en lui disant que je ne voulais plus travailler dans de telles conditions. Comme il n'en a pas tenu compte, je suis monté beaucoup plus loin, au niveau de la Direction des services économiques mais ça n'a servi à rien. Comme on n'est que deux à être formés on ne peut pas nous laisser partir.

Au départ, nous étions sept à faire la formation, mais les gens avaient tous d'autres responsabilités, ils sont tous partis les uns après les autres et les huit derniers mois de la formation on les a finis tous les deux. À l'époque ça marchait bien. Le binôme fonctionnait. C'était les huit derniers mois les plus importants où il fallait tout engranger du logiciel qu'on exploite pour la cuisine centrale. Donc personne d'autre que nous deux sait faire fonctionner le logiciel. Si je pars trois semaines en vacances et qu'il se casse la jambe le

Portraits - 2.2

premier jour de mes vacances, on fonctionne dix jours mais après il n'y a plus rien qui rentre, qui sort en production, en réapprovisionnement. Donc je suis attaché à lui et on ne m'a pas autorisé à partir.

Le malaise, ce n'est pas forcément quelqu'un qui vous agresse constamment physiquement ou en paroles. Je crois qu'il y a plein de silences qui peuvent faire beaucoup de mal. Trois ans de silence en face de moi, tous les jours, je le vis comme une persécution, un truc qu'il me fait payer. Je crois qu'il n'est pas bien dans sa tête. Quand vous aimez parler et qu'on ne vous répond pas pendant huit heures (du style : *"qu'est-ce que je peux faire, je peux attaquer ça ?"* Rien. *"Tu veux que je t'aide à faire ça ?"* Rien) c'est très difficile. Enfin c'est plein de petites choses. Je n'ose plus parler.

En septembre on a eu un rendez-vous à quatre avec le Directeur du service technique, le Directeur de la cuisine, lui et moi. Le grand chef ne désavouera jamais son cadre, c'est l'hôpital ça. En plus il est très compétent, ça je ne peux pas lui enlever. Je me suis senti isolé parce que je leur ai dit que voulais partir et ils m'ont dit que ce n'était pas possible puis ils m'ont demandé ce que je lui reprochais. Mais ce n'est pas un truc que l'on peut expliquer réellement, le faire comprendre, je n'ai pas de mots pour ça.

Quand vous êtes assis comme ça l'un en face de l'autre, c'est pas évident. Chacun a son petit travail attiré, il n'y a pas forcément d'échanges à avoir... Je pense déjà à me reconvertir. Je quitterai l'hôpital, je ne finirai pas ma carrière à l'hôpital.

Je suis différent de lui, je suis le contraire de lui. Je crois que c'est vraiment un problème de l'administration ça. Il y a ces gens qui se croient investis d'une mission divine à vouloir en faire voir à certains. Je pense qu'ils doivent avoir une petite vie, je ne pense pas j'en suis sûr !!!

Le fait est que la personne que j'ai en face de moi m'a usé, m'a démotivé au plus haut point. Je n'essaie même plus de donner une idée. Là je vis en comptant le nombre de semaines qui me séparent de mes prochaines vacances. Ça fait rire beaucoup de gens mais je leur dit quand j'arrive le lundi matin : plus que cinq jours et je suis en week-end. C'est fou parce que quand j'ai l'envie de faire plein de choses et d'en arriver à être complètement démotivé... Je suis persuadé que les non-dits font autant de mal que les dire. Quand lui demande : *"ça fait deux jours que tu fais la gueule, t'as l'air contrarié ou quelque chose ?"* Non ! Et ça repart sur huit heures de silence. Enfin c'est difficile à vivre. Je ne peux pas mettre de mot sur... On peut donner des mots concrets quand le collègue vous a mis sur la figure. Dire, regardez il m'a fait ça, c'est pas normal. Mais là !!??

L'institution

Je suis un type très enthousiaste, j'ai envie de faire bouger plein de choses, j'ai pas l'esprit renfermé, l'esprit bridé. On pourrait faire plein de choses nous-mêmes : intégrer des nouveaux menus, intégrer des nouveaux produits... Quand il y a une réunion avec un directeur on pourrait dire : *"je suis pas d'accord avec toi, ça, ça va pas..."* Ben non ça ne passe pas à l'hôpital. Je l'ai fait une ou deux fois et hop, on m'a érabouillé.

On essaie de faire avancer les choses et bien non c'est impossible. Il faut rester sur les acquis d'il y a trente ans. On fait du gigot à Pâques. Ca serait bien de changer. Ben non ça fait dix-neuf ans qu'on en fait, alors... Enfin il y a plein de petites choses dans mon boulot que je ne supporte plus.

J'ai envie de me faire plaisir et de faire plaisir. Je rêve de dire à la production : *"demain c'est pas filet de lieu noir sauce crème, c'est une lotte à l'armoricaine"*. Ben non ça ne marche pas. J'assiste à des réunions d'encadrement, c'est des espèces de parades où il n'y a rien de dit, rien de fait. Je pense que c'est dans tous les services pareil.

La plus grosse difficulté c'est que vous n'êtes pas entendu, on ne s'intéresse pas à ce que vous pouvez dire si vous n'êtes pas cadre.

Là, on a quatre ou cinq jeunes avec un CV à faire pâlir les moindres petits cuisiniers. C'est des mecs qui ont travaillé chez Loiseau, chez Blanc et ils sont là. Il y en a un qui est resté deux ans et demi à la plonge,

il a un CV que même moi j'aurais rêvé d'avoir. Pour un professionnel cuisinier, avoir travaillé un an et demi chez Loiseau, un an et demi chez Blanc, c'est un truc qu'on ne fera jamais. Et ils l'ont mis à la plonge. Je me dis que c'est un petit trésor ce gars-là, on pourrait s'en servir pour les repas de direction. On a les cuisiniers, on a le matos et on n'en fait rien parce que c'est un gars du moule et quelque part j'ai l'impression que ça dénigre le chef de service le fait qu'il y a un gars qui soit meilleur que les autres.

Je ne travaille pas les samedis et dimanches, je ne travaille pas les jours fériés, je suis chez moi à quinze heures trente et je touche deux mille francs de plus que si j'étais dans le privé. Donc, il n'y a pas trop à réfléchir. Mais aujourd'hui je vais certainement me remettre en question professionnellement.

Madame D., IDE Service d'Urgence

Parcours

J'ai toujours voulu être infirmière. J'ai passé le concours, je l'ai eu et je suis rentrée à l'école. C'était ça et il n'y avait rien d'autre ! J'ai été diplômée en 1997 à Dunkerque. J'ai fait six mois d'orthopédie, ensuite je suis partie un an en hémodialyse. J'ai fait de la pneumologie, ensuite de la gériatrie pendant deux mois, de la réanimation pendant neuf mois, ensuite pendant un an et demi de la rhumatologie, enfin des urgences depuis deux ans.

Lorsqu'on est contractuelle, on bouche les trous. Tant qu'on n'est pas titulaire, on n'est pas sur un poste fixe, dès qu'il y a un manque dans un service on va un peu à droite, à gauche.

On ne vous demande pas votre avis. Moi la néphrologie, la réanimation ça me plaisait beaucoup, il y avait le côté service, le côté dialyse, et le côté réanimation et greffe. On est assez polyvalente. Mais du jour au lendemain on vous dit : "*vous partez*", une autre prend votre place. Moi l'hématologie, ça me plaisait pas trop, j'y suis restée pendant un an et demi, obligée. On fait avec, on s'y fait.

À l'école les stages sont courts, on ne reste pas longtemps. En trois semaines, on se fait une toute petite idée du service. C'est vrai que les services techniques c'est ce que j'ai préféré. Mais quand on est dans la vie professionnelle, on passe par tous les services, on voit un peu ce que ça peut nous apporter. Là aux urgences, on voit tout...

On a un service divisé en trois, un secteur médecine, tout ce qui concerne les personnes souffrant de dyspnées, les lumbagos, etc., le secteur psychiatrique, le secteur chirurgie, pour tout ce qui englobe les personnes ayant plaies, luxations, fractures. Et la salle de déchoquage pour les personnes traumatisées, les accidents vasculaires cérébraux, les douleurs thoraciques, qui sont vraiment les priorités des urgences. C'est vrai, ce qui est bien aux urgences, c'est qu'on devient polyvalente. On aurait dû faire un stage de réanimation pour les poses de voies centrales, d'artères, chose qui n'a jamais été faite malheureusement par manque de temps, de matériel, de personnel.

Les conditions de travail

L'infirmière d'accueil normalement devrait être chaperonnée par un médecin. Mais comme on est en sous-effectif il n'y a pas de médecins à l'accueil. On manque de médecins. De toute façon la direction ne met pas d'argent, dans tous les services c'est pareil.

On est souvent obligés de mettre des patients en surnombre dans le service. Ils sont hospitalisés sur un brancard ou dans un lit dans le couloir. Je trouve ça intolérable.

Des personnes âgées restent là dans le couloir, n'ont pas de sonnette pour appeler. Elles sont sur des brancards qui ne sont pas très confortables, et au bout de deux jours elles ont des escarres. En tant que soignante, je ne trouve pas ça normal. Les personnes âgées, on les sort de leur contexte, de leur petite vie, de leur petite maison, elles arrivent ici aux urgences, sont hospitalisées. Elles sont complètement perdues, perturbées.

Elles hallucinent, perdent leur autonomie. Et il arrive qu'elles chutent. Ce n'est pas rare de voir ces personnes-là ressortir avec des fractures. Les gens arrivent sur leurs deux pieds, leurs deux jambes, ils ressortent d'ici dans des états pas possibles, c'est aberrant.

On a une salle d'attente brancards. C'est une salle où les gens attendent leur mutation, soit les retours à domicile, soit dans un autre hôpital, soit dans les services. C'est déjà arrivé, faute de place, que les médecins les mettent en surnombre, c'est-à-dire les hospitalisent dans les couloirs. Si c'est pour de la psychiatrie ou une surveillance dans les 24 heures qui nécessite une médecine d'urgence, ils restent dans cette salle sur un brancard toute la nuit, en attendant le médecin du lendemain qui réévalue la situation.

On tourne aussi avec la médecine d'urgence. Le bâtiment à côté c'est une unité d'hospitalisation de moins de 24 heures. C'est une unité de surveillance. Là, il y a quand même des gens qui restent là une semaine. Ils sont censés ne rester que 24 heures. On n'a pas pu faire autrement.

Autre exemple, les gens restent dans les salles au minimum deux heures parce que les médecins attendent les résultats de la prise de sang. Normalement, dès que les patients sont perfusés, vus par les médecins, qu'ils ont eu leur prise de sang, on les met dans la salle d'attente brancards en attendant la biologie. En même temps ça permet de voir quelqu'un d'autre et d'enchaîner, comme ça l'attente est moins longue. Mais non, ça ce n'est pas fait. Tout le processus est ralenti. Ça retarde de deux, trois heures à chaque fois la prise en charge d'une autre personne. C'est pour ça que le temps d'attente est considérable.

Il y a aussi des urgences psychologiques. Mais le souci c'est que les psychiatres veulent absolument que la personne soit vue systématiquement avant pour les examens somatiques. Alors que certaines personnes sont dans la détresse, voudraient discuter... Les psychiatres devraient les voir tout de suite et après un médecin pourrait examiner cette personne au moins.

Non, l'organisation est à revoir. On a déjà essayé de faire plusieurs prototypes, tant qu'il n'y aura pas l'effectif, ça marche pas.

L'accueil

On fait 36 000 pas par jour. Comme il n'y a qu'une infirmière côté médecine et une infirmière côté chirurgie, il faut faire toute les salles pour savoir où est l'infirmière, c'est pas pratique. Il faut aller dans le service, aller voir les médecins pour savoir si cette personne, vue la lettre du médecin qui l'adresse, c'est une priorité 1 ou 2, s'il va la mettre en salle de déchoquage... En fonction du motif d'admission des patients si, par exemple, quelqu'un est là pour une douleur thoracique avec irradiation du bras ou de la mâchoire, c'est priorité 1.

En tant qu'infirmière d'accueil on ne peut pas trop écouter les gens. Parce qu'en attendant que la personne nous raconte son histoire, on a les pompiers ou l'ambulance, ou des personnes qui arrivent pour être examinées aux urgences. La consigne à l'accueil, dès que la personne est enregistrée, c'est de la voir dans la demi-heure qui suit. Après l'enregistrement la personne peut attendre une heure quand vous êtes toute seule ! Le souci c'est qu'il y a deux entrées : l'entrée piéton et l'entrée ambulance, pompiers, SAMU. Quand vous êtes avec les pompiers, les SAMU et les ambulances, d'autres patients arrivent à pied.

Mais actuellement la nouvelle organisation infirmière consiste à ce que l'on soit pour l'accueil l'après-midi... C'est très appréciable. S'il y a beaucoup d'entrées aux pompiers, c'est la secrétaire qui enregistre les piétons. Généralement, une secrétaire n'a pas le droit de savoir pourquoi les gens viennent. Mais de toute façon les gens le disent. Si la personne a une douleur thoracique la secrétaire vient tout de suite me chercher, on va voir la personne, on l'interroge et si c'est vraiment une douleur thoracique typique, c'est la salle de déchoquage direct, la personne n'attend pas. On essaie toujours, en accord avec la secrétaire, qu'elle nous prévienne à la moindre petite alerte de quelque chose qui ne lui semble pas "normal".

Portraits - 2.3

Hé bien oui, vous pouvez passer à côté de plein de choses. Par exemple, une personne qui est adressée par son médecin traitant pour une douleur abdominale... il y a trois heures d'attente, vous la faites patienter. La personne vous parle et fait un arrêt cardiaque, là, devant vous. Vous êtes infirmière, vous n'êtes pas médecin, vous n'avez pas su déceler la petite chose qui aurait fait que cette personne aurait dû être mise en salle de déchoquage. C'est déjà arrivé. Normalement, c'est dans les décrets, c'est dans les lois, il doit y avoir un médecin à l'accueil mais comme il n'y en a pas assez...

On est responsable de l'accueil. Un cas concret : un monsieur qui venait de son propre chef pour des céphalées. Il y avait beaucoup de monde, il a attendu deux, trois heures en salle d'attente. Il voulait partir. L'infirmière d'accueil n'a pas voulu le laisser partir parce qu'elle ne le "sentait" pas. Des fois des personnes arrivent, on ne les "sent" pas, on les met en salle de déchoquage et on se dit, "ah j'ai bien fait". Comme il voulait rentrer chez lui elle l'a orienté vers les médecins généralistes qui consultent ici aux urgences de dix-neuf heures trente à minuit. Il a dit : *"d'accord, je suis le premier, j'y vais"*. Ce médecin l'a fait partir. L'infirmière était couverte, il avait vu un médecin. Le monsieur est revenu vingt-quatre heures après pour une méningite.

Quelqu'un qui vient pour des maux de tête on ne pense pas forcément à la méningite, à la tumeur, ou quelque chose. Il y a des gens qui sont migraineux depuis des années qui n'ont pas de complications. Si, par exemple, la personne était partie sans avoir dit qu'elle partait ou quoi que soit, on était responsables.

Des personnes partent du service ce qui engendre dans certains cas une recherche auprès de la police, avec une déclaration au niveau de la direction pour se couvrir. Parce que si la personne traverse la rue et se fait renverser... Il y a des personnes en état d'ébriété, qui tombent, qui se cognent la tête. On ne peut pas être partout à surveiller tout le monde. Quand on est dans le bureau en train d'interroger quelqu'un, qu'il y a quelqu'un qui tombe dehors, ou une personne qui a décidé de partir, on ne peut pas y faire face. Malgré toutes les barrières et toutes les dispositions qu'on peut mettre en place pour éviter les chutes, il y en a qui nous écoutent pas, qui ne nous écouteront jamais, qui enjambent les barrières, et malheureusement qui chutent. Après c'est trauma crânien, et si la personne était sous anticoagulant c'est le scanner, après c'est la déclaration de chute... Si la personne venait pour une petite chose et bien elle repart avec une grosse.

Les "gens"

Beaucoup de personnes n'ont rien à faire aux urgences. Urgences pour elles ça veut dire "me prendre sans rendez-vous". Voilà, c'est vite, c'est maintenant, c'est tout de suite. C'est généralement ces personnes-là qui deviennent très agressives, qui nous engueulent.

Leur problème peut être réglé par un médecin de ville. Elles vous diront : *"je n'ai pas de médecin traitant, donc je viens aux urgences"*. On essaie de leur expliquer que SOS Médecin existe, qu'il y a des médecins en ville, qu'elles n'ont qu'à prendre le bottin. Ou si elles veulent toujours attendre qu'elles reviennent le soir à dix-neuf heures trente. Mais comme c'est un médecin de ville, par contre c'est beaucoup plus cher. Les personnes viennent aussi aux urgences parce qu'elles ne paient pas.

Il est arrivé que des personnes jettent les ordinateurs sur les secrétaires. Il y en a deux ou trois qui commencent à s'exciter dans la salle d'attente, le ton monte, monte, et tout le monde commence à être agressif, violent, en disant : *"voilà ça fait tant d'heures que j'attends"*.

Il y a aussi des habitués, qui viennent plusieurs fois par jour. Ils viennent par les pompiers, ils viennent soit pour un état d'ivresse, des prises de médicaments... Ces gens-là généralement n'attendent même pas d'être vus par les médecins. Ils connaissent très bien la maison. Les gens qui viennent pour état d'ivresse, hop, ils rentrent réclamer un café, à manger et hop ils repartent. Il n'y a pas que des SDF.

Le souci c'est que lorsqu'ils sont alcoolisés, ils se retrouvent agressifs, heureusement pas tous. On les fait patienter dans le sas parmi tous les autres patients. Ça ne donne pas une bonne image au niveau du service parce qu'on accueille un peu tout et n'importe quoi. Des fois, au niveau moral, c'est assez prenant.

Quand on fait douze heures d'accueil, et qu'on les voit arriver quatre, cinq fois dans la journée pour la même chose, alors qu'il y a de l'attente, l'agressivité tout ça, il y en a marre.

C'est pas rare qu'on se fasse agresser. On s'est déjà fait frapper par des "psychiatriques", parce qu'ils ne sont pas contents, parce qu'ils sont alcoolisés... On a beau leur expliquer, ils ne comprennent pas, ça monte, ça monte. Là, une procédure est en cours, la personne est en prison. On n'est pas l'abri de se prendre des coups. Des fois, on est obligés de faire appel soit aux ambulanciers, aux gens du SAMU, pour nous aider à les maintenir. Parfois à cinq, six, ils n'y arrivent toujours pas. Alors, c'est pas nous avec nos cinquante kilos qui allons les maintenir. Normalement, on devrait avoir des vigiles au niveau des urgences. Il y en a qui font les rondes la nuit. Il est déjà arrivé que des gens fassent comme s'ils venaient en visite, ils vont dans le service voler des médicaments. On s'est déjà fait voler un électrocardiogramme! C'est une machine assez imposante, hop la personne est partie, personne n'a rien vu.

Il faut gérer les consultations aussi. Dans la journée certains arrivent aux urgences pour une consultation ophtalmo, ou de la chirurgie de la main. On fait les radios, on les envoie directement en chirurgie. Ca, ça marche bien aussi, ça évite que ces personnes restent aux urgences. On leur donne les antalgiques, on fait la radio, et ils vont voir les résultats directement dans le service. On gère aussi les consultations ORL. On gère aussi les enfants. Les parents amènent les enfants alors que normalement on ne voit que les adultes. Ils viennent quand même ici pour parler à un médecin, pour éviter de passer à côté de quelque chose. On les envoie ensuite à l'hôpital d'enfants. Il faut faire le dossier, appeler les urgences pour les prévenir. Il y a beaucoup d'administratif.

Il faut aussi gérer les personnes qui sont hors secteur. Normalement, on est censés les renvoyer vers l'hôpital qui doit les accueillir. À moins que ce soit quelque chose de très grave, par exemple, dans certains hôpitaux où il n'y a pas de services de neurochirurgie; dans ce cas-là c'est normal qu'ils viennent ici parce qu'on a un service de neurochirurgie.

Quand vous avez quinze ambulances qui font la queue pour voir l'infirmière d'accueil, qu'il faut faire le dossier, faire la prise de constantes. Après ça, "Madame-je-veux-faire-pipi", "Madame-j'ai-soif", c'est très lourd. Le stress au niveau de l'accueil c'est toutes les personnes qui arrivent, les entrées d'ambulance, pompiers, SAMU, les personnes qui arrivent d'elles-mêmes. Vous voyez absolument tout le monde. Il y a le stress lié à l'attente, le fait de dire aux gens: *"oui je sais que vous attendez, que ça fait deux, trois heures..."*. On explique aux gens pourquoi ils attendent, pourquoi c'est si long.

Le lieu

Cette salle n'est pas prévue pour ça. Au niveau des anciens locaux toute cette partie-là n'existait pas. L'appel se faisait carrément dans les couloirs des urgences. Les gens attendaient dans le couloir, les brancards étaient les uns derrière les autres, ce n'était pas non plus la joie. Ce grand sas était réservé pour les plans blancs, pour les catastrophes, mais c'est devenu la salle d'attente des personnes qui arrivent sur des brancards. C'est pour ça qu'il est en travaux. Ils ont prévu une climatisation, un bac à glace, une fontaine à eau. Moi ce qui me gêne c'est que tout le monde est entassé là contre le mur, les gens sont les uns à côté des autres. Il n'y a pas de respect du secret professionnel. On accueille les gens, tout le monde sait leur identité, pourquoi ils sont là. On n'a pas un petit coin ou un moindre paravent pour cacher les personnes et pour les interroger.

