

SESSION THÉMATIQUE VI ANALYSE DU TRAVAIL, ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ET SANTÉ

Liste des communications

- ▶ **Michaël Paquin, Jean-Michel Schweitzer** - *Prévention dans les Centres de Relation Clients à Distance : pistes pour agir sur l'organisation du travail*
(Aract Lorraine, Metz, F),
- ▶ **Aurélié Duveau, Barbara Houbre, Nicole Majery, Cyril Tarquinio, Michel Tragno** - *Logique de métier, souffrance au travail : styles et genres professionnels dans l'émergence des TMS, première approche*
(Université de Metz / Cnam Lorraine, F),
- ▶ **Yves Clot, Katia Kostulski, Malika Litim** - *Activité empêchée et amputation du sens du travail : conséquences sur la santé. L'exemple d'un service de gériatrie*
(Cnam, Paris, F),
- ▶ **Jean-Daniel Giovannini, Laurent Muller, Élisabeth Spitz** - *Épuisement professionnel chez le personnel soignant*
(Université de Metz, F).

SESSION THÉMATIQUE VI

//

Prévention dans les Centres de Relation Client à Distance :
pistes pour agir sur l'organisation du travail //

Michaël Paquin, psychologue du travail,

Jean-Michel Schweitzer, ergonomiste,

ARACT Lorraine
24 rue du Palais
57000 Metz
m.paquin@anact.fr
jm.schweitzer@anact.fr

> **Mots clés :** analyse du travail ; centres de relations clients à distance ; organisation du travail ; participation ; prévention, santé.

4000 emplois ont été créés en région lorraine pour le secteur d'activité de la relation client à distance. Ces entreprises intéressent tout particulièrement certains acteurs de la prévention : la continuité de cette expansion serait aussi liée à la capacité à faire évoluer les conditions de travail des salariés.

13 cas d'entreprises pour 3 regards combinés

Les auteurs s'appuient sur les résultats de l'étude "Conditions de travail et santé au travail dans les centres d'appels téléphoniques lorrains". Conduite pour le compte de la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, elle a été réalisée auprès d'un panel de 13 entreprises de la région. L'effectif concerné varie de 10 à 500 salariés. Trois approches ont été combinées sur trois objets complémentaires : médical, juridique et organisationnel.

Ces approches ont été conduites par des professionnels spécialisés :

- **Le Médecin Inspecteur Régional du Travail** a traité de l'évaluation globale de la santé des salariés. Par le biais d'un questionnaire et d'un entretien, celui-ci a suscité puis rassemblé les évaluations des Médecins du Travail en charge du suivi de la santé des salariés de chacune des entreprises.
- **Un chercheur du Centre d'Étude et de Recherche de l'Institut Régional du Travail** de Nancy a procédé à une analyse juridique de la situation de chacune des entreprises. Cette approche s'est appuyée sur les dossiers constitués ou non par l'Inspection du Travail.
- **Des intervenants de l'Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail** : sociologue, ergonome et psychologue du travail ont conduit des investigations visant à évaluer de façon contradictoire les conditions de travail. Trois rendez-vous ont permis de recueillir sur site : les représentants de la direction (direction de site ou RH), les représentants du personnel (CHSCT, DP ou DU), groupe de travail (1 chef d'équipe et 2 salariés de parcours différents). Une visite a été réalisée ; si besoin, des pièces écrites ont été recueillies (PV de CHSCT, Document Unique).

Par ailleurs, les auteurs interviennent sur le sujet de la prévention, de la préservation de la santé au travail et de son intégration dans les choix et les évolutions organisationnelles d'entreprises de toutes formes d'activités.

Les CRCD : une réalité plurielle

Un des résultats des investigations en entreprises montre le besoin fort d'une différenciation des cas. Le vocable "centre d'appels, hot line..." est impropre à la désignation de l'ensemble des entreprises que nous appellerons communément "Centres de Relation Client à Distance (CRCD)". Il existe des déterminants de l'organisation générale des CRCD ; les principaux étant : le contexte (histoire, géographie, appartenance à un groupe, position fonctionnelle), le client (grand public, professionnel), le donneur d'ordre (marque externe, service interne) et la nature des activités (conseil, vente, gestion, hot line...).