On s'est renseignés pour avoir des paravents mais ça coûte trop cher. Donc les gens restent comme ça, les uns à côté des autres, on les empile.

Au plafond il y a des plexiglas. L'année passée avec la canicule on appelait les pompiers pour qu'ils viennent arroser les toits pour rafraîchir un petit peu. Ils ont prévu de mettre quelque chose pour que ce soit plus opaque.

Et puis la pente, la jolie pente qu'il y a là, c'est bien pour pousser les brancards! C'est plus pratique! Il faudra demander à l'architecte pourquoi il a fait ça. Pour pousser les brancards c'est très bien parce que comme certains sont très difficiles à manier, des fois il faut être deux ou trois pour les pousser!!

On est en travaux, ils sont en train de mettre les climatisations partout. Ce n'est pas au mois de juin qu'ils auraient dû prévoir ça. La salle de déchoquage va être fermée pendant quatre ou cinq jours. Donc pour les traumatisés, on n'aura plus de salle adaptée. On va devoir aller dans une salle de soins normale avec le matériel qui ne sera pas forcément adapté. En plus ça fera une salle de moins pour les soins, et donc une salle de moins pour les personnes qui vont attendre.

Le travail

On fait souvent douze heures d'accueil. On fait soit 6 heures 30-18 heures 30, soit 6 heures 30 - 14 heures, 9 heures - 21 heures ou 13 heures 30 - 21 heures. Généralement, c'est deux fois par semaine, mais là cet été ça va être beaucoup plus vu qu'on sera en sous-effectif. C'est nous qui avons voulu faire les 12 heures, parce qu'ils voulaient nous faire travailler six jours sur sept en faisant sept heures trente-six par jour.

À choisir entre travailler six jours sur sept et faire sept heures trente-six par jour si vous voulez, et faire douze heures par jour on a opté pour les 12 heures. Parce qu'on a quand même une vie de famille à côté. L'hôpital c'est bien beau, mais il n'y a pas que ça. C'est ça aussi la direction, pour eux on doit vivre pour l'hôpital. On n'a jamais été à 35 heures nous. On travaille entre quarante et soixante-dix heures, mais c'est jamais 35 heures, on ne les a jamais eues les 35 heures.

Comme on est deux l'après-midi à l'accueil, on peut se permettre de faire des petites pauses, se faire des relais. Heureusement parce qu'avant on était toute seule. Ça ne fait pas longtemps qu'on est deux l'après-midi, mais on s'en est plaint au niveau du cadre. Là c'était plus possible.

Ca me plaît quand même. Au niveau de l'ambiance, il y a quand même une bonne équipe. Malgré tous les soucis. On peut toujours compter sur ses collègues, ça c'est l'avantage. Surtout entre infirmiers. Si on a le moindre souci à l'accueil ou dans une salle de soin, on est épaulée. Et même si on a une difficulté on va voir le cadre.

J'ai connu pire. Je ne viens pas aux urgences avec une boule au ventre. C'est un plus, on sait qu'on est soutenue par l'équipe, donc les mauvais côtés on les minimise. Si on a un souci on sait que la collègue va venir nous aider. Ca marche bien. À une époque dans un autre service j'y allais en pleurant. Il y avait deux infirmières qu'on appelait "les dragons". Elles nous persécutaient. Dans ce service-là, je suis restée un an et demi, et bien durant ce temps vingt-cinq infirmières sont passées. C'était vraiment du harcèlement. Quand vous venez au travail avec une boule au ventre vous avez peur de faire la moindre bêtise. C'est ce qui est entraîné la faute. On est tellement sur le qui-vive, "*t'as pas fait ceci, il faut que tu fasses cela*", tout le temps rabâché, rabâché. On est stressés, on n'est pas bien.

Faire toute ma carrière ici ça ne m'intéresserait pas. C'est quand même bien de voir d'autres choses. La surveillante nous a dit que rester plus de cinq ans dans un service c'est pathologique!! Il y a encore plein de choses à faire : le SAMU, la réanimation, le libéral, infirmière en entreprise, scolaire... Ça c'est plus tard, oui, on verra tout ça. Pour l'instant je suis bien là, ça me plaît, et bien heureusement parce que le jour où ça ne me plaira plus, il faudra que je parte.

Les jeunes

Du fait qu'on manque d'infirmières ils ont augmenté les quotas dans les écoles. Ils acceptent malheureusement tout le monde. Les derniers qu'on a eus en stage c'était "au secours!". L'hygiène ce n'était pas leur priorité, les lavages de main c'était une fois sur dix. Il a fallu reprocher à chaque fois "*tu ne t'es pas lavé les mains*". Mais ça ne les gênait pas du tout. Ils ne se remettaient pas en cause. Ils le savent mais ce n'est pas pour ça qu'ils le font. On a l'impression qu'ils s'en moquaient carrément. Heureusement ils ne sont pas tous comme ça. Là dernièrement on a eu une élève, elle était vraiment excellente. Ça nous a même étonnés, ça nous a fait une différence. On n'était plus habitués à avoir une élève aussi bonne, prévenante auprès les patients, discrète, qui faisait très bien ses soins.

Ça fait sept ans quand même que je suis sortie de l'école. Je vois une différence avec ma génération. Les élèves qui sont actuellement à l'école pensent qu'ils vont gagner 15 000 francs par mois, qu'ils vont faire des horaires à la carte, disons 8 heures - 17 heures. Ils ne réfléchissent pas que ça marche en poste. Au niveau de l'embauche sur les CHU les postes plus recherchés, les postes en réanimation, les postes qui bougent leur sont proposés en priorité. Comme ça, ça attire l'embauche.

On en a eu des nouvelles, sorties de l'école au mois de décembre qui sont venues aux urgences.

Dans les huit il y en avait qui ne savaient pas poser de perfusions, qui savaient à peine faire les prises de sang. Pour gérer ça ce n'est pas évident parce qu'elles sont arrivées en même temps. C'est vrai que quand on est à l'école, on ne choisit pas ses stages. Certaines personnes vont beaucoup plus en médecine, en chirurgie, et auront pratiqué les prises de sang, les poses de perfusions. D'autres malheureusement vont à la crèche, en psychiatrie, dans les services où l'on ne pratique pas forcément les soins techniques tous les jours. Mais c'est sûr un service comme les urgences les perfusions, les prises de sang, c'est minimum une centaine par jour. Il faut qu'elles se mettent dans le bain.

Gérer huit personnes, les former sur les soins de base, les former sur les déroulements du service c'est lourd. Elles ne pouvaient pas prendre l'accueil, parce qu'il faut déjà un an d'expérience au niveau des urgences. La salle de déchoquage ils ne pouvaient pas la prendre parce qu'il faut déjà savoir un minimum. Généralement, il faut avoir six mois d'ancienneté pour apprendre à savoir poser l'artère, la voie centrale, transfuser en urgence... Nous les anciennes on fait l'accueil, et la salle de déchoquage. Ça fait au moins cinq, six mois que je n'ai pas fait de salle de médecine, de salle de chirurgie. C'est un peu lourd, parce qu'on fait déchoquage-accueil, déchoquage-accueil, on voudrait pratiquer un peu plus.

La souffrance

J'ai fait une formation sur le deuil, l'acceptation du deuil. C'était très intéressant. Ça a duré quinze jours. Ça nous aide, pas à faire une barrière, mais à se positionner face à la famille qui est confrontée à un deuil. C'était bien, parce qu'on était plusieurs infirmières de toute la France. On a expliqué notre vécu personnel et professionnel. On se rend bien compte que tout se recoupe, tout se rapproche. La personne qui nous faisait ce stage était une psychologue. Elle nous a aidées, elle nous a donné des petits tuyaux parce que des fois, forcément, face à certaines situations, on n'arrive pas à faire face. C'est dur, on est humain quand même, même si l'on est soignant ça ne veut pas dire qu'on ne doit pas pleurer, qu'on ne doit pas montrer : ce n'est pas tout le temps évident, elle nous a aidées à faire un travail sur soi.

Moi j'ai beaucoup de mal avec les enfants. Je ne peux pas travailler avec les enfants, je ne peux pas. C'était il y a un an, malheureusement, il y avait un petit garçon, il avait huit ans à peu près, il a eu un accident. Je n'ai pas pu. Ce sont mes collègues qui y ont été, moi je ne pouvais pas. On avait besoin d'être plusieurs, il fallait faire les soins en urgence, il fallait un minimum être trois infirmières. Moi j'ai gardé le service, je gérais la médecine et la chirurgie et je n'ai pas pu aller les aider. En plus, en ayant un petit garçon de deux ans et demi, on projette facilement. Heureusement aussi qu'on n'accepte pas en urgence les enfants ici, que les urgences enfants sont dans un autre hôpital.

Quand on est débordés par son émotion on essaie d'en discuter avec les collègues, on a toujours la possibilité d'en parler avec la psychologue. On a deux psychologues ici aux urgences, qui sont principalement pour les patients qui ont besoin d'être vus. Mais on a la possibilité d'aller les voir. Ça c'est bien. Les situations que j'ai rencontrées, on en a discuté en équipe avec les collègues, avec la surveillante, avec les médecins...

Quand c'est une situation en urgence, on n'a pas le temps de réagir, c'est surtout le contrecoup qui est difficile. C'est tout après.

J'ai le souvenir d'un monsieur amené par le SAMU, un monsieur qui faisait du vélo un dimanche matin, qui n'avait aucun papier sur lui. Il s'est fait renverser par une voiture. Le SAMU l'amène en salle de déchoquage. En urgence on a dû le transfuser, pose d'artères, de voies centrales, de drains thoraciques. Malheureusement il n'a pas survécu. On ne savait pas qui c'était. La gendarmerie a enquêté un peu aux alentours du lieu de l'accident pour savoir s'il n'habitait pas dans le coin. Impossible de savoir qui c'était. En début d'après-midi la famille s'est manifestée. Elle est venue reconnaître la personne en réanimation. C'est tout un contexte... Ce monsieur n'avait rien demandé à personne, il fait du vélo un dimanche matin tranquillement, il se fait renverser...

C'est tout l'après. On se dit, la vie ça tient qu'à un fil. Ça peut tomber sur moi, je vais faire du vélo

Portraits - 2.3

avec mon petit, voilà je me fais renverser. Ça peut être nous, ça peut être quelqu'un de notre famille. J'ai de la chance de n'avoir aucune famille dans la région: il n'y a personne qui peut venir aux urgences de ma famille.

Dans les urgences, on fait son travail, on ne pense pas. C'est après le contrecoup, quand tout est fait, quand tout est fini, quand on rentre chez soi, on revoit toute la journée, tout ce qui s'est passé. Oui, des fois ce n'est pas évident. C'est important de sentir qu'on est soutenu.

Même si sur le moment ou dans la journée on n'a pas le temps, deux, trois jours après, on en discute avec des collègues, avec la surveillante, ce n'est pas forcément le jour même. On a toujours la possibilité d'en parler.

Parfois j'en discute avec mon mari le soir pour faire un break. Comme ça j'évacue un peu. Je raconte ma journée, il me raconte la sienne. Après ça va mieux. Il y a plein des petites choses qu'on arrive à faire pour pallier le stress, les problèmes qu'on a eus dans la journée. Il faut ne pas prendre tout pour soi, parce que là on commence à emmagasiner le malheur de toutes les personnes qui arrivent. Là je crois qu'on passe de l'autre côté de la barrière. En début de carrière, on se protège moins. Mais c'est sûr qu'avec l'expérience on soigne son caractère, on se donne peut-être une barrière à ne pas dépasser. Je sais qu'en début de carrière je me suis fait avoir. On veut tellement partager la tristesse de la personne, on pleure avec, on n'arrive plus à s'en défaire.

Analyse

Portraits 2ème partie

Mme D. Infirmière aux urgences

M. A. Brancardier

M. B. Cuisine centrale, Maître Ouvrier

Quelques points d'analyse

Comme précédemment nous ne pointons ici que les éléments qui semblent manifestes, sans vouloir développer outre mesure l'analyse et en mettant l'accent sur les aspects transversaux. Le contenu des entretiens déborde largement ce qui peut être dit ou avancé ici.

De plus, ce qui est développé tient compte d'une perspective sinon opératoire du moins relative au réinvestissement possible des enseignements des "portraits".

Une place à part !

Deux entretiens montrent amplement la distance, voire le fossé pouvant exister entre personnels techniques et administratifs d'un côté, personnels soignants de l'autre. Cette non-reconnaissance est même parfois clairement vécue comme du mépris.

- Pour M. A. la réputation des brancardiers, qui leur vaut des remarques blessantes et ironiques, provient d'une part de leur non-intégration aux services soignants et d'autre part de leur manque de formation. Cette interprétation a le mérite de tenter une distanciation. Il y a une volonté manifeste de ne pas se situer en miroir face aux comportements des soignants et de faire la part des choses.

- C'est, quoique sur un registre différent, la même analyse que produit M. B. lorsqu'il signale à plusieurs reprises "l'indignité" du statut de "grasseux". D'un côté il souligne le manque d'égards des soignants (lorsqu'il servait au self "*on n'a pas dû me dire bonjour dix fois*"), et de l'autre le manque de formation et le recrutement éclectique du personnel de cuisine dans les années passées.

Pour les deux la situation actuelle serait pour partie (mais pour partie seulement) un héritage du passé.

Sans forcer le trait on a le sentiment que les deux personnes pensent être appréhendées, du fait de la nature de leurs fonctions, par les soignants comme des agents de "seconde zone", alors qu'eux-mêmes ont tout à fait conscience de l'importance et de la valeur de leurs missions. Pour autant l'entretien avec Mme D. souligne les formes de coopérations informelles qui se mettent en place entre secrétariat et soignants. Cette coopération "grise", qui ne devrait théoriquement pas exister est néanmoins réelle et probablement très importante.

A titre de remarque générale, quitte à dépasser le strict cadre des "portraits", on ne peut que relever l'importance donnée à tous éléments qui séparent et qui distinguent : administratifs et techniques / soignants, nouvelles générations / anciennes générations, cadres / non-cadres, médecins / non-médecins... A l'inverse, ce qui fait cohésion, communauté, identité est, du moins dans le discours, beaucoup

moins valorisé spontanément. Nous ne donnons aucune signification immédiate à cette remarque empirique. Pour autant nous constatons qu'il n'y a pas d'«organisateur» commun du sens du travail qui soit incontournable.

Des conflits variés révélateurs de fonctionnements proches

Les entretiens de MM. A. et B. parlent chacun d'un conflit, ce qui ne saurait être un simple effet du hasard. Ces conflits, passés ou présents, sont douloureux. M. A. envisage son départ de l'hôpital, M. B. l'évoque comme une période particulièrement difficile à vivre.

Si l'on regarde les choses d'un peu plus près on retrouve à travers les entretiens des formes assez caractéristiques.

- Le conflit de M. A. est présenté comme individuel. Il ne semble pas y avoir de raison objective à son origine et il recouvre encore moins des enjeux collectifs. Tout se passe entre deux personnes. Bien entendu tout n'est pas dit, mais ce qui est mis en avant se situe au niveau de l'inter-subjectivité. L'amertume de M. A. a pour cause essentielle l'absence de régulation au niveau de la hiérarchie, au fait qu'il ne puisse faire appel à ses supérieurs pour résoudre une situation douloureuse.

- Le conflit de M. B., lui, est posé dès le départ comme collectif : il y a eu une grève, un affrontement, le manque de considération et de moyens semblent avoir participé à son déclenchement. Si cela a constitué un moment difficile à vivre la résolution du conflit paraît doublement positive : la construction d'une forte solidarité et l'amélioration des conditions de travail. Pour autant ce moment est présenté comme un temps extrême, pénible, qu'il aurait été souhaitable d'éviter si cela avait pu être possible.

Ces deux situations significatives, forts différentes dans leur contenu, ont pour point commun l'absence de régulation. On est là face au pendant de ce qui était pointé dans la partie précédente sur les modes de gestion des situations problèmes.

De ce point de vue non seulement il est possible de faire du lien entre des conflits qui, en première analyse, semblent de nature distincte, mais de plus on peut les rapprocher d'autres types de situations difficiles à vivre. Cette question de la régulation, sur laquelle nous reviendrons, a des implications sur les plans du fonctionnement institutionnel, des modes de management et des pratiques. Elle est aussi ce qui pourrait médiatiser le rapport entre l'individu et son travail de manière plus efficiente, c'est-à-dire plus efficace pour l'institution et pour le sujet.

Le retour de la relation

Dans les deux entretiens de MM. A. et B. la relation prend une place que l'on aurait pu ne pas soupçonner. En effet, une approche extérieure aurait pu laisser croire que pour ce type de fonctions le lien à l'autre ne constituait pas une dimension structurante du rapport au travail.

M. B. intègre une double préoccupation dans son activité : les agents de la production et les patients (à travers la qualité et la variété des produits). M. A., lui, a souhaité évoluer dans son parcours professionnel vers le rapport au patient, et pointe plusieurs fois comment le travail de brancardier intègre cette dimension relationnelle et en constitue presque le socle ("si on n'aime pas les gens on fait autre chose").

Il paraît ainsi extrêmement important de saisir que la relation de service est constitutive de métiers qui à première vue sont plutôt techniques. Cette valeur que les agents lui attribuent est un facteur nécessairement à prendre en compte lorsque l'on veut réfléchir à la finalité des métiers qui sont ici concernés. Le caractère relationnel du travail, vu sous cet angle, n'est pas l'apanage des soignants ; même si la relation ici n'a souvent que pour objet indirect le patient.

Si on met en perspective l'entretien de Mme D. on voit bien à l'inverse que cette relation est parfois illusoire pour les soignants : "on ne peut pas trop écouter les gens" nous dit-elle. Son activité est

Analyse 2

essentiellement technique même si elle est constituée ou plutôt constellée d'une myriade de moments à la fois courts et forts où elle est confrontée à autrui.

Le lien entre les générations

Les entretiens indiquent des positions contrastées et donnent des illustrations qui ne vont pas toutes dans le même sens et qui n'apportent pas une lumière unilatérale sur les différences entre générations. On retrouve pour partie l'ambiguïté ou l'ambivalence qui était déjà apparue dans la partie précédente.

- Les « jeunes » ont à construire leur rapport au travail lorsqu'ils arrivent (c'est ce que pointe M. A. lorsqu'il fait comprendre que pour les jeunes la rapidité est plus importante que l'attention portée au patient). Leur investissement est décrit comme inférieur à celui des "anciens". Mme D. est relativement critique (dans l'implication, dans le respect de règles de base, dans l'appréciation des motivations). Mais elle se garde de généraliser, peut citer des contre-exemples, et reconnaît qu'un temps au moins d'adaptation est nécessaire pour prendre réellement sa place dans le service.

En un sens on a pourtant l'impression d'une déficience des jeunes, d'un manque (de sérieux, de conscience professionnelle, de prise en considération d'autrui...).

- Ce qu'ils vont apprendre va modifier leurs comportements ou les amener à quitter à plus ou moins brève échéance leur poste : c'est M. A. qui, marquant la différence entre nouveaux et anciens, souligne aussi qu'il y a un chemin inévitable à parcourir et une appropriation de la fonction qui doit être réalisée. Ces apprentissages bien sûr ne sont pas que techniques mais renvoient à une forme d'appropriation du métier, à un mode de construction de l'identité professionnelle.

- Les compétences des jeunes ne sont pas toujours reconnues et utilisées à bon escient par l'institution : c'est ce que souligne M. B. C'est la seule fois dans les entretiens où une remarque de ce type est émise.

La formation, un accélérateur de trajectoire

Pour MM. A. et B. l'accès à des formations qualifiantes a eu un rôle essentiel dans leurs parcours. M. A. ne dit-il pas que la formation d'aide-soignant constitue le meilleur moment de sa vie professionnelle ? Pour les deux elle a permis un changement de fonction, mais aussi de statut. C'est en quelque sorte la possibilité de passer à un autre métier, et une autre perception d'eux-mêmes, qui s'est ouverte grâce à la formation.

En effet pour l'un comme pour l'autre il s'agit d'une promotion, de la poursuite positive d'un parcours, d'un développement de soi. On ne peut totalement présumer de ce qui se serait passé dans le cas où ces deux personnes n'auraient pas pu se former. Néanmoins on peut relever que M. B. précise clairement qu'il ne se sentirait pas d'assumer un poste à la production, M. A. pointe le changement induit par son nouveau rôle de soignant.

Il ne semble pas y avoir dans le domaine de "neutralité" : à un moment de la vie professionnelle la formation devient le moyen privilégié de la mobilité et de l'évolution. L'absence de possibilité de formation risque à l'inverse d'être un "accélérateur" dans la dégradation du rapport au travail, aboutissant soit au départ vers un autre secteur soit à la résignation et au désinvestissement.

Les formations longues et qualifiantes ont donc un rôle puissant dans l'occasion offerte aux sujets d'être les acteurs de leur vie professionnelle, de se réapproprier leur travail.

La difficulté physique

Les fonctions de brancardier et de production en cuisine centrale sont présentées comme très pénibles physiquement, avec des probabilités d'apparition d'accidents du travail ou d'usure physique significatives.

Cela est ressenti d'autant plus négativement que cette réalité est en contradiction avec l'image ou la réputation véhiculée (que l'on soit appréhendé comme "fonctionnaire" ou "gras" la difficulté du travail est niée, c'est la même chose pour les brancardiers).

M. A. pose même directement la question du devenir des personnes "abîmées", et n'envisage pas pour lui-même de rester trop longtemps dans sa fonction actuelle. Son travail, dit-il, lui "prend trop" (il n'a plus à la maison la disponibilité et l'énergie qui seraient nécessaires).

Comme dans la première partie on ne peut mettre sous le boisseau cette dimension qui va avoir un impact conséquent dans la manière dont les uns et les autres vont, notamment, envisager leur devenir.

La difficulté évoquée par Mme D. est partiellement d'un autre ordre puisqu'elle relève de la peur d'être confrontée à la douleur, au corps blessé, voire au décès d'un enfant.

Mais la pénibilité physique n'est pas exclue. Elle apparaît comme double : dans les distances à parcourir journallement et dans le fait de tenir des amplitudes horaires démesurées. Elle est également liée à une inadaptation de l'outil de travail, en l'occurrence les locaux et à des problèmes de gestion du personnel.

Un avenir contrasté

Pour MM. A. et B. la projection dans l'avenir implique d'envisager un changement. Ce changement s'il n'est pas définitivement programmé ne se réalisera pas nécessairement au sein du secteur.

La réflexion des individus sur leur parcours professionnel ne se limite pas à la poursuite d'une carrière pré-définie : les évolutions déjà vécues viennent en témoigner. Mme D. se sent bien dans son activité malgré des conditions de travail que l'on peut qualifier de défavorables. C'est que l'ancrage subjectif dans le métier est pour elle très fort. Néanmoins l'avenir pour elle ne peut se conjuguer dans le même service, mais dans une évolution des modes d'exercice de sa profession.

PORTRAITS

3ème partie

Madame E, ISP

La psychiatrie, je suis tombée dedans à dix-huit ans.

Au départ, je voulais m'occuper de personnes handicapées mais dans ma tête je me voyais plus m'occuper d'enfants sourds ou muets, enfin un peu comme ça. Seulement, j'avais fini l'école à dix-sept ans. On m'a répondu partout que j'étais trop jeune, qu'il fallait que j'attende dix-huit ans. J'ai eu la possibilité de rentrer à l'école pour démarrer les cours... Je suis arrivée à l'hôpital en janvier 72.

Moi je n'ai que le diplôme d'infirmière psychiatrique, puisqu'à l'époque c'était ou DE ou psychiatrique. Je préférais la psychiatrie et de toute manière je n'avais pas du tout envie d'aller travailler dans un autre hôpital, donc je ne voyais pas l'intérêt de le faire.

Au départ, j'étais dans un service de personnes âgées. Quatre-vingt patients dans le service, il n'y avait pas d'ASH, le travail n'était pas du tout le même que maintenant. Le surveillant faisait des semaines de garde où on était une semaine de soins, une semaine de ménage, une semaine de courses, ça n'a plus rien à voir avec ce qui se passe maintenant. Avant on se rencontrait beaucoup dans le parc, on allait à la pharmacie, on allait à la cuisine, on allait à la lingerie, il n'y avait pas d'intendantes donc on était amenées à faire les courses nous-mêmes ; ce qui fait qu'on se retrouvait régulièrement avec des collègues qu'on ne voyait pas forcément souvent, à la pharmacie, n'importe où ailleurs.

Alors que maintenant on a des intendants qui font toutes les courses. On est dans le service et on ne sort plus. Moi quand je suis arrivée je n'avais pas le droit de regarder les dossiers des patients, il m'était interdit de rentrer dans le bureau de la surveillante, on ne devait pas communiquer, on ne parlait pas avec les internes, les médecins. C'était la surveillante qui faisait ce genre de choses. En plus, la surveillante était là en équipe avec nous. Il y avait deux équipes et deux surveillantes, chaque équipe avait sa surveillante dans le même pavillon. Bien souvent ça engendrait la bonne équipe et la mauvaise équipe parce que deux façons de travailler différentes. En fait, quand je travaillais, on avait quatre-vingt grand-mères à s'occuper, et ces quatre-vingt grands-mères, je ne savais pas du tout pourquoi elles étaient là parce qu'on ne lisait pas les dossiers, on n'avait pas le droit.

La surveillante à l'époque était un peu toute puissante dans son service, c'est elle qui gérait son service comme elle voulait... Mais à côté de ça, elle avait beaucoup de rigueur, je pense que j'ai beaucoup appris pour mon métier, la rigueur du travail... Enfin, bon il y avait plein de points positifs quand même. Quand la surveillante est partie en retraite c'était quand même un peu mieux. C'était une surveillante qui avait commencé à travailler avec les sœurs, qui en était encore à une autre forme de travail. Elle avait gardé certains traits de ce temps-là, c'était assez difficile.

Mais c'était intéressant parce qu'il y avait beaucoup de patients et on était toute la journée avec eux. Souvent à l'époque on fermait les chambres, tout le monde était regroupé dans la salle de jour... Les infirmiers nous disaient : *"tu ne tournes jamais le dos, tu restes dos au mur de préférence"* enfin, il y avait beaucoup de surveillance et il fallait faire attention, parce qu'il y avait beaucoup de risques de violence.

Portraits - 3.1

Il n'y avait pas tous les traitements qu'on connaît maintenant. Mais on était très proches des patients parce qu'on était toute la journée au milieu. On était au milieu des patients sans arrêt. On apprenait comme ça sur le tas avec les patients.

En dehors de notre temps de travail, on allait faire les cours. Ça se passait à l'époque dans le réfectoire quand tout le monde avait fini de manger, on prenait la place pour nos cours, c'était une autre façon. Ce que j'ai appris, surtout au niveau des psychotiques, c'était comment les aborder, comment les approcher, ce qu'il fallait faire, ne pas faire, les laisser dans leurs bulles ou non... Mais je trouve que ce n'est pas quelque chose qu'on apprend en cours, qu'on peut apprendre sur le papier parce qu'autant de psychotiques, autant de façons différentes de communiquer avec, ils sont tous différents et je trouve que ça c'est un peu au feeling quoi. On sent un peu ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire, enfin, c'est à chacun selon son caractère, parce que vraiment il n'y a pas de recette miracle.

Maintenant, on fait beaucoup plus... On a des entretiens et on en parle avec les médecins. Certains tiennent compte de ce qu'on dit, notre façon de voir le patient dans le service parce que c'est vrai qu'on est là huit heures et on voit les patients pendant huit heures. Alors que le médecin quand il voit le patient, il le voit dix minutes, un quart d'heure, dans le bureau en entretien, c'est pas forcément la réalité de ce qui se passe dans le pavillon souvent.

J'ai travaillé quatorze ans de nuit. En fait, je trouve que c'est quatorze ans où j'ai été un peu "en dehors du coup", parce qu'on ne voit plus personne quoi, on ne communique plus avec personne, que ce soit les médecins, les assistances sociales, les psychologues, on ne voit plus personne. On a le dossier comme support parce que petit à petit quand même on en était venus à avoir accès aux dossiers, ce qui n'était pas mal. Il faut dire que dès je suis passée de nuit, je me suis dépêchée d'aller dans le bureau de la surveillante qui nous interdisait de lire pour me plonger dans les dossiers. Comme elle n'était pas là, c'était plus facile.

La nuit les patients dorment déjà. En fait, on a quand même très peu d'échanges. Un petit peu avant qu'ils aillent se coucher, il y en a quelques-uns qui viennent discuter. C'est vrai qu'il y en a qui se confient plus facilement parce que le service est tellement calme, tous les autres dorment, ça favorise un peu la discussion. Il y en a qui viennent aussi parce qu'aussi la nuit peut les angoisser. Là il y a beaucoup de choses de leurs délires ou de leurs angoisses qui ressortent, ils ont besoin d'en parler un peu plus et parlent plus facilement que la journée. Autrement, je trouve que quatorze ans, c'est trop, c'est trop long.

Les patients

Les chroniques ne sont pas des patients avec lesquels j'accroche. Je n'ai pas tellement envie de travailler avec des arriérés. Il paraît qu'ils sont très attachants, qu'il y a des choses très intéressantes à faire, mais moi j'ai du mal quand même. Par moment même je trouve qu'ils sont presque à me faire peur, je préfère me retrouver en face de quelqu'un qui délire, qui est complètement halluciné, qui est peut-être beaucoup plus étrange. Je trouve qu'il y a quelque chose qui passe dans leurs regards, on arrive à voir si on peut communiquer, ce qu'on peut dire, ce qu'il vaut mieux éviter, alors qu'avec quelqu'un d'arriéré, j'ai eu du mal à déchiffrer quoi que soit et à la limite il me ferait plus peur qu'autre chose.

J'ai toujours travaillé dans le quatrième secteur, ce qui est rare parce que maintenant il faut changer il paraît. Alors que, bon, je trouve qu'il y a un côté positif c'est que je retrouve des patients que je connais depuis très, très longtemps. Ils sont sortis, ils reviennent, je les ai connus trois ans en pavillon fermé, et les retrouve en pavillon ouvert. Ce qui fait que je connais l'histoire des patients quand même depuis très longtemps, je sais un peu comment ils réagissent, comment ils font et puis, pour eux, je trouve que c'est sécurisant aussi, de temps en temps, de voir quelqu'un qu'ils connaissent bien, qu'ils ont l'habitude de voir, parce que pour certains, on est un peu leur famille. Ils sont ou dans un appartement ou en foyer, tout seul, à l'extérieur, sans famille et finalement, quand ils ont un problème, quand ça ne va pas, ils viennent et se confient à nous. Pour certains, on fait un peu partie de leur famille et quand ils voient une tête nouvelle ça peut les déstabiliser un peu.

Il y a des gens qui peuvent avoir beaucoup d'expérience, être à l'hôpital depuis vingt ou trente ans et puis qui n'ont pas forcément bien compris comment rentrer en contact, ce qu'il faut faire ou pas. Alors qu'il y a des jeunes qui démarrent et qui d'instinct vont sentir un petit peu... C'est pas forcément l'expérience qui va apprendre. Il y a encore des infirmiers peut-être qui ont trente ans de CHS et qui s'y prennent mal parce qu'ils vont "rentrer" dans le patient, s'énerver, hausser le ton, et puis finalement, ça ne fera qu'envenimer les choses. Mais ça c'est un peu le caractère de chacun... Quelques règles de base à respecter : il y avait tout un article un jour sur le vous et le tu. Moi je reste au vous en permanence, alors que maintenant de plus en plus je trouve que le tu est de rigueur, ça me fait un peu peur.

Un jeune qui arrive dans le service je le vouvoie parce que pour moi c'est un patient... Alors, moi je vouvoie tout le monde et je tiens à ce qu'ils me disent "vous". C'est vrai que j'ai d'autres patients qui de temps en temps aussi viennent me dire qu'ils m'aiment bien parce que je les respecte, je ne comprenais pas trop pourquoi, ils me l'ont dit, "*c'est parce que vous me dites toujours vous et bonjour Monsieur*". C'est vrai que de temps en temps quand on connaît bien les gens, il y a des collègues qui tutoient un peu facilement tout en les respectant d'ailleurs. Mais pour le patient ce n'est pas reçu de la même manière. Et puis je trouve que c'est plus facile de recadrer le patient avec le vous qu'avec le tu. Ça met quand même un peu plus de distance. Certains oublient de temps en temps qu'il y a une blouse blanche et qu'elle fait partie du personnel soignant et puis qu'on n'est pas forcément copain. Donc, avec le vous c'est plus facile.

Nous on s'est formés sur place. On a beaucoup appris en regardant les anciens, en les regardant faire, on prenait des notes comme ça et puis on avait une formation assez axée sur la psychiatrie. Maintenant, c'est une formation générale.

Quand ils arrivent dans un pavillon d'entrée fermée, à mon avis ils font exactement ce qu'on faisait nous quand on a démarré : regarder ceux qui sont dans le service depuis quelques temps pour savoir comment faire parce qu'ils n'ont pas les informations qu'il faut.

Parce que sur le papier on leur a dit qu'un psychotique c'était comme ça et comme ça et en fait il n'y a pas de recette miracle. Ils sont tous tellement différents qu'on est bien obligés de se former sur le tas.

La violence

Je trouve que depuis quelques temps on entend à nouveau parler de violences dans les pavillons fermés, alors qu'il y en avait peut être un peu moins... Je ne sais pas du tout à quoi ça tient, si les infirmiers ne sont pas suffisamment formés. Il y a des médecins qui sont peut être un peu moins présents dans les services, et ça joue aussi. Pour beaucoup de patients, ils sont là, ils doivent être soignés, ils doivent voir le médecin, ils doivent avoir un traitement et quand ils nous demandent de voir un médecin et que tous les jours on leur dit que demain ils le verront et que le surlendemain il n'est toujours pas venu, au bout de deux-trois jours le patient peut s'énerver.

Parfois on était obligés d'appeler des renforts, des collègues dans d'autres pavillons pour faire une injection, ou après mettre sur le lit, dans la chambre, isoler le patient. Mais je trouve que quand on est une bonne équipe soudée où tout le monde s'entend bien, on n'a pas tellement besoin de se parler, on sent les choses ; souvent on intervenait justement avant qu'il n'y ait trop de violence. Parce qu'on arrive à connaître les patients, à la façon de se déplacer dans le service, à la façon de regarder, on voit qu'il y a quelque chose qui ne va pas et que le patient ne va pas tarder à passer à l'acte.

On essayait déjà de discuter un petit peu avec et puis effectivement au cours de l'entretien on s'apercevait qu'il était plus angoissé que d'habitude, complètement délirant, qu'il y avait des choses qui le contrariaient dans l'immédiat et qu'il allait craquer. En général, on appelait deux, trois collègues infirmiers et on s'apercevait qu'on n'avait même pas besoin d'intervenir pour le piquer... Le fait de voir quatre ou cinq blouses blanches arriver, finalement, le patient se laissait faire avec une seule infirmière qui rentrait dans la chambre pour faire l'injection. Il savait qu'il y en avait quatre qui étaient devant la porte... Ça se passait plutôt plus dans le calme.

Portraits - 3.1

Quand on est obligés de recourir à la force, c'est un peu plus délicat pour le patient qui vit ça forcément pas trop bien. Pour les soignants, ce n'est jamais une partie de plaisir non plus, c'est jamais bien marrant. Et puis, souvent en pavillon fermé ça faisait monter la mayonnaise avec les autres patients qui ne comprennent pas pourquoi les infirmiers "sautent" sur un patient. Ça pouvait aussi engendrer d'autres réactions en chaîne. Valait mieux faire attention.

J'ai le souvenir d'une fois il y a quatre ans, tous les patients s'étaient mis ensemble. Tout avait commencé parce qu'au moment du repas, quatre ou cinq patients avaient décidé de boycotter le traitement. Ils s'étaient mis d'accord pour ne pas le prendre. À force de discussion avec l'un, avec l'autre, pour leur faire comprendre la nécessité de ce traitement, quatre avaient accepté de le prendre. Mais un ne voulait pas baisser les bras, je pense qu'il voulait faire un peu son petit caïd. Il a commencé à s'énerver et il a lancé une chaise dans le réfectoire, enfin carrément il s'énervait, il a fallu appeler du renfort. Le patient avait pris un gros fauteuil, avec un grand dossier, devant lui et il disait aux infirmières : *"allez je vous attends"*.

Donc on a appliqué la vieille méthode, le drap. Ca c'est ce qu'on avait appris aussi de nos anciens collègues. Quand on a démarré, on avait souvent un drap à proximité parce que quand un patient s'énerve trop, si on lui met un drap par-dessus pendant un moment, il perd un peu pied, il ne sait pas trop où il est et là c'est plus facile de le maîtriser.

On a réussi à lui faire une injection. Mais il était tellement énervé, qu'il a tout cassé, qu'il a fallu carrément le mettre sur un fauteuil, l'attacher et le transporter comme ça, attaché dans le fauteuil pour l'emmener jusque dans sa chambre. Et là, on avait pratiquement tous les patients du pavillon qui étaient en rang. On passait entre eux et vraiment on les sentait très remontés contre nous, nous insultant parce qu'ils ne comprenaient pas. Quand on a eu installé le patient dans la chambre, il a fallu affronter, parce que c'était un peu ça, vingt personnes dans le pavillon qui étaient contre nous. Alors, là, il a fallu discuter avec eux et leur expliquer pourquoi on avait fait ça, que c'était aussi pour le protéger lui parce que, dans toute cette violence il risquait aussi de se faire du mal, de faire du mal aux autres. C'était pour lui.

J'ai juste eu une fois un patient qui m'a mis un couteau sur le ventre en me disant : *"toi je t'étripe"*. C'est vrai que c'est des souvenirs quand même qui marquent parce que ça fait très peur. Finalement c'est un autre patient qui est arrivé à l'improviste et qui s'est adressé au patient qui m'agressait, *"tiens salut, t'es revenu dans le service"*, ça a détourné l'attention de celui qui tenait le couteau, il l'a posé, il s'est mis à discuter avec l'autre et voilà. Si le patient n'était pas arrivé, je ne sais pas comment ça se serait terminé, comment j'aurais fait. À ce moment-là c'est vrai, je ne me sentais pas très bien parce que je voyais que ce n'était même pas la peine que je lui parle, il ne m'entendrait pas, ça se voyait à son regard. Après le coup, on se dit : *"c'est bien, ça s'est bien terminé"*.

Dépression ?

Des gens viennent pour "dépression", je dis entre guillemets, parce que maintenant je trouve c'est un mot qui est galvaudé et mis dans tous les dossiers. Tout le monde vient pour "dépression" alors que des gens vraiment dépressifs il n'y en a pas beaucoup. C'est des gens qui souffrent de solitude, qui ont des problèmes financiers, des gens qui ont des problèmes de couple, qui ne sont pas bien, c'est sûr... à un moment ils sont un peu plus faibles, un peu plus vulnérables, je ne sais pas mais ne sont pas vraiment dépressifs.

On a beaucoup de personnes qui viennent à l'hôpital et qui y trouvent un certain confort, qui se trouvent bien... Le service est quand même pas mal fait, les chambres sont grandes, propres. Ils vont se promener dans le parc, ils vont à la cafétéria, ils se trouvent un petit groupe d'amis qu'ils n'ont pas forcément à l'extérieur. Donc ils ont un rythme de vie complètement différent et moi je me demande, si par moment, il n'y en a pas qui s'installent un petit peu à l'hôpital, on est presque en train de fabriquer certains chroniques.

Un jour parce que ça va un peu moins bien, parce qu'ils sont saturés d'une situation qui dure ils vont voir leur médecin qui les adresse chez nous. Et puis finalement il se trouve que c'est pas mal, il y a pas mal d'avantages. C'est vrai que c'est bien pour eux de faire une coupure, ils disent carrément qu'ils avaient besoin de s'éloigner et de faire une coupure avec... Mais quand ils sortent, ils retombent dans leurs problèmes. Déjà, c'est des visites un peu toute la journée pour des gens qui sont isolés d'habitude, d'un seul coup toute leur famille s'inquiète et se rappelle alors leurs bons souvenirs viennent les voir, offrent des fleurs, des gâteaux.

Quand ils sont à l'hôpital, ils ont un petit groupe d'amis, ils vont se balader, ils vont à la cafet, ils y trouvent quand même certains bénéfiques secondaires. Je trouve que de plus en plus on voit des gens qui n'ont

pas forcément de problèmes psychiatriques mais en fait qui ont de graves problèmes psycho-sociaux. Leurs priorités c'est pas de voir le médecin, et d'avoir un traitement pour se sentir mieux, c'est de voir l'assistante sociale qui va les aider pour un problème de surendettement ou pour un problème de travail...

L'encadrement

Quand je suis arrivée ici, je me suis demandée si je n'arrivais pas sur une autre planète. Parce que dans le service où j'étais avant tout allait bien, je me sentais bien dans mon travail, bien dans l'équipe et d'un seul coup, je me suis retrouvée avec une surveillante qui, à mon avis, avait peur de tout. Elle ne nous laissait aucune responsabilité, on ne devait rien faire sans passer par elle. Si une patiente venait nous demander si elle pouvait aller faire un tour dans le parc, il fallait avant aller demander à la surveillante. Tout passait par elle, elle décidait tout, on ne décidait plus rien toute seule.

En plus elle s'acharnait sur un agent comme ça au hasard, de préférence quelqu'un de plus faible et qui n'avait pas de répondant, c'était plus facile. Elle attendait souvent le moment de la relève où les deux équipes sont là pour se mettre en colère contre une collègue. Elle l'engueulait comme ça. La première fois ça m'a semblé un peu bizarre, j'ai rien dit parce que j'arrivais, mais j'en ai parlé avec mes collègues pour savoir si c'est quelque chose qui se passait couramment. Jusqu'au jour où elle s'en est prise à moi : j'avais ri alors qu'il ne fallait pas. Elle racontait un truc assez marrant, j'ai ri, je n'aurais pas dû. Elle s'est mise à m'insulter.