Selon ces déterminants, des choix ont été posés en matière d'organisation du travail. Organisation : du service au client (ouverture, formalités, délais, contenu), de la production (systèmes techniques, couplage téléphonie-informatique, mesure du résultat, règles et usages d'utilisation), du management (constitution des équipes, contrôle et notation, formation, régulation, répartition géographique des compétences), du temps de travail, des espaces de travail (architecture, mobiliers, répartition, etc.).

Centre interne - centre externe, deux conclusions intermédiaires s'imposent :

- Chaque CRCD se caractérise par un ou plusieurs cœurs de métier. D'une manière générale, le métier des salariés est plutôt proche de celui du donneur d'ordre lorsque le centre est interne (banquier, assureur, publicitaire, etc.). Lorsque le centre est externe, le métier fait plutôt référence à sa spécificité technique, celle de la "télé-relation" (télé-conseiller, télé-acteur, etc.).
- Les CRCD ont des marges de manœuvre contrastées pour le choix de leurs organisations du travail, selon leur position face au(x) donneur(s) d'ordres. Relativement par rapport aux centres externes, les centres internes disposent globalement de ressources plus importantes au bénéfice de meilleures conditions de travail : itinéraires professionnels facilités par la perméabilité des services, implication subjective liée à un objet social chargé de sens, conception évolutive du couplage téléphonie-informatique, critères d'efficacité, etc.

Ce faisant, il convient d'aborder les conditions de travail selon le cœur de métier de chaque centre, plutôt que par le biais univoque du couplage téléphonie-informatique. Cela crée une disposition favorable à agir sur des caractéristiques propres à chaque entreprise (culture, métier, objectifs, outils, populations, etc.).

La santé comme résultante de choix organisationnels

Les médecins du travail repèrent le stress comme la première cause de problèmes de santé des salariés : troubles digestifs et symptômes anxio-dépressifs. Ils constatent peu de doléances visuelles, auditives ou rhumatologiques. Trois causes principales du stress sont exprimées par les salariés aux médecins : le contrôle, l'objectif de rendement et la valeur reconnue du travail. Il n'est pas simple de réaliser un synoptique des liens : organisation du travail - conditions de réalisation du travail - santé des salariés. Cela induirait une étude spécifique auprès d'un échantillon plus large pour chacune des configurations. Nous montrons cependant que les effets sur la santé sont pour une large part le résultat d'expositions à des conditions de réalisation du travail. Les choix en matière d'organisation apparaissent alors comme un axe fort (mais nuancé selon les contextes) de préservation et de construction de la santé.

Dans ce centre externe, des salariés, assujettis à des astreintes temporelles jugées "fortes" et mesurées continuellement et individuellement, pointent une perte de temps et une charge mentale liée à une mauvaise utilité de l'interface informatique (icônes non distinctes sur le logiciel de suivi des contrats clients). Le développement de ce logiciel est de la compétence du donneur d'ordres ; il n'est donc pas simple d'en faire des modifications. Pour les salariés, c'est un dysfonctionnement qui compromet leurs objectifs et sur lequel ils ne peuvent pas agir... Pour la direction, les salariés ont des temps improductifs inexplicables.

Dans cette illustration, les choix de propriété et de conception des systèmes techniques et logiciels, associés à une faible connaissance de la direction des difficultés de travail des télé-conseillers, est de nature à produire chez les salariés des manifestations pathologiques et une mise à distance du travail.

Construire une disposition à la prévention

La prévention passe par une conviction des acteurs des CRCD à vouloir agir pour la santé des salariés. Pour cela, la démonstration des liens qui unissent l'organisation du travail et la santé, au travers des conditions de réalisation du travail, reste encore à faire auprès de l'entreprise. Nous constatons qu'il existe des écarts significatifs de représentations liés à une faible disposition à comprendre l'activité des salariés.