Le lendemain, j'ai attendu que tout le monde sorte de la relève et puis je suis restée dans le bureau toute seule avec la surveillante que je sentais fort mal à l'aise. Je lui ai dit que j'étais très mal par rapport à ce qui s'était passé la veille et qu'elle veuille bien m'expliquer pourquoi elle s'en était prise à moi, et m'avait insultée comme ça devant tout le monde... Elle était encore plus mal, puis elle s'en est tirée par une pirouette en disant qu'il ne fallait pas que je fasse attention, qu'elle n'avait rien contre moi, qu'elle était fatiguée ce jour-là, qu'elle s'était un peu énervée, que je n'en tiens pas compte... Ce qui fait qu'après, moi, elle m'a laissée un peu tranquille mais elle continuait de s'en prendre à d'autres collègues. Alors j'ai été m'adresser à la surveillante-chef parce qu'il y a une hiérarchie, il faut respecter la hiérarchie. Je trouve aberrant qu'elle se mette à agresser des collègues devant douze personnes au moment de la relève, si elle avait quelque chose à dire à quelqu'un, elle pouvait aussi la convoquer dans un bureau... La surveillante-chef est intervenue, certaines choses se sont apaisées. Le stress restait quand même là. Elle ne nous agressait plus directement comme elle le faisait avant mais on la sentait tendue. On sentait qu'elle était prête à passer à l'acte, elle se retenait. Elle nous stressait quoi parce qu'on voyait bien que ça n'allait pas.

Depuis que j'étais arrivée plusieurs choses s'étaient passées que je trouvais complètement aberrantes et je me disais : *"mais c'est pas possible"*, *"je ne vais pas pouvoir travailler comme ça"*. Ça me rendait malade tous les matins. Toute l'équipe en était à se dire : *"comment elle va arriver ce matin?"*, *"comment elle va être?"*. À la façon dont elle était maquillée ou peignée on savait si ça allait se passer à peu près bien ou pas.

Souvent ici on a des pathologies moins lourdes, moins importantes. Je veux dire que c'est des gens du type "Monsieur tout le monde" qui arrivent un jour pour x raisons. Et là finalement on peut se reconnaître en eux. Ça nous touche parce que tous ces gens qui viennent, hé bien, tous, à un moment ou à un autre de notre vie, on est confrontés aussi aux mêmes difficultés. Ça nous renvoie quand même beaucoup de choses, ce qui fait que ce n'est pas toujours simple. Quand en plus on se retrouve avec un surveillant qui nous met la pression et qui nous stresse, qui est infernal, hé bien on venait travailler avec la peur au ventre, à se dire : *"comment va se passer notre journée, qu'est-ce qui va se passer aujourd'hui?"* Je trouve ça quand même intolérable, qu'en milieu psychiatrique en plus, où on est censés être là pour apaiser les patients, nous-mêmes on soit agressés sur notre lieu de travail.

Les années où j'ai travaillé avec cette surveillante, c'est quand même des années où j'ai eu des arrêts de travail, parce qu'il arrivait un moment où ce n'était plus supportable, où j'étais fatiguée, ou vraiment je n'avais pas envie de venir. C'est carrément l'horreur. Quand c'était trop, je me disais : *"c'est pas la peine d'insister, je vais me prendre huit jours"* pour me sortir de ce contexte et pour après repartir. J'allais voir le médecin et je m'arrêtais.

Madame F., IDE en CHS

J'ai vingt-six ans, j'ai eu mon bac SMS (Sciences médico-sociales) en 1996. Ensuite j'ai travaillé en tant qu'aide-soignante dans un foyer privé d'handicapés moteurs et physiques, plus d'un an et demi, en "faisant fonction", sans diplôme. C'est une expérience qui m'a plu. Après j'ai passé le concours d'infirmière, j'ai été diplômée en décembre 2001 et depuis je travaille au CHS. Depuis l'âge de quatorze ans, je voulais être infirmière.

J'ai commencé par un service ouvert. Ici c'est un pavillon fermé d'entrée. Il y a diverses pathologies : des schizophrènes, des alcooliques, des dépressifs, des anorexiques, des toxicomanes... Je suis là depuis deux ans, il y a des patients qui sont là depuis que je suis arrivée, mais pas beaucoup. Je dirais trois sur vingt et un patients. Pour les autres en général, c'est très variable, cela peut aller de trois jours, à une semaine, deux mois, trois mois. Il manque des places et des infirmières. On ne sait pas où placer les patients chroniques, c'est un vrai problème. Ils ne peuvent pas vivre à l'extérieur, on manque de structures pour ces personnes-là.

En fonction des situations différents types de sorties peuvent être envisagées : le retour à domicile avec un suivi extra-hospitalier, une maison de convalescence, une structure pour alcooliques, des post-cures... Les patients ont alors un suivi, des rendez-vous avec le psychiatre du service, des injections retardes pour les psychotiques.

Le patient pourrait vivre dans une structure ou un foyer mais il n'y a pas de structure adaptée pour ce patient-là, ou la structure existe mais est complète et a une liste d'attente de quarante personnes. C'est vrai que c'est décourageant parce que quand on arrive à faire un bon travail, à stabiliser une personne qui pourrait vivre en structure et qui n'a pas de place, on fait quoi après ? Quand on arrive à quelque chose et qu'il n'y a rien derrière c'est un problème.

Le soin, c'est beaucoup d'entretiens infirmiers, un accompagnement avec les entretiens médicaux, beaucoup de travail relationnel. On a aussi des soins physiques, des soins techniques sur certains patients qui ont des problèmes somatiques, et puis du travail social. Des fois ils sont un peu perdus dans leurs papiers, on les aide à se remettre en place pour repartir sur le bon pied, pour aller à l'extérieur à nouveau.

Les entretiens infirmiers parfois c'est le patient qui les demande, parfois c'est nous qui allons vers lui. Il y a des patients réticents qui ne sont pas très chauds pour parler. L'entretien peut alors durer cinq minutes, le lendemain ce sera dix minutes. Cela se fait en plusieurs temps. Quand le patient est demandeur on répond à ses questions. C'est aussi de l'écoute, du soutien. En phase aiguë, on sera plus dans le soin technique. Quand ils sont vraiment en phase aiguë, ils n'écoutent pas, ils sont vraiment dans leur monde. On ne peut pas, à ce moment-là faire un entretien.

Apprendre et transmettre

Il y a toutes les pathologies, c'est très varié donc j'apprends toujours. C'est vrai qu'à l'école d'infirmière on a un module psy très condensé mais j'apprends, j'apprends depuis que je suis là.

Par exemple sur tout le travail relationnel avec les patients, les entretiens infirmiers. À l'école on n'apprend pas à mener les entretiens infirmiers. Parfois on dit pas les bonnes choses au bon moment, et après on en tire des conclusions, il y a des choses qui marchent avec certains patients et pas avec d'autres, il faut se casser la gueule pour avancer aussi, au bout de deux ans, on ne sait pas tout.

Les ISP déjà, ils ont fait l'école ici et ils ont donc deux ans de pratique complets pour être diplômés. Et puis ils ont eu plus de théorie que nous les IDE. L'école est fermée depuis 1992, ils ont tous forcément douze ans d'expérience et ils ont les ficelles que nous on n'a pas. Mais ils partagent leur expérience et c'est pour ça qu'on apprend tous les jours. Il y a des petits trucs tout simples qu'on n'apprend pas à l'école, ce qui est dommage, et qu'on apprend avec eux.

Mais je me dis que le jour où on ne sera que des IDE il nous manquera quelque chose. Je le dis des fois à mes collègues, si l'école existait toujours j'aurais fait ISP parce que je voulais déjà faire de la psychiatrie. C'était une erreur de fermer l'école.

Utile? Le lien aux patients

Si des patients reviennent vers nous c'est qu'on leur a apporté quelque chose.

Pour certains patients ça passe avec moi mais pas avec ma collègue. Pour d'autres ce sera l'inverse : cela ne passera pas avec moi et cela passera avec ma collègue. On est une équipe mixte. Les patientes vont plus s'entendre avec les infirmières, des patients plus avec les infirmiers. Des jeunes filles vont vouloir plus volontiers se confier aux infirmières jeunes, on est une équipe jeune. Et souvent les patientes plus âgées iront vers les infirmières plus âgées.

On parlait d'une patiente hier, je la connais depuis que je suis arrivée. Je l'ai même connue, je crois, en tant qu'élève infirmière. On a une évolution très positive pour elle. Cela au bout de deux ans, parce qu'on la connaît bien. Avec un patient qui est là depuis un mois ça ne peut pas être pareil. Maintenant on l'appelle par son prénom, on se tutoie, on a plus d'affinités. C'est une patiente qui était sortie, et qui est revenue directement dans notre service. Elle voulait être hospitalisée dans ce service et pas dans un autre car elle nous connaissait. Elle n'est pas de notre secteur mais on l'a reprise parce que justement cela a accroché. Maintenant on a une évolution très positive, on est ravis...

Il faut trouver la bonne distance. Il y a beaucoup de jeunes dans le service. Ce n'est pas pour cela qu'on n'est pas copains-copines. Il faut mettre la bonne limite. Si on est trop distants ils ne vont pas venir vers nous, mais si on est trop proches après on ne pourra plus mettre de limites. Il faut connaître le patient pour savoir comment il fonctionne.

En fait dans le service il y a trois modes d'hospitalisation : les personnes qui viennent d'elles-mêmes, les personnes qui ne sont pas consentantes aux soins et les personnes en hospitalisation d'office. Celles-là ne sont pas jugées aptes à consentir qu'elles ont besoin de soins. Donc en fonction du mode d'hospitalisation des choses vont être différentes. On ne peut faire le même travail avec une personne qui veut se soigner et qui sait pourquoi, et avec une personne qui est en hospitalisation d'office. L'entrée ça joue aussi dans l'hospitalisation. Une entrée qui se passe bien et une entrée "fracassante", ce n'est pas pareil.

Après il y a des types de pathologies qui vont faire qu'on aura peut-être un comportement plus particulier... On ne va pas se comporter de la même façon avec une personne qui est en dépression et avec une personne qui est psychotique.

C'est vrai qu'il faut jongler tout le temps avec ça, on passe d'une chambre à une autre ou on croise des patients dans le service, il faut jongler, et savoir tout de suite, bon elle, elle est là pourquoi, depuis combien de temps... Parce qu'entre la personne qui est arrivée là hier où c'est la première fois qu'elle se retrouve là et la personne qui est là pour la trente-cinquième fois qui connaît par cœur le CHS c'est différent. Il y a des patients qui sont plus installés que d'autres, qui ne connaissent pas les lieux et qui ont plus besoin de nous.

Portraits - 3.2

Ca fait plaisir de retrouver les patients, de les voir évoluer, de les voir sortir, de travailler avec la famille... Moi j'aime bien que les patients me demandent si demain je travaille... On voit les échanges avec les patients, on sait qu'on sert à quelque chose. J'aime mon boulot. Dans les soins, ils vont toujours nous dire quelque chose de sympa car ils voient qu'on fait bouger les choses pour eux. On se sent utile. Et puis on instaure quelque chose, une relation de confiance avec le patient. Puis de les voir arriver très, très mal et de les voir ressortir "super bien", on est contents. On a des petites phrases qui font chaud au cœur. On a des petits mots gentils ou des patients qui vous ramènent une petite boîte de chocolats. On a un peu de reconnaissance même si on ne doit pas en attendre. C'est vrai que ça fait du bien pour continuer, ça fait plaisir. Quand j'ai mes trois semaines de vacances, je suis contente de revenir.

L'équipe

On n'a pas d'aides-soignantes dans le service. Sinon chacun à sa place est important: les ASH, la surveillante les infirmières, les psychiatres, les psychologues, l'assistante sociale... J'ai peur d'oublier quelqu'un... On a souvent des étudiantes aussi, là en ce moment on a quatre étudiantes.

C'est vraiment une prise en charge complète du patient. Le psychiatre vient tous les jours. À nous de lui dire si tel ou tel patient a eu un souci, un problème, une question... On peut aussi faire des demandes à notre psychologue, par exemple si c'est une première hospitalisation, pour un bilan, une biographie... On est toujours en contact avec l'assistante sociale. On se voit tous les jours. C'est vraiment un travail d'équipe...

On a des réunions en plus avec la psychologue pour parler d'un ou deux cas. Hier on a parlé de deux patientes, soit qui posent des soucis, soit avec qui on n'arrive plus à avancer. On est une équipe, on s'entend bien et on peut parler des patients. Et puis on le dit si on a un souci avec tel patient. Si ça ne passe pas, je passe la main, mon collègue prend la main, et vice versa.

On se débrouille toujours pour être trois parce que c'est le nombre minimum, on est toujours trois, dont un homme, déjà, ça met en confiance.

Et puis l'ambiance du boulot est très bonne, on vient avec plaisir. Parce qu'il y a d'autres services, en soins, où c'est plus stressant. Mais pas de la même façon car c'est plus dans la rapidité et c'est pas cool d'aller au boulot dans ces conditions. Le fait d'avoir une bonne ambiance dans le service c'est déjà bien. Tout le monde est abordable. On peut échanger nos pensées, se passer la main. On a chacun nos idées mais on va dans la même direction.

On est cohérents et c'est ce qu'il faut. Il faut être crédibles.

Les cas difficiles ça va être par exemple quand on a trois, quatre patients isolés en même temps, parce que c'est une surveillance plus accrue, plus particulière.

Quand les personnes sont isolées, en général ce sont des hommes. C'est infernal pour les repas, il faut faire des plateaux en chambre, donc il faut qu'une personne soit détachée avec les dix-neuf autres patients. On a une cellule où on a que des détenus. Parfois on peut avoir trois patients isolés en chambres individuelles plus un détenu à côté. Là, c'est une surveillance accrue. Il faut être vraiment très organisé.

Quand le service est plein, on sait qu'on n'a pas de sortie, pas d'entrée, on peut planifier notre travail. Mais on a toujours les imprévus, rien n'est prévisible dans notre service. Ça peut être une journée très calme, comme une journée très agitée, et ça, ça change du jour au lendemain. Cela me convient parce que je n'aime pas la routine, mais il y a des jours où c'est plus difficile parce qu'on court dans tous les sens...

La violence

Je me suis fait tabasser par un patient, c'était de la vraie violence physique. Il m'a tiré les cheveux, m'a mis un coup-de-poing au visage, m'a plaquée contre le mur. Oui, de la vraie violence physique.

Les patients qui vous agressent après on les voit dans le service, on les croise tous les jours. Dans ces cas-là on a besoin d'en parler à l'équipe, de vider son sac. Je suis pas la première, un collègue s'est fait taper aussi. Cela arrive, il faut toujours se méfier. Oui il faut toujours se méfier.

C'est un patient qui n'allait pas bien. On le savait. On était en manque d'effectif ce jour-là, j'étais la seule fille, il fallait l'accompagner à la radio. L'infirmier homme doit rester dans le service... Moi je n'en avais pas plus envie que ça, mais puisqu'il fallait l'accompagner, il fallait l'accompagner. Il a attendu qu'on soit hors du pavillon pour passer à l'acte. J'ai rien vu venir... On savait qu'il allait mal... J'étais en face de lui et je n'ai rien vu venir... J'ai pris le coup sur le visage...

Il m'en a reparlé après, il me décrivait la scène... Bon, ça a été recadré. Ça a été repris avec un infirmier qui est ISP. On est beaucoup d'infirmiers diplômés d'Etat, les ISP ça va manquer dans quelques années. C'est vrai qu'on apprend beaucoup d'eux, on a besoin d'eux. Sur ce coup-là j'ai bien appris : comment il fallait recadrer après, comment reprendre les choses, comment mettre les limites... Je me suis retrouvée dans cette situation pour la première fois et j'avais besoin de conseils pour savoir comment faire pour pouvoir après retravailler normalement... Parce qu'après il faut revenir...

Au bout de deux jours j'y suis retournée avec mon collègue ISP parce que je savais qu'il avait l'expérience, je savais qu'il saurait reprendre les choses et me guider et puis j'avais pu en parler avant. Il savait ce que je devais dire ou pas.

On a beaucoup parlé avant tous les deux pour savoir ce que moi je devais lui dire parce que je ne savais pas trop. En fait c'est le patient qui demandait à me voir pour s'excuser. Moi je n'avais pas envie d'accepter ses excuses puisqu'en m'agressant il savait ce qu'il faisait. Un patient psychotique qui est délirant et qui me fout une calotte, ça peut arriver parce qu'il est complètement délirant... On oublie. Alors que là, ce patient-là est un pervers, il savait ce qu'il faisait. Dans ce cas c'est vrai que je ne savais pas comment reprendre les choses. Il me demandait des excuses, je n'avais pas envie de les accepter et mon collègue ISP m'a dit : *"tu as le droit de ne pas les accepter"*. Au moment où il m'a dit ça, j'ai soufflé et j'ai été voir le patient en lui disant que j'entendais qu'il s'excusait mais que je n'acceptais pas ses excuses. A partir de là je suis re-rentrée dans la cellule d'isolement mais jamais toute seule avec ce patient.

C'est un patient que je croise tout le temps et avec qui je n'ai pas de souci. Bien sûr, je suis méfiante...

On nous a appris à se méfier parce qu'ils peuvent tous passer à l'acte, ça peut être impulsif. Et c'est là où on se dit qu'il faut vraiment garder la bonne distance avec nos patients. Moi, je continue à travailler comme je travaillais avant.

Il y a des cas où on peut prévoir et c'est bête de prendre un coup. Avec du recul, je me dis que je n'aurais pas dû l'emmener à la radio toute seule alors qu'il n'y avait pas d'urgence. Après tout, le lendemain si ça trouve on était quatre et on y serait allés à deux. Maintenant je ne prends plus de risques inutiles.

Plus tard ?

On doit changer de service tous les cinq ou sept ans. Dans cinq ans il faudra changer de service et je ne sais pas du tout où j'irai car je me sens très bien ici. Je n'aimerais pas trop aller dans un pavillon où il y a des patients chroniques, où c'est tout le temps les vingt mêmes. Moi j'ai besoin que ça bouge.

Mais dans cinq ans je serai toujours infirmière, toujours au CHS. Dans quel service, je ne sais pas.

Ca fait deux ans que je suis dans ce pavillon-là, je ne suis pas épuisée.

Monsieur C., IDE en CHS

"En psychiatrie c'est vraiment avec le temps qu'on apprend"

Je suis infirmier depuis deux ans et demi dans le secteur de la psychiatrie. À la sortie de l'école d'infirmier j'avais plusieurs postes possibles dont la psychiatrie, c'est là que j'ai choisi de venir travailler.

En psychiatrie c'est vraiment avec le temps qu'on apprend parce que chaque personne est différente, et puis il y a une approche différente pour chaque patient. En deux ans et demi, on sait rien... Il faut des années pour maîtriser un peu le sujet. C'est vrai qu'ici, on a du mal à nous transmettre le savoir, il faut vraiment pleurer pour qu'on nous transmette quelque chose. Ce qui se perd ce sont les façons de prendre en charge les patients. Il y a des gens qui sont là depuis des années. Des choses ont été mises en place, il y a très longtemps, des façons de prendre en charge... Ces choses-là se perdent, des choses bêtes, par exemple les heures de coucher ou comment on fait une toilette avec ce patient-là... La mémoire de la prise en charge corporelle se perd. Pourquoi on le met en chambre pendant deux heures? On ne sait plus, c'est des choses, des éléments, des consignes qui se perdent.

On n'a pas la formation qu'ils ont eue eux, au niveau clinique. On a deux modules sur trois ans, ce qui n'est pas beaucoup. C'est vrai que cette culture psy qui disparaît est quand même importante. Il y a deux ans un infirmier m'a très bien expliqué pourquoi certaines personnes étaient là, les signes, le pourquoi du traitement, pourquoi tel type de prise en charge... C'était clair, et maintenant ce sont des choses que l'on n'a plus.

On a de la chance, parce que dans l'équipe où je suis, on s'entend très, très bien. On a, la plupart, la même façon de penser, de travailler. On a une envie commune, je trouve qu'on a une bonne ambiance, c'est vrai. On essaye au niveau des prises en charge de se tenir tous à la même ligne de conduite, parce que s'il y en a un qui fait différemment, la personne, elle va rien comprendre.

Par exemple, on a un patient qui mange beaucoup. Si un nouveau arrive, il va lui dire : *"ma tranche de pain elle est trop petite."* A quelqu'un qui est là depuis longtemps il ne lui demandera pas. Ici les choses ne sont pas forcément dites, pas forcément claires. Le patient va dire au nouveau : *"à dix heures à ma collation j'ai droit à deux morceaux de fromage"* alors que ce n'est pas vrai. C'est marqué sur un papier, mais l'information n'est pas passée.

Ce n'est pas en deux ans et demi qu'on va être considéré comme ancien. C'est des situations qui sont lourdes ça d'ailleurs, de dire qu'au bout de deux ans et demi on fait parti des anciens. Parce que quand il y a des nouveaux qui arrivent ils se réfèrent, enfin la plupart, à comment tu fais... *"Hé bien moi je fais comme ça, mais bon moi ça fait que deux ans et demi que je suis là, est-ce que c'est vraiment une solution, avec moi ça marche, est-ce qu'avec toi ça va marcher, je n'en sais rien, je n'ai pas assez de recul, je ne peux pas te dire"*. Parfois les nouveaux soignants prennent ça pour de l'argent comptant. Soit ils fonctionnent comme vous, c'est très bien parce qu'on a tous la même façon de fonctionner, soit ils se disent : *"puisqu'il n'a pas assez de recul, je vais essayer autre chose"*. C'est là que s'engendrent des problèmes : l'incohérence... Je pense que ce qui est bien c'est ce principe de référence, qu'il y ait une référence

médicale, qu'il y ait une référence, qu'il y ait quelque chose d'écrit, je ne sais pas, surtout pour les patients qui sont là depuis très longtemps.