Dans ce centre externe, la direction s'est engagée auprès de l'un de ses donneurs d'ordres à réaliser une vente additionnelle. Celle-ci est comptabilisée comme un résultat impactant la notation individuelle du salarié via le logiciel de gestion. Or les salariés expriment une aberration quant à la réalisation de cette vente : lorsque les "22" (entendons les clientes nées en 1922) sont prospectées. En effet, l'objet vendu n'est pas adapté à l'âge de la cliente, de plus les temps de communication, déjà longs pour cette tranche d'âge, sont allongés, ce qui n'augure rien de bon en matière de notation du salarié.

Il n'y a pas eu de régulation hiérarchique suffisante sur ce point et cela produit une tension, à la fois auprès du management et des salariés confrontés à des objectifs contradictoires : faire la vente additionnelle, tenir le temps et fidéliser la cliente. Dans ce cas, le repérage par la hiérarchie de la situation conflictuelle connue et vécue par les salariés, puis sa prise en compte, en intervenant par exemple sur le contrat qui lie l'entreprise au donneur d'ordres, seraient de nature à améliorer les conditions de réalisation du travail.

La compréhension de l'activité n'est pas le seul point de réussite pour installer une action de prévention. L'identification des éléments de l'organisation sur lesquels il est possible d'agir est aussi déterminante pour construire cette prévention. Dans cet autre cas, les représentants du personnel ayant identifié des causes du stress, uniquement dans la relation individuelle du salarié au télé-client, soutiennent naturellement des actions de prévention centrées seulement sur la gestion de "son" stress.

L'action sur l'organisation est conditionnée par l'identification a priori des risques, de leurs causes et des leviers de changement possibles. Ce faisant, cette aptitude de l'entreprise s'acquiert au travers des groupes hétérogènes de discussion rassemblant à la fois des représentants : de la santé, des salariés, des méthodes de production et de la direction. Dans ce cadre, la parole des salariés et du management de proximité est un élément favorable au repérage des difficultés vécues.

La restitution par le médecin du travail à l'entreprise du bilan de santé de la population salariée et des principales hypothèses en matière d'exposition est un autre élément favorable pour soutenir l'action en prévention.

Agir en prévention

Au regard de l'ensemble des CRCD investigués, très peu d'entre eux font valoir une politique spécifique de prévention orientée explicitement vers la préservation de la santé des salariés (par exemple comme étant la résultante de l'évaluation des risques écrite au Document Unique).

Par contre, des centres ont des pratiques dont les effets sont positifs pour la santé des salariés. C'est particulièrement le cas des CRCD internes qui bénéficient d'une antériorité d'au moins 5 années de fonctionnement (mais ces deux conditions ne sont pas suffisantes). Nous proposons d'en retenir quatre principales :

- L'évolution des systèmes d'évaluation vers les compétences réellement mises en œuvre par les salariés et non vers les résultats de flux téléphoniques ou d'opérations techniques.
- La maîtrise, par l'ensemble du collectif de travail dont le management, de soutiens techniques ou hiérarchiques lorsque les relations clients sont de nature à mettre le salarié en difficulté : violences verbales, information indisponible, dysfonctionnement du système technique.
- La participation des salariés à la conception de l'ensemble des ressources utilisées dans le cadre de leur travail : espaces, couplage téléphonie-informatique, supports logiciels, flux des appels, distribution des compétences au regard de la charge prévisible, etc.
- La construction d'un référentiel de métiers favorisant l'acquisition de compétences plus larges que l'habileté de locution. Cela est particulièrement favorisé par des temps de formation hors-ligne, la perméabilité des services et des perspectives d'itinéraires professionnels.

L'action sur l'organisation du travail au bénéfice de la santé est un espace large et ouvert aux CRCD. Elle est possible lorsque les acteurs de l'entreprise identifient, au travers de la compréhension de l'activité des salariés et des données médicales, les mécanismes des expositions. La recherche d'améliorations doit être conduite selon la spécificité de cœur de métier de l'entreprise. La participation des salariés dans cette phase de co-conception de leur travail est un facteur de réussite.

Bibliographie

- > LEROY Y., POUPEL B., SCHEER J.M., SCHWEITZER J.M. (2003) *Étude sur les conditions de travail et la santé au travail dans les Centres d'Appels Téléphoniques Lorrains*. DRTEFP Lorraine.
- > GUÉRIN F. et coll. (1991) *Comprendre le Travail pour le Transformer*. Montrouge : ANACT.
- > DUFAU M., STUHLIK J.B., (2002). *L'Organisation du travail dans les centres d'appels*. ANACT.
- > GROSJEAN V., RIBERT-VAN DE WEERDT C., (2003) *Les Modes de management dans un call center et leurs conséquences sur le bien-être des opérateurs*. Notes scientifiques et techniques N°234 de l'INRS.

SESSION THÉMATIQUE VI

//

Logique de métier, souffrance au travail : styles et genres professionnels dans l'émergence des TMS, première approche //

Aurélie Duveau,

Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université de Metz / Service de Santé au Travail Multisectoriel, Grand-Duché de Luxembourg

Cyril Tarquinio, Barbara Houbre, Michel Tragno,

Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université de Metz

Nicole Majery,

Service de Santé au Travail Multisectoriel, Grand-Duché de Luxembourg

- > Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université de Metz
Ile du Saulcy
57000 Metz
aurelie.duveau@wanadoo.fr
- > Service de Santé au Travail Multisectoriel, Grand-Duché de Luxembourg
32 rue Glesener
1630 Luxembourg
aurelie.duveau@stm.lu

> **Mots clés : troubles musculosquelettiques ; burnout ; estime de soi ; rapport au travail.**

Théorie

Les troubles musculosquelettiques (TMS) sont des états caractérisés par l'inconfort ou une douleur persistante des muscles, tendons et autres tissus mous (Pujol, 1993) ; ces pathologies sont causées ou aggravées par les conditions de travail comme les mouvements répétés, des postures contraignantes, des mouvements en force ou des facteurs psycho-organisationnels, comme le stress, les caractéristiques perçues du travail (Bourgeois & al., 2000). Peu d'études se sont penchées sur l'aspect du vécu du travail, autrement dit sur l'analyse des situations de travail dans l'émergence de ces pathologies professionnelles. L'approche francophone de l'analyse du travail avec d'un côté l'ergonomie (Wisner, 1995 ; Daniellou, 1998) et de l'autre la psychopathologie du travail (Le Guillant, 1984 ; Billard, 1998) a ouvert les portes de l'analyse du travail prescrit et de la souffrance au travail. Ainsi, la clinique de l'activité se centre sur ces deux aspects en soulignant la difficulté méthodologique d'appréhender le vécu de l'activité autour du collectif de travail. Alors, l'appropriation du métier se situe entre les genres professionnels (ce qui est transmissible et partagé avec les pairs) et les styles de l'action (comment chacun s'approprie les genres) (Clot, 1999).

Objectifs

De ce fait, les buts de cette recherche étaient de faire : 1) un état des lieux de la douleur musculosquelettique perçue en termes de supportabilité appréhendée par l'intensité et de fréquence d'apparition au cours des 6 derniers mois et des 7 derniers jours, 2) d'en étudier les déterminants psychosociaux (tels que le rapport au travail, l'épuisement professionnel, les valeurs), 3) et de soulever un questionnement méthodologique d'un point de vue quantitatif pour appréhender l'appropriation du métier au travers des genres et des styles professionnels.

Méthodologie

Pour ce faire, un questionnaire auto-administré a été construit, composé de six échelles : un questionnaire de santé (antécédents médicaux, opérations, changements de poste, arrêts de travail), une échelle de rapport au travail, une mesure de l'estime de soi (échelle d'estime de soi de Rosenberg adaptée au contexte du travail), une mesure de l'épuisement professionnel (MBI, Maslasch & al., 1996) une échelle de valeurs (adapté de Gauchet, Tarquinio & Fischer, 2002) ainsi que des TMS autrement dit de douleurs musculosquelettiques perçues par le salarié en termes de supportabilité (intensité * fréquence) (adapté Kuorinka, & al., 1987 ; Duveau & al., 2003). Cette enquête a été réalisée auprès d'un échantillon de 150 salariés recrutés en médecine du travail.