Je suis tombé dans une période où il y avait beaucoup de monde dans le service, j'ai eu le temps d'aller voir les anciens dossiers. Maintenant on vous met directement dans le service et puis, vous êtes trois le matin. Trois le matin, on n'a pas le temps d'aller faire un tour dans les dossiers, ça c'est impossible. Cette histoire de référence, je crois que c'est important.

Je me suis dit en arrivant ici : *"vu les locaux qu'ils ont, il doit y avoir une façon de travailler avec une dynamique qui doit être très ouverte où la parole de chacun est entendue et tout"*. En fait, nous, on a les locaux, on a la lumière, on a tout ce qu'il faut pour travailler très bien, mais après dans la façon de fonctionner elle-même, c'était mieux ailleurs. La prise en charge était discutée entre tout le monde, les ergothérapeutes, psychologues tout le monde amenait son avis. Après on passait dans les chambres. Si le patient voulait rencontrer l'équipe il pouvait nous voir aussi à ce moment-là. On rencontrait les patients toutes les semaines, et les consignes étaient écrites sur un cahier. Pour chaque patient c'était clair, net et précis. Il n'y avait pas trop de dérapages. Les locaux étaient moches, le cadre n'était pas beau, mais la façon de fonctionner je la trouvais bonne.

Les patients

Quand on voit arriver des gens complètement en crise, dépressifs, avec des idées suicidaires, un peu délirant, et au bout d'un mois, trois semaines, qu'on voit qu'ils arrivent à exprimer leur problème, à dire qu'ils veulent retourner à la maison, à reprendre leur vie au milieu de leur famille, essayer de retrouver un travail, on voit qu'on est utiles.

Pour les patients je vais agir selon leur état, voir s'ils sont dans un état anxieux, par exemple. S'ils sont anxieux ils ferment les yeux, ils ne veulent pas vous regarder... Le matin quand on rentre dans une chambre, on sent tout de suite comment va être la matinée. On sent si le patient a une demande, ça peut être dans un salon fumeur ou à la cafétéria ou n'importe où. On essaye de voir s'il a une demande, s'il y a quelque chose derrière, ce qui entraîne cette demande, pourquoi il est venu nous parler, ce qu'il a à nous dire. Puis on essaye de chercher le fond du problème, pour essayer de l'aider à trouver le chemin. Moi je procède comme ça, je dis pas qu'on va leur apporter la solution, mais les mettre sur le chemin. Je pense qu'on est tous là pour les guider.

Les chroniques c'est moins valorisant, c'est des hauts et des bas, une semaine ils vont bien puis la semaine suivante ça ne va pas aller et puis voilà... C'est un peu comme ça. S'il n'y avait que des chroniques, on part en vacances, on revient, pas grand-chose n'a changé, les prises en charges c'est à peu près tout les temps les mêmes... Il y a des gens cela fait trente-cinq ans qu'ils sont dans le service, des personnes âgées. Maintenant on sait que leur pathologie n'évoluera plus trop, on les aide plutôt physiquement. Je trouve qu'on fonctionne quand même pas trop mal. Il y a des gens qui sortent quand même d'ici et qui vont bien, une grande partie. On voit bien que ça tourne. Bon, les psychotiques, c'est sûr qu'ils reviennent régulièrement mais c'est dans leur maladie. On arrive quand même à ce qu'ils sortent de l'institution, qu'ils retournent à une vie en société. Ils ne sont pas toujours dans l'institution. Moi, je trouve qu'on ne fait pas un si mauvais métier que ça.

Notre institution n'est pas adaptée pour certains patients, les autistes par exemple n'ont rien à faire ici, dans un service ouvert. Pour les gens qui rentrent pour des petites dépressions voire des chroniques, c'est difficile... Et ils réagissent mal... Il y en a certains qui réagissent violemment. Il y a des pathologies qui peuvent se mélanger avec d'autres et d'autres pas

On a peut-être trop tendance à s'occuper de ceux qui ne vont pas bien, un peu moins de ceux qui vont bien.

Gérer la relation

Pour les sorties on prend des risques. On a tous des consignes médicales, le médecin passe et dit bon cette personne a le droit de sortir à dix heures du matin ou deux heures l'après-midi par exemple. Le problème après c'est de savoir comment on la gère dans le service. Si elle sort, il y a des stimuli extérieurs, elle va rencontrer du monde, cela peut engendrer de l'angoisse, de la violence. Si on n'est pas en effectif suffisant, on a du mal à gérer. Heureusement qu'on a l'équipe d'à côté à qui on fait appel, et encore des fois ce n'est pas suffisant, on n'est que trois de chaque côtés, six pour un patient suivant l'état où il est, c'est pas gérable.

On les fait sortir à mon avis trop souvent, trop tôt de la chambre d'isolement car on a beaucoup de demandes de l'extérieur où des gens sont en crise. On vide vite la chambre d'isolement pour faire rentrer quelqu'un. La personne qui sort de la chambre d'isolement n'est pas forcément très bien. Encore, la journée on est six, on peut gérer à peu près, je dirais, mais la nuit elles sont que trois pour tout le bâtiment, c'est trop compliqué.

C'est arrivé qu'un patient lève la main, mais il n'est pas allé au bout de son geste. Généralement quand un patient est violent, on est pas tout seul. Mais bon, par la parole, par la façon d'être, je pense qu'on arrive à calmer un petit le jeu.

Il faut être bien dans sa tête pour venir travailler là. Les problèmes qu'on a à l'extérieur, il faut les laisser à l'extérieur. Et puis quand on sort du travail, les problèmes qu'on rencontre au travail, il faut les laisser au travail. Je pense que le jour où je n'arriverai plus à faire ça, je changerai de milieu. D'ailleurs les gens sentent si on a eu un problème à la maison, si on est un petit peu stressé. Ils auront des comportements complètement différents, il faut venir dans le meilleur état d'esprit possible pour que tout se passe relativement bien.

Je ne me projette pas trop dans l'avenir. Si je sens qu'un jour je n'arrive plus à faire la part des choses, que ça empiète trop sur ma vie personnelle le boulot en psychiatrie, je changerai. Des collègues ont trop pris ce que leur ont donné les patients, ils ont accumulé, accumulé toute leur vie, et en fait ils ont sombré plus vite peut-être dans la dépression... On travaille avec des êtres humains, donc on ne peut pas se permettre de dire j'attends la retraite... Pour moi c'est fou. Le jour où je sens plus de motivation dans mon travail, où j'arrive le matin, et que mon but c'est de faire une toilette, de me poser devant la télé et de lire le journal j'irai ailleurs. Aller au travail pour aller au travail, pour toucher sa paie à la fin du mois, non. Je n'ai pas choisi ce métier pour ça.

Analyse

Portraits 3ème partie

M. C. et Mme F., IDE en CHS

Mme E., ISP

Quelques points d'analyse

Inutile de rappeler que nous n'avons ici pour volonté que de mettre en exergue des données propres à l'ensemble des entretiens, sans vouloir procéder à un travail fin d'interprétation des diverses contributions. Les thématiques qui apparaissent dans cette partie sont complémentaires à celles évoquées précédemment.

Le savoir et ses diverses formes

La question du savoir, tel un fil rouge, traverse les trois entretiens.

D'abord en ce qui relève d'un savoir clinique, spécifique, principalement lié à la connaissance des divers types de pathologies mentales, et à la connaissance de la psychose. Les deux jeunes infirmiers soulignent amplement l'importance pour eux des acquis propres à la psychiatrie. Ils mesurent en quelque sorte ce qu'ils ne savent pas et marquent bien à la fois l'importance de pouvoir travailler avec des Infirmiers de Soins Psychiatriques et la crainte de voir ceux-ci disparaître ! Pour eux, les Infirmiers de Soins Psychiatriques détiennent un savoir qu'ils ne possèdent pas. Mme F. va jusqu'à regretter la fermeture de l'école et pense qu'elle l'aurait faite si elle en avait eu la possibilité. Leurs acquis en formation leur semblent insuffisants.

Dans le même temps, et presque de manière paradoxale, Mme E. insiste sur le fait que ce savoir ne peut remplacer celui lié à la connaissance des psychotiques : la distinction est capitale. En effet l'accent est mis sur l'individu. Le sujet est ici au centre, les "tableaux" cliniques constituent un point clé mais ne couvrent pas, et de loin, l'ensemble du savoir en action des infirmiers de psychiatrie. Ce type de remarque pourrait d'ailleurs être transposé à d'autres types de services.

Par ailleurs il est remarquable de voir Mme E. dire que les nouveaux infirmiers feront comme les anciens et qu'ils "*apprendront sur le tas*", elle relativise sa formation première au profit d'une lente acquisition au contact quotidien des patients.

Ces savoirs relatifs à la connaissance individuelle, singulière, des patients, peuvent être illustrés à travers une de leur déclinaison particulière. Celle-ci est la capacité à "lire" très vite l'état d'un patient, capacité produite par leur fréquentation régulière. Mme E. pointe que lorsqu'on lui a mis un couteau sur le ventre elle voyait bien au "regard" du patient que ce n'était pas la peine de lui parler... M. C. dit apprécier rapidement lorsqu'il rentre dans une chambre l'état de la personne. Mais ce qui est vrai en psychiatrie est aussi vrai ailleurs : dans la première partie Mme C. indique qu'avec le temps elle peut, en passant dans un couloir, savoir si une personne âgée de son service de long séjour va bien ou pas.

Mais d'autres formes de savoirs sont évoquées.

Par exemple, non pas la connaissance d'une personne, mais d'une population, d'un ensemble important de patients qui vont dans la durée être en lien avec le CHS. Ainsi, Mme E. (Mme F. y fait référence également) indique l'importance pour des patients qui font des séjours réguliers dans l'institution, de

retrouver au fil du temps, au fil des années, des personnes connues, qui les sécurisent, et concourent à une sensation de stabilité. En ce sens elle montre à la fois l'importance d'une mémoire des lieux, et le risque d'une trop grande mobilité ou flexibilité du personnel.

Enfin, sans épuiser la thématique, il faut souligner ce qui relève des savoir-faire. Ils sont évoqués à trois reprises : les exemples donnés par Mme E. autour des conseils que lui ont prodigués les infirmiers lorsqu'elle même est arrivée au CHS ("*ne tourne jamais le dos*"...), la technique du "drap" pour maîtriser un patient, et, citée par Mme F. l'appui à la reprise en entretien de l'agression dont elle a été victime. On est là dans le domaine du "savoir agir" face à des situations de crise, ou des difficultés.

Ajoutons que pour Mme E., tout du moins en début de carrière, l'institution fonctionnait sur un mode où le savoir ne devait pas circuler : les ISP ne pouvaient s'adresser directement à un interne ou un médecin, et l'accès aux dossiers des patients leur était refusé. C'est la nuit que Mme E. a pu, et de manière cachée, lire enfin le contenu des dossiers !

Les entretiens ne permettent certes pas de circonscrire les formes des savoirs en œuvre dans la relation au patient, mais ils en dessinent les contours et laissent deviner un continent d'expérience qui n'a pas toujours les mots pour se faire entendre.

La remarque essentielle que nous pouvons faire est que l'articulation entre savoirs théoriques et savoirs d'expérience a du mal à se donner à voir, et mériterait d'être investie.

Les avatars de la transmission

Avec le savoir, la transmission est un des grands thèmes abordés lors de cette partie. Il est au cœur des préoccupations exprimées par M. C. et Mme F. Mais si dans un cas elle se réalise dans l'autre elle est plus problématique. Indiquons qu'il n'est pas signifié de refus de transmettre de la part des "anciens", ce sont plutôt les conditions d'exercice de l'activité qui semblent favoriser ou non cette transmission.

Mme F. précise ainsi que dans son service il existe un réel travail en commun, que les coopérations entre professionnels différents sont satisfaisantes, que le médecin est à l'écoute... Pour M. C. à l'inverse les choses sont plus difficiles, il semble ressortir de l'entretien que la communication et la qualité du travail en commun ne sont pas satisfaisantes. Bien qu'à son arrivée il ait pu bénéficier des explications fournies par un ISP et ait eu le temps de lire les dossiers. Ce morcellement ajouté à la jeunesse de l'équipe (il est frappant de constater que M. C. avec ses deux années d'exercice tient lieu d'« ancien » et se trouve sollicité par des nouveaux sur des modalités de travail) pose avec acuité le problème de la transmission à deux niveaux :

- D'une part relativement aux savoirs et savoir-faire propres à la psychiatrie (par exemple dans la réalisation des entretiens infirmiers).

- D'autre part en ce qui concerne la prise en charge des patients. Ce problème avait déjà été pointé par Mme B. : certaines prises en charge sont effectuées de façon routinière sans que quiconque ne sache exactement pourquoi on procède de telle manière avec tel patient. La mémoire s'est perdue, et lorsque la parole ne circule pas correctement lors de réunions d'équipe ou lors de la relève l'habitude tient lieu de raison.

La parole échangée est le vecteur premier de la transmission des savoirs et de la mémoire ainsi que de la cohésion du groupe de soignants. Nous avons vu, notamment dans la première partie, combien l'équipe est déterminante dans le rapport au travail. Nous approchons ici le rôle des médecins et des cadres. S'ils ne légitiment pas cette parole, ne la maintiennent pas vivante et féconde le risque est grand que la cohésion du groupe soit entamée. Mais pour cela il semble nécessaire que les savoirs infirmiers soient légitimés, sinon il ne sont pas réinvestis dans l'échange.

La violence et l'agressivité

La prévention de la violence est un des axes forts de la transmission et de la circulation des savoirs dans la mesure où, dans ce que l'on peut lire :

- Des signes précurseurs d'agitation ou d'anxiété sont à saisir chez les patients le plus tôt possible afin de développer des comportements adaptés évitant une crise (encore faut-il connaître le patient pour justement avoir le mode d'approche convenable).

- Des modes opératoires ou des savoir-faire de prudence permettent de s'exposer le moins possible à une agression.

Mme E. nous rappelle d'ailleurs que la violence était, il y a quelques années, très présente. Elle l'est peut-être moins aujourd'hui. Néanmoins Mme F. nous décrit précisément une agression dont elle a été victime. Elle analyse ce qui aurait pu être évité (il n'y avait pas d'urgence pour accompagner ce patient à la radiologie), et en tire une réelle expérience. Ce qui aurait pu être un traumatisme devient un apprentissage.

Cela est probablement lié à la façon dont Mme F. a réagi elle-même mais cela est dû aussi à la manière dont l'équipe, et en premier lieu l'ISP dont il est question et le psychiatre, ont su écouter et appuyer Mme F. jusqu'à la résolution de la situation : l'entretien mené en chambre d'isolement avec le patient.

Là aussi les modes de coopération sont déterminants, au point même, il n'est pas en tout cas interdit de le penser, d'influer sur le déroulement d'une trajectoire professionnelle.

L'apparition de la violence constitue un possible toujours présent, et ses occurrences sont infinies. M. C. pointe par exemple les situations où les patients ayant bénéficié d'une sortie peuvent être agités en revenant. Mme E. cite le fait que les patients ne pouvant rencontrer le médecin durant des périodes significatives malgré leurs demandes réitérées commencent à "s'énerver".

Il aurait fallu aller plus loin pour approcher la manière dont s'articulent expression de la violence et fonctionnement des équipes et des services.

Néanmoins il semble approprié de dire que ce n'est pas en soi la possible apparition de la violence qui risque de détériorer le rapport au travail, mais la manière dont elle peut être prévenue, contenue, et le cas échéant faire l'objet d'une élaboration.

Les visages du patient

Dans chacun des trois entretiens le rapport au patient apparaît comme central : le choix de la psychiatrie est aussi pour partie le « choix » d'un type de pathologie, d'un type de public, et d'une façon d'envisager le soin. Même si, dans ce vaste territoire qu'est la psychiatrie, des préférences se font jour : Mme E. dit avoir du mal avec les "arriérés", et considère le rapport aux "dépressifs" plus douloureux par leur proximité, Mme F. et M. C. trouvent, eux, moins d'attraits aux "chroniques", et valorisent les service d'admission car il y a plus de mouvement.

A travers les divers termes employés on voit se profiler diverses « formes » de patients comme autant de formes d'humanité souffrante. Le rapport au travail est structuré par le type de personnes auxquelles on a affaire.

Des quatre-vingt grand-mères démentes du début de carrière de Mme E. au pervers agresseur de Mme F. leurs visages sont multiples. Ils constituent en quelque sorte une foule, aux traits indéterminés, se tenant en toile de fond du discours de nos infirmiers. Bien sûr certains viennent au premier plan, par leur violence ou au contraire par les résultats que l'on a pu obtenir avec eux. D'autres, qui posent peut-être moins de questions ou dont il est plus difficile d'attendre quelque chose, restent anonymes dans la description proposée. Seul le respect témoigné par le soignant, marqué par un vouvoiement, une attitude, indique leur singularité.

Qu'évoque, que représente le patient, comment agit-il comme un révélateur de nous-même, comment la relation peut-elle être une "expérience" voilà, à la lecture des entretiens, des points qui méritent un détour.

Un point est à relever : la possible collusion ou solidarité entre les patients. L'exemple cité par Mme E. est tout à fait instructif d'une réaction collective face à un événement (la maîtrise par les soignants d'un patient refusant de prendre son traitement et "s'énervant"). Cet événement, considéré comme une violence émanant des soignants, a amené une réaction collective de leur part. Le patient en ce sens n'est pas un isolé : les "pseudo-dépressifs" de Mme E. trouvent à l'hôpital les formes de socialisation qui leur font défaut à l'extérieur (mais relèvent-ils de la psychiatrie ?) tandis que l'autre illustration montre comment la lutte contre "l'autorité" peut être le ciment d'une relation horizontale. En creux du discours, c'est un autre hôpital qui apparaît et où les relations ne sont pas uniquement entre soignants et patients mais entre patients eux-mêmes.

Les perspectives

Dans les trois entretiens l'avenir apparaît moins problématique que dans d'autres "portraits". Mme E. envisage son départ à la retraite, sans en faire néanmoins une urgence, Mme F. et M. C. ne semblent pas regretter leur choix, Mme F. souligne même l'intérêt qu'elle porte à son travail.

Deux remarques à ce propos sont à faire :

- Dans ces entretiens la pénibilité physique n'est jamais mise en avant de manière très appuyée. Elle ne fait pas office de "repoussoir", l'usure physique n'est pas l'inévitable promesse du travail.

- La relation de soin est toujours appréhendée comme une relation "globale". Ce n'est pas une pathologie que l'on aborde, c'est une relation avec un individu dans ses différentes composantes. Cette posture est ici constitutive du sens du travail : il se fonde dans la relation à autrui. On est dans une perspective proche de celle qui est souvent mise en avant par des professionnels intervenant en gériatrie. C'est à cette "source" que se nourrit le lien des infirmiers à leur activité, et que les conditions concrètes d'emploi et de travail ne viennent pas contrarier.

PORTRAITS

4ème partie

Madame G., Cadre infirmier

J'ai fait mes études d'infirmière de secteur psychiatrique en Alsace. J'ai connu mon mari là-bas, on est infirmiers tous les deux. À l'issue de notre formation nous sommes venus nous installer dans la région travailler dans un petit CHS. On avait trouvé ça super. On avait fait nos études dans un gros centre, quand on voulait prévoir un pique-nique avec trois patients il fallait qu'on prévoit le temps, la voiture et le casse-croûte quasiment trois semaines à l'avance. On est arrivés dans une toute petite structure avec une toute petite équipe où toute cette grosse bureaucratie n'existait pas. On pouvait comme ça faire les choses d'une manière très spontanée. À l'époque il y avait beaucoup de plaisir au travail par rapport à cette autonomie que permettait une toute petite structure. Ça avait été une révélation de pouvoir faire des choses comme ça.

En 90, je suis allée à l'école des cadres. Les personnes qui étaient CFDT n'étaient pas dans les "petits papiers" à la fois du médecin chef de l'époque, de la direction de l'époque... Mais malgré ça, je suis quand même partie à l'école des cadres. Je pense qu'à l'époque personne ne pensait que j'aurais mon concours. Et je l'ai eu sans préparation, ce qui a été une très grande joie pour moi de pouvoir dire que j'étais quand même capable !

Il avait été instauré un principe de mobilité. Il y avait ceux qui travaillaient dans le service admission... Et puis ceux qui restaient en service chronique, qui pouvaient y rester très, très longtemps. À un moment donné il y avait les bons et les moins bons. J'ai moi-même été punie en 85 parce que je refusais de travailler selon les modalités d'un médecin. J'ai refusé d'être sa petite gentille infirmière et je me suis retrouvée punie, c'est-à-dire que je suis restée je crois six mois en service d'admission, et je suis redescendue en service chronique. Avec ce médecin tout commençait par une période de séduction, on était la gentille infirmière et puis cet écart commençait à se creuser. Et pour finir on était la méchante infirmière de toute façon. Je n'étais pas rentrée là-dedans vu que j'avais été punie. De 92 à 98, j'ai été cadre infirmier dans un service puis selon le principe de mobilité, je travaille actuellement dans une unité d'admission.