Résultats escomptés

Les premiers résultats ont montré une forte prévalence de douleurs musculosquelettiques perçues par les salariés au niveau du haut du corps (bas du dos, haut du dos, épaules). Par ailleurs, les données obtenues par l'examen médical réalisé par le médecin est à rapprocher de la douleur musculosquelettique perçue par le salarié. Ainsi, les analyses de régression multiple effectuées tendent à montrer que les douleurs musculosquelettiques perçues peuvent être prédites positivement par un absentéisme, l'épuisement professionnel ; à l'inverse, cette douleur perçue peut être négativement prédite par le rapport au travail (identité, sens, activité, hiérarchie), le soutien social et l'estime de soi professionnelle.

Conclusion

Nos premiers résultats ont permis de montrer que le rapport au travail et à la culture du métier est associé aux douleurs musculosquelettiques perçues par le salarié. Ces premiers résultats ouvrent une piste d'analyse de la souffrance au travail mais la question de l'approche méthodologique sous une approche quantitative du vécu du travail reste soulevée ; en effet, les prochaines recherches se doivent d'appréhender la santé au travail, le rapport au travail sous un angle plus projectif.

Cette étude a essayé de mettre en lien les déterminants psycho-sociaux avec les TMS symptomatiques d'une souffrance au travail dans une approche psychodynamique et de la clinique de l'activité (manque de reconnaissance, sens du travail, stratégies de défenses, appropriation du métier, etc.). Ceci sous-tend l'étude de la promotion de la santé des salariés face aux situations délétères du travail. Ainsi, ce questionnement méthodologique afin d'appréhender le subjectif des situations de travail, en d'autres termes le vécu du travail, permet d'amener le collectif mais aussi le salarié à trouver les ressources pour faire face, s'adapter. D'un point de vue plus pratique, en envisageant cette méthodologie d'intervention en entreprise, le collectif, le salarié devient protagoniste de la réorganisation du travail, de la formation (ou la transmission des compétences ou savoir-faire) et du renforcement du collectif.

Repères bibliographiques :

- > BOURGEOIS F., LEMARCHAND C., HUBAULT F. & al. (2000) *Troubles musculosquelettiques et travail*. Éditions de l'ANACT.
- > CLOT Y. (1999) *La Fonction psychologique du travail*, Paris : PUF.
- > DUVEAU A., LANFRANCHI J.B., TARQUINIO C. (2003) *Impact des facteurs psycho-organisationnels et motivationnels sur la douleur musculosquelettique perçue*. 11ème Congrès de Psychologie de la Santé de Langue Française.
- > KUORINKA I., FORCIER L. (1995) *LATR, les lésions attribuables au travail répétitif*. Éditions Maloine.
- > GAUCHET A., TARQUINIO C., FISCHER G.N. (2002) *Échelle de valeurs et stratégies d'adaptation chez des sujets VIH*. 4^e Congrès International de Psychologie Sociale en Langue Française.
- > MASLACH C., JACKSON S. E. (1996) *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3^e éd. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

SESSION THÉMATIQUE VI

//

Activité empêchée et amputation du sens du travail :
conséquences sur la santé.
L'exemple d'un service de gériatrie //

Yves Clot, professeur des universités,

Katia Kostulski, maître de conférences,

Malika Litim, psychologue du travail, doctorante,

Équipe Clinique de l'Activité
Laboratoire de Psychologie du Travail
Cnam
41 rue Gay Lussac
75005 Paris
clot@cnam.fr
kostul@cnam.fr
malika.litim@wanadoo.fr

> **Mots clés** : logique de métier ; activité ; sens du travail ; santé ; organisation.

Notre communication aura pour objet de proposer une réflexion sur les liens qui peuvent exister entre activité, organisation et sens du travail, en nous appuyant principalement sur l'expérience d'une intervention dans un service de longs et moyens séjours de gériatrie.

Le CHSCT d'un hôpital parisien a commandité à notre équipe une intervention visant la reprise en main et le développement du métier par les soignants en gériatrie, pour lesquels le mal-être et la dégradation des conditions de travail ont pour conséquences de forts taux d'absentéisme, d'accidents du travail, de TMS.

De notre point de vue, la situation semble ne pouvoir évoluer que si nous prenons en compte l'histoire dans laquelle les soignants sont prisonniers, histoire de la gériatrie, de l'hôpital, du service et de son organisation, c'est-à-dire si nous considérons l'histoire comme devant être reprise dans une autre histoire, une histoire en développement. En effet, c'est au regard de cette histoire que nous pouvons appréhender les difficultés face auxquelles chaque soignant se trouve confronté. Cette histoire peut être vue comme la cristallisation, à un moment donné, des compromis qu'il a fallu faire pour pouvoir continuer à faire, permettant à chacun d'être riche du patrimoine commun des manières de faire appropriées. Elle est sans cesse renouvelée par les nouveaux compromis, les plus efficaces, faits par les soignants. Cette histoire est donc vivante, et c'est à cette condition qu'elle est le socle des activités de travail et de leur développement. Or, au cours de notre intervention, nous avons pu constater que cette histoire, que l'on qualifiera "d'histoire maudite", est figée, laissant alors chaque soignant dans l'obligation de réinventer chaque geste, sans garantie qu'il soit efficace ou qu'il soit porteur du sens investi par lui.

Cette histoire maudite empêche alors tout développement du métier, défini comme le cadre nécessaire des activités de travail. En effet, nous considérons le métier comme à l'intersection de quatre dimensions, indissociables et interdépendantes. La dimension impersonnelle se réfère à la tâche, à la procédure. La dimension transpersonnelle renvoie à la manière dont les collectifs de travail réorganisent la tâche, en fonction des contraintes de la situation. La dimension interpersonnelle caractérise le lien interpersonnel construit et sans cesse en construction entre les soignants et leur hiérarchie, leurs collègues, leur institution, leurs patients et leur famille. Enfin, la dimension personnelle représente cette partie de soi qui donne du sens au métier que l'on exerce. Dans la situation considérée, nous avons pu observer que les dimensions impersonnelles et transpersonnelles (que nous pourrions appeler genre professionnel) ne sont pas suffisamment présentes pour entrer en discordance avec les deux autres dimensions. Ainsi, les problèmes de travail ou la relation avec les patients deviennent très vite objets de conflits interpersonnels. De la même façon, la dimension personnelle n'est pas contrainte par les autres dimensions. Dès lors, le soignant se trouve seul dans l'ambivalence tant d'une sollicitude à l'égard des anciens, d'un effroi de la vieillesse et de la mort inéluctable, laissant alors le champ libre à la reprise des stratégies de défense construites et maintenues dans l'histoire de la prise en charge de la personne âgée. De plus, l'organisation du travail, dont l'encadrement est le garant, n'est plus une ressource pour pouvoir faire ce qui est à faire. Elle est plus souvent une contrainte qui ne peut plus prendre en compte le rapport des soignants à leur objet de travail, et se réduit alors à une fonction de mise en place de procédures et de règles sans lien avec le réel.

Une conséquence directe est alors l'impossibilité pour un soignant de transformer son histoire personnelle (qui l'a amené à travailler en gériatrie) en une histoire professionnelle qui oriente, contient, et donne un sens à son activité. Ainsi, nous avons pu observer que ce qui fait problème, c'est le sentiment de ne pas faire du bon travail, c'est être sans cesse dans un grand écart entre ce qu'il faudrait faire et une organisation du travail qui ne le permet pas, c'est ne pas pouvoir mesurer le résultat de son activité individuelle parce qu'elle n'a pas de répondant collectif, c'est s'attacher à répondre aux prescriptions d'un encadrement sans cesse changeant et non plus aux prescriptions du métier. C'est aussi ne plus savoir ce qu'il faut faire, et bien souvent céder à la tentation des réponses défensives.