Le conflit

Notre médecin M. P. a apporté avec lui la théorie de la psychothérapie institutionnelle. Je ne suis pas d'accord avec l'appropriation qu'il en fait, la façon qu'il a de vouloir travailler. La psychothérapie institutionnelle de Monsieur P., moi je n'en veux pas, et je le crie haut et fort depuis que je suis en poste ici. Je travaille dans un service d'admission avec une mission bien précise : l'accueil des patients en état de crise, un accueil qui se fait vingt-quatre heures sur vingt-quatre, la crise étant l'agitation, le délire, la dépression, les risques suicidaires... Et puis après on travaille à partir de ça.

Maintenant, la psychothérapie institutionnelle c'est quelque chose de très bien mais quand on n'a que des gens en état de crise, eux ils n'en ont rien à foutre des réunions qui sont instaurées ; quand ils arrivent dans le service où je travaille ils n'en sont pas là ! Ils n'en sont pas à se raccrocher à de la "fonction club", à comment ils vont pouvoir s'entraider, comment ils peuvent parler de leur maladie, comment ils peuvent se cotiser ensemble pour avoir un projet commun. Ils n'en sont pas là ! Ils n'en sont là que quand ils sortent !

À un moment ils ne vont pas bien, ils ont plus besoin d'un entretien infirmier. Moi, j'ai l'impression

Portraits - 4.1

qu'on est proche du travail soignant pur, avec des outils soignants mais c'est autre chose que la psychothérapie institutionnelle. Alors, il m'en a vraiment voulu, tellement voulu. Il nous faisait toujours du chantage : *"si vous ne voulez pas travailler comme ça je m'en vais"*. Un jour, je lui ai dit : *"écoutez partez. Arrêtez de nous menacer et partez"*. Et alors ça a été la guerre.

Nous travaillons en parallèle... Les infirmiers font leur travail d'infirmier avec des entretiens d'infirmiers par rapport à des objectifs d'infirmiers, par rapport à leurs observations infirmières. Quand on peut travailler en collaboration avec le médecin c'est tant mieux, et quand on ne peut pas, ma foi tant pis. Mais les infirmiers en tout cas font leur travail et je trouve qu'ils le font très bien.

À l'occasion d'un entretien d'évaluation on a voulu me faire comprendre que je n'aurais jamais dû être cadre, que je manquais de savoir-être, de savoir-faire... Nous avons un entretien avec le surveillant chef et les quatre ou cinq médecins. C'est inconfortable parce qu'on en a un petit de tribunal face à soi ! Et puis après il y a une deuxième évaluation où on est face à face avec le directeur. Là, je trouve que c'est beaucoup plus simple parce que c'est aussi par rapport à nos projets, nos objectifs, atteints ou pas atteints, c'est beaucoup plus clair. Alors qu'avec les médecins c'est pas du tout ça, c'est par rapport à tout un tas de ressentis, positifs, négatifs... Quand à ce moment-là on m'a interrogée sur le projet professionnel, et que j'ai dit que je voulais être cadre supérieur, j'ai eu droit à un deuxième entretien d'une heure où on m'a descendue. Ah oui, j'ai douté, j'ai vraiment douté au moment où on m'a fait cette évaluation complètement dégueulasse. Il y a eu un moment où j'ai beaucoup souffert.

On m'a reproché de défendre l'équipe comme une "maman tigre". C'est vrai que comme ça beaucoup de choses se sont ébranlées et j'ai traversé une période de doute. J'ai mis un an à me remettre. J'ai été complètement déprimée, j'ai traversé une période de doute immense. D'ailleurs, quand j'en parle encore aujourd'hui, je sens mon cœur qui s'emballer, c'est... Je ne peux pas en parler sans sentir que ça palpète quoi. En fait, j'ai pu me raccrocher grâce à l'équipe d'infirmiers et certains médecins qui ne me renvoyaient pas du tout, du tout, le même message. L'équipe ne donne pas cette image-là de moi.

À un moment donné M. P. nous avait écrit une lettre disant qu'il aimerait qu'on puisse travailler ensemble finalement, et il voulait avoir une lettre de chacun des infirmiers et soignants déclarant qu'ils voulaient bien travailler avec lui. Mon équipe n'a pas voulu faire une lettre individuelle, ils ont voulu faire une lettre collective et c'est moi qui ai pris le stylo. Les infirmiers ont provoqué des réunions, et au cours des réunions, c'est moi qui ai rédigé la lettre. Il y a eu une réponse collective signée de tous les infirmiers. Alors des menaces ont été faites, des gens ont mis du blanc sur leur signature. Et j'ai été vécue, moi, comme étant l'instigatrice de ce mouvement.

Je discutais l'autre jour avec une psychologue. Actuellement, elle, c'est la "méchante" psychologue. Elle a aussi travaillé dans des institutions avec la psychothérapie institutionnelle, mais alors dans une ambiance comme ici, avec ces enjeux de pouvoir, ces trucs pervers, elle n'a jamais travaillé comme ça, jamais!!

Je crois que je ne sais pas me protéger. Non, je ne sais pas le faire. Un médecin est venu discuter dans le bureau, il revenait d'une réunion avec le directeur, il venait de dire : *"il faut protéger Madame B."*. Lui aussi me disait : *"tu sais la psychothérapie institutionnelle, moi je vais aux réunions par respect"*.

On a des réunions tous les mois. En fait c'est des réunions qu'on avait appelées au départ "l'appareil à penser". Quelque fois c'est difficile à vivre parce qu'on peut être comme ça tour à tour la cible. Ce n'est pas un "appareil à penser" du tout, on n'arrive pas à penser ensemble, on n'arrive pas à mettre à plat les problèmes ensemble et puis à essayer de les résoudre, non...

En réunion un médecin a dit à M. P. : *"écoutez vous vous exprimez jamais clairement, vous êtes toujours dans le flou, c'est très difficile pour l'équipe de savoir ce que vous pensez, ce que vous dites, est-ce que vous pourriez pas parler des fois un peu plus clairement?"*

Il lui a répondu : *"vous savez je ne suis pas en analyse avec vous"*, ça a été sa réponse. L'autre médecin mettait le doigt sur un problème de communication de M. P.

C'est vrai que quand il y a écrit sur un dossier : *"pourrait éventuellement partir en permission ce week-end"*, ça veut dire quoi? En fonction de quoi on se base? Si on laisse partir le patient et puis qu'il arrive une connerie, on a tort, si on ne le laisse pas partir, le patient va se plaindre le lundi matin au médecin, on a tort. On a tort dans tous les cas. Alors des fois on lui téléphone, on lui dit : *"alors bon finalement il peut partir ou il ne peut pas partir?"* Il nous répond : *"écoutez c'est écrit"*. On lui dit : *"mais non ce n'est pas écrit, c'est écrit "pourrait" éventuellement partir"*.

Les choses claires, des choses dites clairement, il ne peut le faire. Ce médecin s'exprime d'une manière assez particulière, il faut toujours deviner la suite de la phrase, c'est jamais clair, il y a toujours des points de suspension. Nous avons à un moment donné un autre médecin qui lui a dû partir en 94. Très, très bien, très carré, en tout cas moi j'aime bien la façon de travailler très carrée et très cadrée. On sait très bien où l'on va, on sait très bien ce qu'on fait, on sait aussi... C'est très rassurant de travailler comme ça, de savoir... À la limite on fait faux, on nous engueule un coup, on nous explique pourquoi on a eu tort, enfin, qu'on dise les choses, que les choses soient dites, soient claires...

Un jour j'ai dit à M. P. : *"mais écoutez plus vous êtes mou, plus moi je suis obligée d'être dure, enfin de devenir dure"*. Alors je vais prendre des décisions. En tout cas, dire oui ou non, simplement ça, parce qu'il fallait que je mette l'équipe en sécurité. J'essaie de compenser le *"je ne sais pas."*

À un moment donné je me suis dit "stop", il faut peut-être que j'arrête aussi d'essayer de cadrer les choses, de protéger l'équipe, de cadrer les petites choses, quoi, "oui il a le droit de sortir", "non il n'a pas le droit de sortir". À la limite, peut-être que si je ne fais plus ça, et bien ils vont se rendre compte que ça ne va pas. Mais personne ne s'est rendu compte que ça n'allait pas. À un moment donné j'ai dit "stop", je ne veux plus le faire mais alors l'équipe a été en déroute mais personne ne voyait pourquoi elle était en déroute.

Nous avons une collègue qui s'est suicidée l'année dernière. Elle avait des problèmes personnels, ça c'est sûr. Mais en même temps, elle ne pouvait plus se raccrocher à son travail parce que ce qu'elle avait appris, ce qu'elle avait vécu durant quelques années et ce qui était fait aujourd'hui, c'était complètement différent et elle ne s'y retrouvait plus. Jusqu'à présent le travail l'aidait à tenir et puis à un moment donné, elle n'a plus été suffisamment comblée par ce travail pour que dans sa vie personnelle ça tienne.

Elle s'est suicidée et moi, derrière ça, j'ai fait un "lâcher-prise". J'avais une sciatique paralysante que je tenais depuis trois ans et malgré ça je n'étais pas absente. J'étais là parce qu'il fallait que je la soutienne, qu'il fallait que je soutienne l'équipe. Là j'ai dû me faire opérer en urgence au mois de mai et j'ai été absente trois mois.

J'ai beaucoup manqué à l'équipe. L'autre surveillant qui m'a un petit peu remplacée, il a vraiment recadré les choses, une conduite très paternaliste et en même temps très directive. Il arrivait dans le bureau avec M. P. derrière son dos *"bon alors qui c'est qui va ouvrir la cafétéria dimanche?"*. Il regardait le planning "hé bien c'est celui-là" et hop il met une croix. Moi je n'agis pas comme ça, je considère les infirmiers suffisamment grands pour savoir le travail qu'ils ont à faire. Ils savent la charge de travail qu'ils ont, ce qu'ils doivent faire, ils sont aussi suffisamment grands pour savoir se la répartir. Éventuellement, j'interviens si jamais elle n'a pas été répartie à temps.

D'après le médecin ce surveillant a très bien rempli sa mission, et ça s'est mieux passé sans moi qu'avec moi. Le retour des infirmiers était différent, je préfère me rallier à ces avis positifs plutôt qu'à celui de ceux qui me balancent des choses négatives. Je ne me suis pas vraiment remise en question, pas vraiment.

Ailleurs?

L'année prochaine, je change d'unité de soins pour aller travailler dans une unité d'accueil de jour. Alors ça va être une bonne chose oui. Ici je crois que je passe plus de 60 % de mon temps à faire des calculs de planning. Et en tout cas, là-bas avec une petite équipe de quatre personnes où on n'a pas à s'enquiquiner à trouver des gens de nuit, des gens de week-end, là ça va être très bien pour moi. Je vais pouvoir reprendre

Portraits - 4.1

une autre orientation dans mon travail qui est vraiment l'animation, les projets. En même temps, ça va me permettre de travailler aussi mon projet pour devenir cadre supérieur, de manière à être prête le jour J, à l'apparition du poste. En même temps, là aussi c'est tordu, c'est dingue parce que... L'autre jour il y a un des médecins qui est venu discuter dans mon bureau, et qui m'a dit : "prépare ton truc, normalement il faudrait que tu y consacres une heure par jour". Et puis il m'a dit : "parce qu'elle dit qu'elle ne part pas en retraite mais à d'autres elle dit qu'elle va bientôt partir en retraite, et donc l'autre il va être prêt avant toi. Méfie-toi, lui il est prêt il a fait son projet, et toi tu ne l'as encore pas fait". Donc ça aussi c'est tordu, tout est tordu ici !

Il faut beaucoup d'énergie, c'est beaucoup d'énergie et puis après je me retrouve à... Il y a des semaines où je quitte mon boulot à sept heures trente le soir parce qu'en fait je n'ai pas le temps de tout faire. C'est terrible, je n'ai pas le temps. J'arrive ici pour neuf heures et puis je me lève pour manger, et puis je reste jusqu'à sept heures trente - huit heures. Mais ça me permet de partir l'esprit plus tranquille, oui j'ai l'impression d'avoir un peu bouclé ma journée d'autant plus qu'avec la délégation syndicale où j'ai quasiment une trentaine de jours d'absence par an... Bon, personne d'autre ne va faire mon travail à ma place quoi.

Alors est-ce que ça vaut le coup de résister ? En tout cas, moi je ne me vois pas plier. Alors c'est soit je résiste, soit je pars. Avec tous les problèmes de santé... Car je fais de l'hypertension depuis trois ans. J'aurais l'impression que si je parlais ce serait un constat d'échec et qu'ils auraient gagné... Non ! Donc ça vaut le coup... Je n'imagine pas partir, j'aurais l'impression vraiment que c'est lui qui a gagné et ça je ne supporte pas cette idée. Donc c'est pour ça aussi, peut-être dans cette histoire de ce cas-là je n'en ai pas assez bavé pour partir.

L'hôpital psychiatrique le plus proche c'est quasiment à plus de quatre-vingt kilomètres du pays où j'habite. Je ne me vois pas faire quatre-vingt kilomètres, par temps sec ça se fait en une heure trente mais bon cet hiver j'ai déjà à faire trente kilomètres il y eu des jours où j'ai mis une heure. Je ne sais pas comment je pourrais faire pour déménager, travailler ailleurs...

Ce qui m'affecte c'est la mauvaise connaissance du travail qu'on fait à sa juste valeur. C'est aussi les attaques personnelles. Alors heureusement que j'ai le syndicat, enfin en tout cas heureusement que j'ai des responsabilités syndicales qui me permettent quand même de voir d'autres gens ailleurs. Travailler avec des gens sains ça existe. Aussi je peux être connue d'une autre manière.

On a alerté plusieurs fois le CHSCT sur nos problèmes mais on a l'impression qu'on n'en tient pas trop compte. Ils ne savent comment empoigner la psychiatrie que ce soit la direction, que ce soit l'infirmière générale, que ce soit le CHSCT, ils ne savent pas comment empoigner le problème de la psychiatrie. À l'issue de la formation l'autre jour, on a fait une première réunion, les quatre ou cinq qu'on était, on a fait un compte rendu et puis on a décidé de le diffuser aux médecins du travail et puis à l'infirmière générale. On l'a fait lire à l'infirmière générale. Nous avons une interrogation, c'est-à-dire nous quatre, nous cinq, si on ne veut pas être à nouveau vécus comme, enfin je veux dire, montant un coup d'état.

À un moment donné ou à un autre, il va bien falloir quand même qu'on expose au grand jour les dysfonctionnements. Mais en même temps, comment on va se protéger les uns les autres ? Comment être vécus comme un outil de changement et non pas comme des gens qui veulent tout déranger ?

Madame H., Cadre infirmier

J'ai fini l'école d'infirmière en octobre 1970. D'abord, j'ai travaillé un an en chirurgie générale et trois ans comme responsable d'un petit service d'ORL : il y avait quatre lits d'adultes, quatre lits d'enfants. J'assurais les soins du service et l'assistance opératoire, le travail de bloc, en même temps. Au bout de ces quatre ans j'ai suivi mon mari dans le Haut-Jura. Je suis entrée dans la fonction publique à ce moment-là. C'était un vieil hôpital avec un tout petit service d'urgence, bien différent des urgences de maintenant, de la médecine et des chroniques.

Entre 1976 et 1978 dans le cadre de la loi Veil pour l'humanisation des hôpitaux, un nouvel hôpital a été construit. J'ai participé à l'organisation, au déménagement du nouvel hôpital, on était trois infirmières pour quatre-vingt personnes, après ça a été en s'étouffant avec les années.

L'hôpital a été installé dans un bâtiment neuf et réorganisé. Le bâtiment du centre-ville a été rénové et on y a transporté un vieil hospice qui était excentré. En 1981, avec ce changement il y a eu un deuxième poste de cadre créé. J'étais en congé parental quand on me l'a proposé. On pouvait être nommé à l'ancienneté dans la mesure où il fallait cinq ans dans la fonction publique. J'estimai que c'était une chance qu'il ne fallait pas que je laisse passer. J'ai raccourci mon congé parental pour prendre le poste et organiser le déménagement dans l'ancien hôpital rénové. Mon expérience des déménagements a été une des choses qui a motivé mon recrutement ici, car je suis arrivée dans une mutation identique.

J'ai apprécié le travail dans un établissement de petite taille. Le directeur était notre seul interlocuteur hiérarchique. Il nous associait aux choix et décisions prises par rapport aux services de soins. De plus cela a été une chance d'avoir des directeurs qui tenaient compte de l'avis des soignants.

J'ai alors accompagné le directeur et participé à des réunions au niveau de la mairie et de la DDE. J'ai ensuite présenté les différents projets d'architectes aux équipes soignantes et recueilli leur avis. J'ai participé au choix final, soutenant l'avis des soignants.

Il y a eu alors un changement de direction. Le directeur arrivant a repris la maîtrise d'œuvre. Dès lors j'ai participé aux réunions de chantier et fait le suivi sur le terrain (hauteur des boutons d'électricité, des lavabos, des WC).

On avait eu la chance d'avoir une ergothérapeute en 1981, ça a été le premier poste d'ergothérapeute qui a été créé dans le département. Avec elle j'ai complètement retravaillé le dessin du cabinet de toilette pour avoir le maximum de place pour les fauteuils roulants. On a rogné sur les gaines techniques, qui étaient bien larges et on a fait des cabinets de toilette bien adaptés aux personnes en fauteuils roulants. Et puis, la surface des chambres était un petit peu petite, on avait de la difficulté pour mettre une table et passer les fauteuils roulants pour faire le tour du lit. Et donc là, on a réfléchi, on a dessiné un meuble qui pouvait faire support télé et bureau ou table pour manger et qui était repliable. On a fait faire un prototype à quelqu'un qui faisait déjà un petit peu des fauteuils pour l'hôtellerie. Il nous a fait un prototype, on l'a mis dans une chambre, on a regardé, on a testé et on est parti sur ce choix-là.

En décembre 90, le directeur m'a dit : *"voilà je vous donne un million de francs vous me faites votre devis estimatif du mobilier dont vous avez besoin"*. Alors moi j'ai ouvert les grands yeux, il me dit : *"et bien venez alors"*.

Il m'a mis devant un vieil ordinateur avec multiplan et puis il m'a montré comment monter un tableau et j'ai monté les devis estimatifs, les devis comparatifs, fait les appels avec les différents fournisseurs, fait des comparatifs pour arriver au choix qu'on a décidé.

Je participais aussi au CME. C'était un travail très intéressant, cette proximité avec la direction pour les choix, pour les décisions. Etant un petit établissement, il n'y avait pas de bureau du personnel ; avec ma collègue on s'occupait du recrutement (ASH, aides-soignantes, infirmières).

Du fait des études de cadre de ma collègue puis de son arrêt maternité pour la naissance de jumeaux, j'ai assuré la fonction de cadre soignant pour tout l'hôpital (urgences, médecine, moyens et longs séjours, maison de retraite) pendant un an puis neuf mois. Le travail était varié, riche ; cela me plaisait. Les équipes avaient un bon esprit d'entraide au niveau de l'établissement. C'est une chose que je n'ai pas retrouvée quand je suis arrivée ici.

Le personnel

Dans l'établissement du Haut-Jura il y avait un bon esprit d'équipe et d'entraide. Les problèmes d'absence se réglait à l'amiable. Je pense que le caractère "montagnard" des gens y était pour beaucoup. Ici je n'ai pas retrouvé cela. J'ai même été choquée au début de cet état d'esprit individualiste.

Ici c'était très, très individualiste. Service par service, c'est presque comme si on ne connaissait pas les autres. Au début, ça a été difficile, c'était difficile par exemple un jour où un service avait quelqu'un en plus, et qu'il manquait quelqu'un de dire : *"aujourd'hui Madame "untel" vous allez à tel étage."*

C'est vrai qu'il y a l'histoire de la maison. Jusqu'en 90 il y avait les services du CHU qui étaient là, et il y avait beaucoup plus de personnel. Mais après, on était moins riches en personnel et il n'y a pas eu d'entraide qui s'est développée parce qu'elles n'avaient pas l'habitude, c'était chacun pour soi. C'était aussi un problème de recrutement. C'est le président du Conseil Général qui était le président du C.A. Il avait introduit ces gens-là, qui avaient son soutien... Ici on est un établissement médico-social, donc on dépend du Conseil Général pour partie. Il y avait une certaine masse de personnes comme ça qui se limitent petit à petit. Ça tend à s'estomper, on est beaucoup plus stricts sur les recrutements. Tout dépend de la direction, je dois en être à ma onzième, douzième direction. Vous avez des directeurs qui se positionnent carrément : *"moi les politiques j'en ai rien à faire"*, qui ne répondent pas. Vous en avez qui... on comprend tout de suite.

J'ai été étonnée et même choquée de l'absentéisme qu'il y avait par rapport à ce que j'avais connu auparavant. Ils s'arrêtent parce qu'ils sont malades, parce qu'ils sont en rogne, parce qu'ils se sentent pas bien. Vous avez les gens qui sont régulièrement arrêtés, toujours les mêmes. Vous avez les gens qui s'arrêtent si jamais vous leur faites une petite remarque, crac la réponse c'est un arrêt de maladie. Oui, oui, je crois que c'est un individualisme fort.

Les agents parlaient de leurs droits mais occultaient leurs devoirs. Avec les absences on est obligés de remplacer, mais les remplaçants ne sont pas toujours formés. La critique est vice de la part des équipes après ces gens qui font du mieux qu'ils peuvent. Ce n'est jamais après ceux qui ont des arrêts maladie de façon exagérée. Alors que moi je me souviens avoir vu quelqu'un, une ASH stagiaire, qui avait un peu tiré sur le bouchon des arrêts maladie la veille de week-end. Hé bien ce sont les agents en commission paritaire qui ont refusé la titularisation. En disant : *"on ne peut pas compter sur elle"*.

Entre cadres il y a un bon esprit d'entraide ; nous nous coordonnons pour avoir le même discours vis-à-vis des équipes, en effet nous devons nous remplacer en cas d'absence. En effet les agents essaient d'obtenir quelquefois quelque chose si le cadre de leur étage est absent et que c'est un autre cadre qui assure le remplacement.

Le travail de cadre

Ce n'est pas facile lorsqu'on est plusieurs services.

Le travail c'est entre autres la gestion des plannings, la gestion des entrées, de la coordination : surveiller les prescriptions, regarder si c'est suivi, évaluer le travail, essayer d'améliorer le suivi de la gestion hôtelière, le suivi en cuisine, les relations avec le bureau du personnel, la formation, les stagiaires... On a les réunions de service, des transmissions avec le médecin une fois par semaine, sur chacun des services. On a la gestion, quand il y a une entrée avec le médecin parce qu'on a toujours des listes d'attente. Donc le choix de la personne qu'on va prendre... Moi, je fais un choix et je le sou mets au médecin parce que, d'abord nos médecins sont à mi-temps, elles sont là le matin sauf une journée par semaine où elles sont là toute la journée. Pourtant on a un médecin par niveau et puis le choix ça dépend aussi si c'est une chambre particulière, si c'est une chambre à deux lits. Si c'est une chambre à deux lits, comment est la personne? Quel est l'état de la personne qui est là? Est-ce que c'est une personne qui est bien consciente? Qui peut échanger avec son voisin et tout ça? À ce moment-là, on essaie de mettre quand même quelqu'un qui puisse convenir comme voisinage. On ne va pas lui mettre quelqu'un de dément, qui fait n'importe quoi, avec qui ça ne va pas aller.

Je ne suis pas toujours dans mon bureau, je suis aussi dans les couloirs mais je vous avoue que je fais beaucoup moins de trajets, parce qu'avec la tumeur cancéreuse que j'ai eue je ne peux plus me déplacer comme avant... Pour voir les pensionnaires je privilégie le moment de midi où ils sont en salle à manger. Pour les agents je me déplace pour les trouver dans les chambres, auprès des résidents. C'est vrai que si je veux évaluer une toilette il faut que je sois là. C'est clair. Mais de toute façon si je veux globalement voir le comportement des gens je n'ai pas besoin d'être toujours derrière eux...

Je trouve maintenant le travail épuisant car c'est souvent un travail haché. De plus ici on a subi le bruit de la salle à manger, avec des pensionnaires âgés qui ont une diminution de l'audition et pour lesquels la radio et la télévision hurlent. Le bureau est petit et vitré de haut en bas donc la chaleur est insupportable si la porte est fermée.

Si vous êtes en train de finir un planning, de mettre le nombre d'heures, enfin de savoir qui est présent matin et soir... Vous n'arrivez pas à être tranquille. Soit il y a le téléphone, soit quelqu'un vient vous demander quelque chose, c'est sans arrêt, sans arrêt... La solution c'est d'emmener le travail chez soi. Je l'ai fait, j'ai passé des week-ends, non, non, c'est terminé. Si j'ai deux jours de retard, hé bien il y aura deux jours de retard.

Le travail change. Je ressens comme un gaspillage du temps. Notamment celui passé à l'écriture de protocoles en vue de l'accréditation qui vont dormir dans des classeurs.

Notre temps de travail est raccourci. Les trente-cinq heures c'est vrai que ça se sent parce qu'on est sur une base de sept heures et demi. Sur un mois, il y a peut-être cinq jours où on fait les sept heures et demi... C'est le grand maxi et puis le reste c'est huit heures trois quart, huit heures. Une chose que je dis à mes collègues, mes jeunes collègues: *"gérez votre temps, apprenez à gérer votre temps"*.

C'est dangereux pour son équilibre personnel de se faire manger par l'institution.

Avancer?

Il y a des choses qui me tiennent plus à cœur, parfois on voit un petit truc, une petite dégradation qui se produit. On le signale, on dit: *"si ce n'est pas réparé tout de suite, et bien ça va s'amplifier en se dégradant de plus en plus"*. On a des lave-vaisselle où on a des fuites, des fuites, des fuites, ça fuit toujours et on laisse des seaux en dessous et des serpillières. Les meubles en formica ont bu, maintenant ça se délite en bas, ça s'écarte. Ça moi je trouve que c'est grave. Par exemple, les chariots avec lesquels on distribuait les repas, on vient d'en toucher des neufs, ceux-là ils sont très maniables, ils vont bien. Les autres c'était des trucs énormes...

Bon, il y a des marques dans les murs, mais voilà quelque chose de complètement ridicule : vous avez tout le couloir vers la cuisine, la lingerie, où c'est du béton, il y a des protections hautes comme ça sur les murs en béton et ici où c'est du carton-pâte on n'a pas de protection.

Il y aura peut-être un jour un micro-ordinateur dans l'office pour faire les commandes de diététique, les liaisons... Il y a une prise qui déborde sur les côtés, j'ai demandé qu'on fasse une protection pour ne pas que ce soit arraché par les chariots ou qu'on mette une protection au sol qui puisse, qui fasse qu'on ne tombe pas dedans. Hé bien il n'y a plus que le fil qui pendouille. Ça me barbe.

Alors par contre si jamais il y a un conseil d'administration, tout le monde lustre le hall, et on fait les vitres, alors tout le monde est là... Si les vitres sont sales elles sont sales, c'est tout, c'est comme ça. Il n'y a pas de raison de dérouler le tapis rouge à ces gens-là. Alors que par ailleurs, il y a d'autres choses qui souffrent. Qui souffrent et qui même deviennent dangereuses. Derrière le lave-vaisselle il y a un boîtier électrique, des fils électriques qui sont là sur le machin, le mur est détremé et tout, c'est grave. Je l'ai fait photographier l'autre jour.

Bon, les effectifs n'ont pas augmenté et les services techniques sont comme les autres, ils sont passés aux trente-cinq heures. Il y a des travaux de rénovation, il y a des services qui ont été déménagés, de nouveaux locaux ont été créés. Ils ont tout refait, la peinture, les sols alors qu'ils n'arrivent déjà pas à faire l'entretien courant. Ils ont toujours du retard, alors pourquoi leur mettre des chantiers comme ça en plus ? Où sont les économies ?

Je prends ma retraite à la fin de l'année. Je m'en vais. Je suis beaucoup moins motivée parce qu'en fait moi ce qui m'avait intéressée dans le poste c'était les travaux, c'était la restructuration, c'était de nouveau cette organisation d'installation de services etc. Ca a été une des choses qui a fait aussi que j'ai été prise sur ce poste-là. Quand je suis arrivée, je me suis trouvée avec une collègue, il n'y avait que deux cadres pour les sept services. La collègue, elle, venait d'être nommée. En fait il y avait eu un problème entre les cadres de l'établissement et la direction. Cela n'a pas été facile.

Si j'avais été nommée sur le poste de *cadre sup.*, je pense que j'aurais continué ma carrière plus longtemps mais là non. C'est comme ça. Ce n'était pas mon objectif. Et puis entre temps, j'ai quand même eu un problème cancéreux, j'ai été arrêtée un an. Ça a joué aussi.

La collègue, cadre supérieur de santé, qui est arrivée en 2003 travaille en bonne collaboration avec moi. Nous échangeons beaucoup en toute confiance. J'ai eu chaud au cœur lorsqu'elle m'a dit : "*je n'ai pas compris pourquoi ils ne vous ont pas nommée.*"

Analyse

Portraits 4ème partie

Mmes G. et H., toutes deux cadres infirmiers.

Quelques points d'analyse

Il nous semblait intéressant de clore les « portraits » avec les entretiens de deux cadres. En effet, nous avons vu qu'ont été évoquées, tout au long des parties précédentes, des figures diverses de cadres, sur lesquelles on va revenir. Il s'agit de les confronter à la parole de personnes exerçant la fonction. L'intérêt en outre est d'appréhender les passerelles, les communautés d'interrogation entre des catégories hiérarchiquement différentes de personnels.

L'évocation du cadre

Dans les précédentes parties ont été évoqués des cadres. Qu'en a-t-il été dit ?

Tout d'abord deux entretiens (Mme A. et Mme E.) font clairement référence à une forme d'encadrement "à l'ancienne". Dans l'entretien de Mme E. le cadre est là pour interdire la parole, faire barrage entre l'agent et l'interne ou tout autre membre de la hiérarchie, refuser l'accès aux dossiers des patients... C'est-à-dire maintenir l'agent dans un rôle de pur exécutant. Dans le même temps c'est une personne très présente dans le lieu de travail et qui est perçue positivement sous certains aspects (par exemple de la rigueur). Tout n'est donc pas rejeté dans ce mode d'encadrement.

Chez Mme A. le propos est plus nuancé, l'époque est aussi un peu différente. Le cadre "à l'ancienne" qui est décrit est aussi présent dans le service, avec des amplitudes horaires très fortes, et cette présence se réalise sur les lieux mêmes de l'activité. Le cadre est absolument au fait des situations et des demandes des patients et des familles, et est sur les talons de l'équipe, qu'elle surveille de près (comme le cadre de Mme E.).

Le jugement là aussi est nuancé : certes ce n'est pas agréable d'avoir quelqu'un sur son dos en permanence, mais c'était aussi une ressource dans la gestion des relations, un appui pour l'équipe. Le "nouveau" cadre est décrit comme pris dans les "papiers", ayant d'abord des préoccupations liées à la "gestion", et de ce fait relativement coupée de l'activité de l'équipe dont elle a du mal à évaluer les pratiques, et éloignée des patients qu'elle ne voit pas. Même si les relations avec elle se passent bien elle ne constitue que faiblement une ressource pour l'équipe. On voit bien l'ambiguïté de la position.

M. A., lui, met en balance le cadre avec qui des difficultés sont survenues, principalement du fait de "manières de faire", et qui semblent liées à des attitudes mal perçues par les brancardiers, de son cadre actuel avec qui une "confiance" peut s'établir, avec qui existe un "respect mutuel".

On est là sur le registre des coopérations possibles ou impossibles, le cadre étant capable ou non d'instituer des rapports de travail positifs ou négatifs, de défiance ou de collaboration franche.

Mme C. et Mme F. témoignent, elles, de pratiques d'encadrement facilitant la parole, permettant de fixer des objectifs de travail et assurant la cohésion de l'équipe. Elles mettent donc en exergue ce qui apparaît comme les signes d'une pratique "équilibrée", renvoyant à l'importance première du rôle de "régulateur" du cadre, c'est-à-dire de garant et de porteur de la règle.

Il est significatif de trouver dans les entretiens des figures opposées de cadres : cette mise en perspective est probablement signifiante et souligne une double ambivalence : dans le positionnement du cadre et dans la façon dont il est perçu. En quelque sorte ces figures doubles et opposées, présentées comme séparées sont aussi constitutives de la position d'encadrement.

Mais les entretiens de Mme G. et de Mme H. apportent un élément supplémentaire à cette analyse.

Une polarisation possible du travail du cadre

Le parcours de Mme H. est révélateur de son intérêt pour les aspects organisationnels sur lesquels elle a déployé des compétences effectives en plusieurs occasions. Ses interventions sur des projets de construction, de déménagements sont nombreuses. Les possibilités laissées à l'aménagement des locaux, la nature des contacts entretenus, l'importance des responsabilités sont mis en avant.

Cette fonction organisatrice est liée à la qualité des liens entretenus avec différentes directions, au fond c'est la coopération directe avec le décideur, la possibilité d'intervenir sur des choix importants qui est le vecteur de l'intérêt et de l'investissement. L'idée d'utilité pour autrui (voir l'exemple de l'aménagement des chambres) et de progrès (participer à la création de nouvelles structures plus modernes, plus adaptées) est au cœur de ce mouvement.

Le cadre ainsi est appréhendé comme celui qui travaille avec la Direction, sur des projets ayant un impact sur la vie de chacun et sur l'organisation du travail. Cela ne signifie pas que les autres dimensions ont été absentes ou minorées dans l'activité de Mme H. mais simplement que l'entretien a été une occasion de donner à voir cette réalité notable du contenu du travail.

Il est également très intéressant de s'apercevoir que la dynamique de plaisir et d'investissement au travail est mise en défaut autour de ces deux aspects constitutifs : d'une part ce sont bien les problèmes d'organisation qui sont évoqués (stigmatisés comme n'avançant pas) et qui génèrent de la lassitude, d'autre part la démobilité est liée au fait de n'avoir pu obtenir le poste de cadre supérieur, poste qui permet à la fois d'établir des liens de coopération directe avec le Directeur et d'être en première ligne sur le plan organisationnel.

Ce sont ainsi les deux "mobiles" essentiels d'un rapport au travail positif qui sont attaqués, ce qui a pour effet (c'est une interprétation de notre part) de tendre à "couper" la personne de son travail.

Pour ce qui est de Mme G. on est spontanément sur un autre versant. Sans venir encore sur le conflit il apparaît que l'ensemble de l'entretien valorise le lien entre l'équipe et le cadre. L'aspect organisationnel auquel il est fait référence concerne les plannings et est décrit en quelque sorte comme un "pensum", une tâche certes nécessaire mais qui vient dévorer le temps et n'apporter aucune plus-value.

A l'inverse la valeur et la richesse de la fonction sont associées à deux aspects centraux : établir une relation de confiance et d'échange avec l'équipe (par exemple laisser les infirmiers définir eux-mêmes la répartition de la charge de travail et les considérer ainsi comme adultes), développer ce qui relève de l'animation et de projets nouveaux.

Si pour Mme H. le "point de mire" semble être le fonctionnement institutionnel, pour Mme G. l'orientation se situe vers la relation de soin. Ces deux "attitudes" ne sont pas exclusives, bien entendu, chez l'une et l'autre mais fonctionnent plutôt comme des polarisations du sens. Par ailleurs elles sont en elles-mêmes complémentaires et viennent illustrer le large champ de mise en œuvre de la fonction de cadre.

Un conflit signifiant

L'entretien de Mme G. est centré sur un conflit avec un médecin, une opposition forte décrite avec des mots très durs et qui a un impact très lourd à la fois sur le fonctionnement du service, sur la vie quotidienne, sur la santé même de Mme G.

Dans ce qui est avancé, et nous n'allons pas tout reprendre, il est important de signaler que les difficultés relationnelles, au-delà des questions de personnalité, s'inscrivent dans un mouvement qui apparaît de la part du médecin comme un mouvement d'évitement de la complexité du travail. Dans le discours de Mme G. l'usage de la psychothérapie institutionnelle est vécu non pas comme une méthode de travail, critiquable ou non, mais comme une idéologie dont la fonction est d'éviter la confrontation à la réalité (en l'occurrence l'état réel des patients).

Analyse 4

De même les modes de communication flous et incertains, le défaut de positionnement dans les consignes peuvent être lus de deux manières :

- C'est un mode de communication pervers, permettant de prendre en défaut celui ou celle à qui l'on s'adresse, laissant dans le doute son interlocuteur, faisant porter sur lui une tension permanente. En fonction des évènements il sera toujours loisible de dire « il fallait » ou « il ne fallait pas » (ici : laisser sortir le patient). Ce type de libellé a un double avantage : il culpabilise et fragilise celui qui le porte, il protège celui qui l'émet. C'est pour cela que l'on retrouve très fréquemment cette stratégie langagière dans les cas de conflit ou de harcèlement. De plus elle permet l'allusion, le double sens, elle jette un trouble dans la signification (l'interlocuteur en ressent l'intention et de plus risque de projeter ses propres incertitudes dans l'espace ainsi créé). Les pervers ne sont pas les seuls à utiliser ces mécanismes, les hystériques en sont friands. En fait ils sont assez largement usités.

- C'est une incapacité à affronter une situation professionnelle, à s'engager et à s'exposer dans le cadre d'une prise de décision (ce qui est une marque d'immaturation, voire de puérilité). La personne en ce sens refuse la responsabilité, c'est-à-dire refuse de se trouver dans une position où elle va devoir répondre de ses actes. Pour cela elle va esquiver la décision ou encore mal délimiter la portée de son action, ses limites spécifiques. Elle brouille les règles du jeu pour ne pas avoir à assumer ce qu'elle dit et fait.

Il s'agit là soit d'une désassurance fondamentale, d'un manque profond d'assise personnelle qui rend trop dangereux pour la personne le fait d'être évaluée ou appréciée ; soit d'une défense psychique conjoncturelle face à une situation professionnelle pour laquelle elle est incompétente.

Bien entendu les deux niveaux de lecture peuvent se compléter. En ce sens le conflit que relate Mme G. est signifiant : le problème relationnel et le caractère irrationnel, insaisissable, de l'opposition seraient à comprendre comme la conséquence quasi-inévitable d'une démarche d'évitement des positionnements exigés par le travail de la part du médecin. Nous n'avons pas à nous prononcer sur la véracité de cette hypothèse. L'expérience de Mme G. nous montre en tout cas comment, prise dans cette problématique, elle tente de développer des parades.

Un ressenti de Mme G. est également révélateur, il est identique à celui de M. B. (deuxième partie) : la hiérarchie a tendance à "donner raison" à la personne qui a le grade ou la fonction considérée comme la plus élevée. Selon cette lecture de la réalité, si un "choix" doit être fait il sera a priori favorable à une des parties prenantes du conflit, quitte à constituer un déni de justice. Il n'est pas question ici de prendre position, de dire si cela est dans l'absolu une vérité ou non. Mais c'est l'indice d'un hiatus entre agents (cadres y compris) et directions, c'est l'indice du sentiment que l'institution est d'abord préoccupée par son auto-protection et qu'elle préfère parfois un silence malsain à un bruit salutaire.

Tous ces éléments ne se retrouvent pas dans l'entretien de Mme H. Pour autant il est à peu près évident dans ce qu'elle dit que la qualité du travail, de l'investissement sont liés à la nature des relations établies avec les directeurs successifs. On est semblé-t-il ici dans une distribution aléatoire des réussites et des échecs des relations professionnelles.

De manière générale on peut avancer que lorsque les ajustements, les modes de coopération ne se mettent pas spontanément en place, lorsque les intérêts mutuels tacites ne se croisent pas, alors on assiste à une dégradation du lien qui peut dans ses formes aiguës se transformer en conflit et dans ses formes de faible intensité se muer en retrait. Cette configuration, relativement commune, semble provenir en premier lieu d'une incapacité à formuler règles de travail et objectifs prioritaires. Le subjectif ici est articulé aux modes objectifs de gestion de la relation de travail.

Si l'on est dans une appréhension clarifiée et partagée du contenu des fonctions, dans l'expression assumée des choix organisationnels et liés à la prise en charge, dans l'objectivation des modalités d'évaluation des pratiques et de l'atteinte des objectifs du service alors il ne restera que peu de prises à l'avènement d'une souffrance qui ne soit pas élaborable sur le lieu même du travail.

Cela implique une double exigence : la professionnalisation des modes d'exercice des responsabilités managériales, la remise en cause des pratiques et des représentations au regard des attendus ainsi explicités.

Trois remarques en guise de conclusion

Le besoin de reconnaissance n'est pas l'apanage des agents, les cadres l'éprouvent aussi ! Cela va sans dire mais va peut-être mieux en le disant. En tout cas les deux entretiens le montrent sans embage.

C'est bien la déception liée au manque de reconnaissance qui démotive Mme H. C'est bien la reconnaissance par son équipe qui permet à Mme G. de ne pas sombrer dans la dépression. D'ailleurs cette reconnaissance n'est-elle pas associée au fait que Mme G. envisage comme étant de son devoir de "protéger" l'équipe, de lui servir en quelque sorte de garde-fou ou de pare-feu ? Au risque bien sûr de s'y brûler.

Il est important de relever que les deux cadres ont des problèmes de santé. Il n'y a pas de conclusion formelle à tirer de cela mais il semble difficile de ne pas faire le lien avec ce qui est vécu dans les situations de travail.

Même si on est sur un registre différent il faut rappeler que dans la première partie les trois personnes (deux aides-soignantes et une IDE) avaient mis en avant la fatigue et l'usure corporelle, d'ailleurs dans des rapports complexes avec l'usure mentale. A cela on doit ajouter que dans la deuxième partie il est fait mention très clairement deux fois de pénibilité physique avec des conséquences significatives.

Ces éléments doivent inciter assez sérieusement à investir de manière précise d'une part les atteintes à la santé et à l'intégrité corporelle liées directement à l'activité de travail et d'autre part à explorer les liens entre souffrance psychologique (dans ses diverses acceptions) et souffrance corporelle. Il y a beaucoup à apprendre d'un éclairage mutuel de ces deux réalités.

L'incapacité à produire du changement est un motif sérieux de résignation, d'amertume et d'usure. C'est ce que l'on peut retirer de différentes remarques faites au cours des entretiens. C'est également ce qui ressort des propos de M. B. On se fait petit à petit à l'idée que les bonnes volontés ne sont pas forcément encouragées, et même que l'inertie et l'immobilisme sont plus forts que le désir d'investissement et l'envie d'expérimentation.

CONCLUSION

Le premier enseignement des "portraits" est finalement la richesse et la complexité des expériences de vie au travail, ici très partiellement relatées. On a beaucoup à apprendre de ce qui est dit sur le travail ! Cet éclairage est en tout cas une dimension centrale pour saisir les changements en cours.