Chacun est donc individuellement confronté aux impasses d'un métier en souffrance, d'une organisation du travail "déréalisée", d'un collectif de travail qui se réduit à une collection d'individus, alors que le travail en gériatrie, peut-être plus encore que d'autres, comprend des dimensions qui dépassent largement l'exercice d'une spécialité. Le soignant n'a pas la possibilité de se mesurer à son métier, c'est-à-dire à une discordance créatrice des quatre dimensions de ce métier. Le métier n'est plus le cadre des activités de travail, un "répondant" qui donne du sens, un destinataire de secours, tel que l'a décrit Bakhtine (1984). Le soignant est contraint "de prendre sur lui" pour faire ce qui est à faire. Sans un patrimoine commun de manières de faire sur lesquelles s'appuyer, le soignant s'use et finit par en "faire une maladie". Nous soutenons dans ce cas que c'est le métier qu'il faut soigner.

Bibliographie réduite :

- > BAKHTINE M., (1984) *Esthétique de la création verbale*. Paris : Gallimard.
- > CLOT Y. (2002 a) *La Fonction psychologique du travail*. (Troisième édition augmentée). Paris : PUF.
- > CLOT Y. (2002 b) *Clinique de l'activité et répétition*, *Cliniques méditerranéennes*, 66, p. 23-47.
- > CLOT Y., FAÏTA D. (2001) *Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes*. Travailler, 6, p. 7-42.
- > LÉONTIEV A.N. (1984) *Activité, conscience, personnalité*. Moscou : Éditions du Progrès.
- > VYGOTSKI L. (1994) *Défectologie et déficience mentale*. Lausanne : Delachaux et Niestlé.

SESSION THÉMATIQUE VI

// Épuisement professionnel chez le personnel soignant //

Jean-Damien Giovannini, Laurent Muller, Élisabeth Spitz

Laboratoire de Psychologie de la Santé
Université de Metz
Ile du Saulcy
57045 Metz
elisa.spitz@wanadoo.fr

> **Mots clés : burn-out ; santé ; stress au travail ; soignants ; usure psychologique.**

Cadre théorique

L'épuisement professionnel (ou burn-out) naît d'un échec de l'adaptation au stress émotionnel chronique au travail. C'est un syndrome d'épuisement physique et émotionnel qui conduit au développement d'une image de soi inadéquate, d'attitudes négatives au travail avec pertes des intérêts et de sentiments pour les patients.

Il se divise en trois composantes que sont l'épuisement émotionnel, la déshumanisation et la diminution de l'accomplissement personnel.

- **L'épuisement émotionnel** (épuisement physique et/ou psychique) provient d'une attente excessive de la part des personnes en demande d'aide. Il est caractérisé par le sentiment d'être vidé, par une grande fatigue peu résorbable par le repos. Le soignant est dans l'incapacité d'exprimer toute émotion et cela le rend incapable de donner de lui-même.
- **La dépersonnalisation ou la déshumanisation** se caractérise chez le soignant par le développement d'attitudes négatives vis-à-vis du malade. La relation à l'autre devient distante. Certains auteurs parlent de "sécheresse émotionnelle". Cet état s'installe progressivement par du cynisme, de l'humour noir et grinçant. La dépersonnalisation joue pour le soignant un rôle protecteur mais conduit malheureusement à considérer celui qui demande de l'attention (le malade) comme un objet.
- **La diminution de l'accomplissement personnel** se traduit chez le soignant, suite aux deux autres composantes, par une perception d'inefficacité dans sa tâche. Malgré ses efforts, aucun effet positif ne se produit, décourageant encore plus le soignant. Il doute alors de ses compétences, se sent dévalorisé par ce manque d'efficacité. Cette dernière composante du burn-out a pour conséquences l'abandon du travail, le désinvestissement mais peut entraîner paradoxalement un surinvestissement dans l'activité professionnelle.

Méthode

- **Matériel :**
 - Un questionnaire comprenant des données socio-démographiques et professionnelles
 - Le MBI de Maslach (inventaire d'épuisement professionnel)
 - L'inventaire de coping de Carver, BriefCOPE (adaptation française Muller et Spitz, 2003)
 - L'échelle de soutien social de Sarason
- **Procédure :** Ce questionnaire a été distribué à l'ensemble des services soignants d'un hôpital lorrain à destination des infirmiers et des aides-soignants, ce qui représentait un peu plus de 400 exemplaires pour 25 services.

- **Population :** Au vu de la restitution qui a été faite, l'étude concerne en définitif 167 soignants répartis dans 21 services, soit 29 hommes et 133 femmes. L'âge moyen est de 36 ans.

Résultats

Les résultats montrent un degré d'épuisement professionnel important. En effet, 26,6 % des soignants ont un niveau important d'épuisement émotionnel, 36,1 % ont un niveau important de déshumanisation et 65,2 % ont un niveau important de diminution de l'accomplissement personnel. On note aussi des disparités de degrés d'épuisement professionnel en fonction des services.

Concernant les étiologies des différentes composantes du burn-out selon Maslach retrouvées dans cette étude :

- la confrontation fréquente à la mort, le coping de type désengagement comportemental, un faible soutien social d'un point de vue quantitatif et une forte demande psychologique favorisent l'épuisement émotionnel ;
- le coping de type désengagement comportemental, le faible sentiment d'auto-efficacité, une forte demande psychologique et le genre masculin favorisent la déshumanisation ;
- un faible coping actif, une faible utilisation de la réinterprétation positive, un faible sentiment d'auto-efficacité et le jeune âge favorisent la diminution de l'accomplissement personnel.

D'une manière générale, les stratégies de coping (ou stratégies d'adaptation) centrées sur le problème ont tendance à diminuer l'épuisement professionnel alors que celles centrées sur l'émotion ont plutôt tendance à le favoriser.

Perspectives de travail

Certains ajustements utilisés par les soignants face aux événements stressants semblent être protecteurs du burn-out (utilisation du soutien social quantitatif, sentiment d'auto-efficacité, utilisation du coping actif, de la réinterprétation positive) alors que d'autres, ainsi que certains facteurs, semblent au contraire le favoriser (coping centré sur l'émotion, sur l'évitement, la confrontation fréquente à la mort, une forte demande psychologique). Au vu des résultats présentés, il semble qu'un travail de soutien psychologique des équipes soignantes ainsi qu'un travail de réflexion sur leur pratique pourraient s'avérer bénéfiques.

De manière plus précise et en tenant compte de différentes contraintes contextuelles, il est possible de proposer plusieurs orientations :

- travailler le développement des stratégies de coping fonctionnel en analysant les ajustements mis en place dans certaines situations de soins ;
- favoriser le sentiment d'auto-efficacité des soignants sur le plan professionnel en revalorisant les actions soignantes ;
- travailler chez les jeunes soignants la distance relationnelle qui favorise un accomplissement dans la relation avec le patient ;

- instaurer des espaces de paroles où des discussions autour de l'organisation des soins et du travail d'une manière plus générale pourraient être réalisées ; il serait également intéressant de pouvoir y travailler la place de chacun dans l'équipe, l'implication dans la relation soignant-soigné en tentant de replacer le soignant comme acteur de soins mais aussi de pouvoir favoriser la dynamique d'équipe, le respect et l'importance de la parole de chacun ;
- Créer des espaces de parole concernant les prises en charge qui ont abouti au décès du patient, car la confrontation à la mort est un facteur prédictif de l'épuisement émotionnel.

Ces orientations de travail que les résultats de l'étude mettent en évidence peuvent tout à fait servir de fil conducteur dans des groupes d'analyse de pratique ainsi que dans des groupes de parole mais également dans des espaces individuels. Un complément d'évaluation prenant en compte le ressenti des soignants en termes de difficultés prioritaires et de propositions apparaît utile dans la mesure où cela introduit la notion de vécu.

En croisant ces deux types d'évaluation, le travail à proposer aux soignants pourra être d'autant plus complet et devrait mieux répondre à leurs attentes.