Les dimensions structurantes du rapport au travail

Si par essence chaque individu développe un rapport au travail singulier il n'en demeure pas moins que des axes transversaux apparaissent. Ils traversent tous les entretiens et ont commencé à être dégagés lors des analyses des différentes parties.

Ces axes transversaux semblent fonctionner comme autant "d'organiseurs" du rapport au travail, qui viennent inscrire l'individu dans son activité ou au contraire le couper de son travail. Selon la manière dont ils sont mis en œuvre ils permettent au sujet de se réapproprier sa propre expérience ou à l'inverse le laissent étranger à ce qu'il fait. Ce n'est pas en eux-mêmes un contexte idéal ou des conditions idylliques (ce qui n'a pas de sens) qui semblent construire un rapport positif au travail ou au métier. C'est plutôt la dynamique des rapports qui offrent ou non l'opportunité aux professionnels de créer un lien fécond au travail. De ce fait on n'est pas dans une approche venant décrypter les pré-requis assurant une certaine "qualité de vie au travail". Sans vouloir développer plus avant cette perspective, elle nous semble plus adaptée à la prise en compte de la dimension forcément subjective du rapport au travail. Ce sont d'abord les sujets eux-mêmes qui sont les acteurs de ce qu'ils vivent.

Quels sont ces "organiseurs" autour desquels se structure le rapport au travail ? Nous en avons distingué ici quelques-uns dont le rôle semble crucial.

La régulation

Pour bien saisir ce que l'on entend par là il faut revenir à la notion de règle : la régulation est l'usage pertinent et raisonné de la règle au sein d'un cadre de travail prédéfini. Une des fonctions de la règle est de proposer un outil partagé et de créer une médiation entre l'individu et son travail : elle clarifie les responsabilités, définit les modalités de l'activité et évite les divers "arrangements" qui peuvent survenir à de multiples occasions. La règle structure l'activité et permet la cohérence de l'action de chacun avec celle des autres. La régulation est alors l'action qui tend à faire vivre la règle. Ce qui souligne qu'il ne peut y avoir de régulation sans qu'intervienne en bout de processus une forme d'arbitrage, la mise en œuvre d'une décision prise.

Sans réelle régulation des problèmes apparaissent, on l'a vu dans les entretiens, notamment lors de ces temps spécifiques que sont les situations problèmes. On en trouve des exemples dans la première partie principalement, mais on pourrait en identifier ailleurs facilement. Ces situations problèmes sont ces occasions où la réalisation du travail demande un débat relatif à une décision à prendre. L'absence de régulation, l'absence d'arbitrage fait que ce sont sur les collectifs, ou les individus, que reposent les décisions et les responsabilités (voir en particulier l'exemple de la patiente radioactive).

Ce déficit de régulation peut avoir pour conséquences à la longue une démobilisation, un retrait, une forme de résignation ("rien ne changera jamais") mais aussi un éclatement de l'équipe en "clans", chacun travaillant à sa façon, et parfois cherchant à masquer aux autres la manière dont il s'y prend.

Les conflits sont également un exemple très clair d'une difficulté à ce niveau et ce de deux manières : par le fait que l'absence de régulation a pour conséquence quasi-inévitable de générer à terme des conflits inter-personnels (qui en plus de focaliser l'attention sur autre chose que le travail vont absorber une énergie considérable et provoquer parfois des dégâts très lourds), et parce que les conflits existants ne trouvant pas de résolution claire prennent dans la durée des proportions indues.

On aurait pu citer également toutes les pratiques qui ne sont pas conformes aux règles établies (de la prescription par téléphone à des transgressions plus graves) dans lesquelles sont impliqués des personnels soignants qui se retrouvent dans des positions très difficiles, car subjectivement contradictoires. L'absence de régulation constitue une porte ouverte à tous les dérapages et glissements éthiques.

On peut le remarquer de la même façon lorsque des pratiques notamment d'encadrement jouent sur un registre affectif ou à l'inverse sur un formalisme excessif (où la forme devient plus importante que le fond). Dans un cas comme dans l'autre le dénominateur commun est l'évitement de la complexité, de la responsabilité et des contraintes que comprend la définition et l'application d'une règle. Sans développer tout ceci on comprend bien que si on gère une équipe par de l'affectif (par exemple en usant du sentiment de culpabilité du personnel vis-à-vis des personnes âgées pour faire absorber la charge de travail, ou en suscitant des différences au sein d'une équipe) cela ne peut qu'avoir des conséquences sur le rapport au travail de chacun.

L'ensemble des contributions indiquent l'impact des modes de régulation non seulement dans le temps immédiat mais également dans la durée, et désignent clairement en quoi ils vont venir structurer/déstructurer le rapport au travail.

La circulation des savoirs

Cette thématique circonscrit ce qui relève de la discussion, du dialogue et de la possibilité pour une parole sur le travail de s'exprimer et d'être entendue. Dans les situations où des paroles s'échangent et se confrontent dans les équipes il est possible de négocier, mais aussi d'argumenter une position, ou encore de dire ce que l'on ne sait pas faire ou n'a pas su faire, ou encore d'ajuster la charge de travail. Ce type de circulation apparaît très clairement dans l'entretien de Mme A. Elle est là horizontale, puisqu'elle fonctionne entre pairs. Dans d'autres cas elle est aussi verticale, c'est-à-dire qu'elle implique la hiérarchie. Dans les cas extrêmes elle n'est ni l'un ni l'autre et alors l'individu est isolé dans son travail. La circulation des savoirs est-elle aléatoire : existant ici, n'existant pas là en fonction du brassage de personnalités réalisé dans chaque lieu ? Ce n'est pas ce qui transparaît à la lecture des entretiens. En effet plusieurs dimensions viennent faciliter ou bloquer cette possibilité de l'échange :

- L'organisation du travail : si les réunions de service sont l'occasion de venir sur le travail, si les modes de prise en charge sont explicités clairement, si une capitalisation existe cela a un impact favorable.

- Le partage des valeurs et des formes d'engagement au travail facilite grandement une reconnaissance réciproque qui débouche alors sur une confiance.

- La capacité à affronter les difficultés et éventuellement la souffrance liée au travail. Si les défenses psychologiques prennent le pas, si la préservation de soi devient prépondérante alors la circulation d'une parole au travail va tendre inéluctablement à se tarir.

Conclusion

- La reconnaissance du fait que chaque professionnel est porteur d'une parole légitime. Si certains "savent" (et "savent" en toutes occasions, dans une illusion de maîtrise de la réalité) les autres seront mécaniquement rejetés dans une position d'exécutants, de qui il n'y a rien à apprendre.

- Le sentiment de posséder un savoir à partager.

- Le désir d'apprendre de ceux qui sont nouveaux dans l'équipe ou dans le métier.

Notons que la circulation des savoirs se réalise d'abord dans le fait de faire face ensemble à des situations problématiques : c'est à l'occasion d'un événement, du retour sur cet événement que les savoirs se croisent. C'est essentiellement dans l'action que le savoir circule. Cette possibilité de l'échange implique évidemment assez de souplesse (et donc d'assurance) pour reconnaître une ignorance, ou encore pour accepter de confronter son point de vue à d'autres perspectives. Cela peut sembler moins confortable qu'un fonctionnement routinier où l'habitude reste la première référence.

La thématique de la transmission est un sous-ensemble de la question de la circulation des savoirs. Il apparaît à peu près évident qu'elle sera plus facilement vidée de tout contenu dans des lieux sans mémoire, sans traces (ne seraient-ce qu'informelles) de l'histoire (des patients, du service, de l'organisation...). En revanche lorsqu'on réunit les deux conditions d'une parole sur le travail et d'une mémoire vivante la transmission prend tout son sens.

Elle est alors déterminante dans l'inscription dans le lieu et dans l'inscription liée au métier. Sans transmission l'appartenance va être plus difficile à construire.

Les modalités de fonctionnement du collectif de travail

L'équipe est un des grands déterminants du rapport au travail. Selon que le collectif est morcelé, solidaire, uniformisant, le lien à l'activité est foncièrement différent. Tous les entretiens ou presque évoquent cette question. Peut-être parce que le travail c'est aussi le fait de vivre avec d'autres personnes. Les modes de fonctionnement des équipes, l'existence d'une relation de confiance entre les personnels, les coopérations établies entre les professionnels de catégories différentes sont déterminants dans les possibilités laissées à chacun de gérer son rapport à l'activité. Non seulement l'équipe apparaît comme une protection, mais elle est aussi le lieu du plaisir, le lieu où l'on peut trouver de l'appui, de la reconnaissance, le lieu où l'on peut partager le poids du travail et les responsabilités...

Cela doit d'ailleurs amener à être attentif aux professionnels qui se retrouvent seuls sans pouvoir partager avec des pairs les doutes et les soucis qui émaillent la pratique quotidienne. On peut penser immédiatement à des personnels d'encadrement mais d'autres sont également concernés. On ne construit pas son rapport au travail tout seul. On le fait avec les autres. Un lien au travail et au métier positif passe par un fonctionnement valorisant du collectif, et aussi par une reconnaissance entre collègues. Comme on l'a vu plus haut il n'est possible que lorsque l'on partage à la fois des conceptions du travail et un même mode d'engagement de soi.

Le lien au patient, et la distance

C'est en fine là que se joue le sens de l'activité. Le propre d'une pratique soignante est de s'adresser à quelqu'un, et de s'exposer aussi à la souffrance de quelqu'un.

Trois remarques peuvent être faites à ce propos suite aux entretiens :

- Les professionnels signalent comme une donnée déterminante la possibilité de pouvoir exercer leur activité auprès d'un public avec qui ils peuvent travailler, c'est-à-dire avec qui ils ont une réelle proximité. Encore que cela ne soit pas joué une fois pour toutes : en fonction de ce que l'on vit par ailleurs, en fonction de la période de la vie dans laquelle on est des choix différents peuvent être faits.

A noter la distinction, signifiante, qui apparaît entre d'un côté la gériatrie et la psychiatrie et de l'autre les services dits "généralistes". Les premiers revendiquent une prise en charge "globale" de la personne, résident ou patient, qu'ils opposent à ce qui serait une approche souvent limitée à la "pathologie" des seconds.

- L'établissement d'une relation n'est pas confrontation permanente à la souffrance d'autrui. Le lien, complexe, parfois contradictoire, fait d'attachement et de distance est l'ombilic du sens. Faire des toilettes à la chaîne, ne pas pouvoir discuter c'est aussi créer une frustration, avoir le sentiment que l'on n'apporte pas tout ce qu'il faudrait. C'est aussi parfois toucher du doigt l'écart entre ce que propose le service et/ou l'institution et ce qu'il serait souhaitable, voire nécessaire de mettre en œuvre.

Par ailleurs on peut rajouter que la connaissance précise des pathologies et de leurs conséquences comportementales est, en gériatrie et psychiatrie notamment, un élément essentiel permettant de mieux saisir des attitudes et des réactions des patients. Ainsi, par exemple, la connaissance de la maladie d'Alzheimer peut être pour les soignants un outil déterminant pour mieux positionner leurs pratiques.

- La "bonne" distance, entre indifférence et identification est travaillée empiriquement par les professionnels. Cela est tout de même problématique car on a le sentiment que cette dimension (comme le rapport à la famille) n'est pas outillée mais élaborée au gré du temps. Évidemment cette bonne distance ne relève pas de techniques à proprement parler, et s'appuie pour partie sur le fonctionnement du collectif (on peut parfois se décharger d'un contact jugé trop pesant, un tiers vient spontanément mettre de la distance entre le professionnel et tel patient...).

L'organisateur du rapport au travail est ici le lien entre soi et le "soigné", soigné qui peut être trop violemment proche (pour une mère de famille un enfant atteint d'une maladie grave), ou trop étranger. Établir la bonne distance à l'autre (en fonction des moments, de l'activité réalisée, de la pathologie, de ce qui se passe dans sa propre vie...) demande une grande maturité. Le fait de devoir parfois se confronter à des situations que l'on n'est pas en capacité de gérer sur le plan émotionnel est problématique. Là aussi le rôle du collectif, comme "médiateur", est déterminant.

Enfin, la distance au patient, est aussi distance au regard de son travail et de ses responsabilités. Nous prendrons un exemple qui n'est pas tiré des entretiens. Le manque de moyens matériels et humains amène parfois les personnels à éprouver un sentiment de culpabilité vis-à-vis des patients et de leur famille. Ils "prennent sur eux" pour tenter de combler l'écart entre ce que l'organisation permet de faire et ce qu'il faudrait faire (du moins à leurs yeux). Ils font ainsi face à la fois à une intensité du travail notable et à un sentiment de mise en défaut. Le rapport au travail est ainsi "vicié", et au fond n'est que le symptôme de dysfonctionnements autres.

Le sentiment d'avoir "prise" sur sa situation

Est-on objet de ce qui se passe au travail, en subissant ce que l'on y vit ou au contraire, est-on acteur de ce que l'on fait tous les jours? C'est là un autre organisateur central du rapport au travail. Si nous parlons de "sentiment" c'est qu'au fond la question de l'objectivité n'est pas de mise ici, c'est la réalité psychologique du sujet qui compte.

Dans les entretiens trois éléments viennent mettre en exergue cette impression d'être dessaisi de son travail, qui renvoient à une problématique de l'impuissance et de la désappropriation :

- le fait d'être arbitrairement victime de harcèlement ou en tout cas d'agressions sans avoir de réel recours,
- le manque de reconnaissance et de considération (exprimé à divers niveaux),
- l'impossibilité de faire évoluer l'organisation du travail.

A l'inverse il y a une élaboration et une appropriation lorsque se mettent en place des processus de transmission du savoir, ou encore lorsqu'est retravaillée en commun une question difficile, ou encore lorsqu'un avis est pris en compte...

Conclusion

Dans cette perspective tous les éléments qui permettent d'éclairer, de comprendre un contexte professionnel concourent à son appropriation et à la possibilité d'agir sur lui et constituent un appui à la construction d'un rapport positif au travail.

La possibilité d'avoir une prise sur son devenir

On pourrait presque dire que le rapport au travail est déterminé par les modes d'ajustement autour de ces quelques axes : L'équipe fonctionne-t-elle bien ? L'encadrement écoute-t-il ? Le patient est-il celui que l'on a choisi ? A-t-on une prise sur son avenir ?

Cette dernière question est ainsi un des points clés. Des parcours tout à fait divers sont exprimés dans les portraits. On voit, pour ceux qui ont le plus d'expérience que ces parcours ne sont jamais le fruit du hasard mais expriment une réalité du sujet : notre parcours parle de nous. Le rapport au travail s'inscrit dans l'économie globale de la vie. Les arbitrages qui sont faits le sont dans une perspective d'ensemble : horaires, proximité du domicile, sécurité de l'emploi...

En ce sens la possibilité d'avoir le choix, de pouvoir exercer une mobilité, ou d'acquérir de nouvelles compétences, ou encore de trouver une stabilité et un équilibre sont essentiels. Sans ce jeu possible dans la trajectoire on aboutit vite à des situations invivables où le professionnel va s'user jusqu'à ce qu'un fil rompe, que le lien au travail se casse, et qu'il change de secteur et d'orientation professionnelle ou s'engue dans la résignation. Quand on a trop été exposé, quand on a trop souffert il y a des choses que l'on n'acceptera plus, des compromis que l'on ne fera pas...

Si l'on n'est plus acteur de son propre parcours, ou si l'on pense que celui-ci est achevé, ce qui reste à venir n'étant alors perçu que comme la répétition du présent, il y a de fortes probabilités qu'adviennent toute une série de difficultés. Quand le travail ne fait plus expérience, quand il n'est plus confrontation à l'inédit, il a toutes les chances de devenir facteur d'atteinte à la santé.

Quels enseignements en tirer du point de vue de la formation ?

Nous avons vu en cours de route combien la formation pouvait être un outil puissant dans l'évolution des trajectoires individuelles.

Dans les éléments de réflexion permis par les "portraits" deux niveaux sont à prendre en compte : les principes relatifs à la formation et les contenus proprement dits.

Principes

- Articuler les savoirs nouveaux à l'expérience acquise. Cela ne signifie en aucune manière que l'expérience acquise est toujours à entériner. Au contraire elle peut être porteuse de vues fausses, ou de considérations erronées. Mais si on ne fait pas le détour par leur mise en mot et leur confrontation aux savoirs nouveaux on ne modifiera jamais les savoirs que l'on voulait faire évoluer.

- Intégrer une approche du travail réel dans les démarches pédagogiques, afin de mieux associer réalité de l'activité, conditions concrètes et outils, techniques ou pratiques proposés.

- Privilégier ce qui permet de modifier des pratiques et des modes de fonctionnement au niveau le plus pertinent : c'est-à-dire celui de l'équipe. En ce sens les formations réalisées directement avec les équipes ont un impact plus important sur les actes quotidiens.

- Consolider une logique de démultiplication de l'impact des formations. On est dans la même perspective que ci-dessus. Deux moyens peuvent y contribuer : outiller l'encadrement de critères de bonne gestion des équipes et développer les formations-actions permettant un aller-retour entre situation de travail et situation de formation.

- Favoriser une réflexion régulière sur le projet professionnel, sans attendre d'être soit dans l'usure soit dans une situation de crise. Faire le point sur ses compétences, anticiper l'évolution de son trajet professionnel est une donnée déterminante d'une part dans la maturation de sa réflexion, mais également du point de vue de l'organisation quant à l'appréciation des possibilités de mobilité.

Contenus

La lecture des entretiens donne en elle-même une première approche de contenus à développer :

- Développer les éléments de connaissance du contexte. Par contexte il faut entendre l'ensemble des données constitutives de l'environnement de travail : des pathologies aux moyens matériels, à l'organisation de l'hôpital...

- Favoriser la construction des outils de la régulation. Cela peut se traduire par la professionnalisation des modes de management et l'appui à la construction d'outils techniques relatifs à l'évaluation, la construction d'objectifs, la gestion des situations conflictuelles et les outils de l'échange...

- Permettre la capitalisation de l'expérience des Infirmiers en Soins Psychiatriques afin d'en faciliter la transmission. On serait dans un mode innovant de formation puisque, avant de transmettre un savoir, il s'agirait de le formaliser en s'appuyant sur les savoirs d'expérience déjà existants.

- Donner plus largement la possibilité aux agents de prendre du recul par rapport à leurs pratiques ou leur vécu au travail (le but étant qu'ils comprennent mieux les enjeux de leur rapport au travail).

- Avancer sur l'amélioration des conditions de travail (non pas uniquement du point de vue des bonnes pratiques mais aussi en intégrant ce qui relève de l'organisation du travail). On a pu apprécier le poids de cette thématique. Il y a là probablement des enjeux liés aux modalités de travail mais également à l'évaluation des risques professionnels.

Ces quelques remarques mettent en avant l'importance d'une ingénierie de la formation adaptée à la multiplicité des situations rencontrées et l'intégration dans tout projet pédagogique du souci de l'articulation de l'expérience au cadre organisationnel. En ce sens la formation serait complètement un outil de cohésion des établissements, d'inscription durable des individus dans les métiers de la santé, de promotion et de développement des professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

Les guides et sites spécialisés

1. GUIDE DU CHSCT (Comité d'hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail)
Code du travail art. L236-2
Circulaire DH/8D n° 311 du 8.12.89
Version 2003-ANFH Centre de d'Information et de Communication
Site Internet : www.anfh.asso.fr
2. CATALOGUE DES EDITIONS DU RESEAU ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail)
4 Quai des Etroits - 69321 Lyon cedex 05
Tél : 04.72.56.13.13 - Fax : 04.78.37.96.90
e-mail : anact@anact.fr
Site Internet : www.anact.fr
3. ASSEMBLEE NATIONALE - Constitution du 4 octobre 1958 - Douzième législature
Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 avril 2004
RAPPORT D'INFORMATION
Déposé en application de l'article 145 du Règlement
PAR LA MISSION D'INFORMATION COMMUNE SUR L'ÉVALUATION DES CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES DE LA LÉGISLATION SUR LE TEMPS DE TRAVAIL
<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i1544-t1.asp>

Les dossiers et articles des revues spécialisées

QUALITÉ DE VIE

1. Isabelle Moreau et Frédéric Rey
Le pari du bien-être au travail
Magazine Liaisons sociales n° 52 mai 2004, p16-18

SANTÉ ET SÉCURITÉ

2. Isabelle Moreau et Frédéric Rey
Prévenir l'usure
Magazine Liaisons sociales n° 52 mai 2004, p19-22

TEMPS DE TRAVAIL

3. Isabelle Moreau et Frédéric Rey
Concilier boulot et vie privée
Magazine Liaisons sociales n° 52 mai 2004, p23-25

SONDAGE

4. Jean-Paul COULANGE
Priorité aux conditions de travail
Magazine Liaisons sociales n° 52 mai 2004, p26-29



ANFH Bourgogne

14, rue Nodot
21000 Dijon
tél.: 03 80 41 25 54
bourgogne@anfh.asso.fr



ANFH Franche-Comté

15, rue de la République
B.P. 269
25016 Besançon cedex
tél.: 03 81 82 00 32
franchecomte@anfh.asso.fr



CATEIS

46 bd Longchamp
13001 Marseille
Tél. : 04 91 62 74 09
Fax : 04 91 62 72 45
e-mail : cateis@wanadoo.fr