

DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE
SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement le 26 novembre 2021

Par Cécile Kirnidis, psychologue du travail

**LE PSYCHOLOGUE DU TRAVAIL,
UN SOUTIEN POUR LES SOIGNANTS**

*Quelles sont les représentations sociales des personnels hospitaliers
pour ce dispositif ?*

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Bénédicte JULLIAN
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Remerciements

En préambule à ce mémoire, je souhaite adresser mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de cette recherche.

Tout d'abord, je remercie le Centre Hospitalier de Lavaur, qui m'a fait confiance et m'a permis de suivre ce DUI, montrant une volonté certaine de m'aider à acquérir des clés et de m'outiller pour mener à bien mes missions auprès de son personnel.

Merci aux soignants, internes à l'hôpital ou non, qui m'ont accordé du temps et m'ont fait part de leur ressenti, parfois assez intime. Merci de votre confiance.

Je remercie également les professeurs de ce DIU, qui malgré les modalités particulières de dispense de cette formation avec les visioconférences, la qualité des interventions et des intervenant. Ils ont su faire de cette année un enrichissement de nos compétences et de nos connaissances.

Merci à la promotion 6 du DUI, pour sa bonne humeur, sa participation et sa présence à chaque module, et dont les échanges ont eux aussi permis l'élaboration de nos mémoires de recherche.

Enfin, je remercie Emilie, Camille, Amy et Geneviève pour leur apports, soutien, et relectures.

Merci à toutes et tous.

Résumé

Introduction : Le psychologue du travail est un métier encore récent et qui reste assez méconnu, car il revêt de multiples facettes en fonction de l'environnement dans lequel il évolue : en libéral, en institution, en cabinet ; positionné au sein des ressources humaines, d'un service de santé au travail – interne ou externes – d'un organisme de formation, ... Ses spécialités sont diverses et variées et cela questionne d'autant son rôle, sa place et son lien avec les autres acteurs qui l'entourent.

Objectifs : Identifier les représentations sociales des soignants hospitaliers autour du rôle que peut avoir un psychologue du travail dans la prise en charge de la souffrance en milieu professionnel.

Matériel et méthode : Un entretien semi-directif, autour d'une grille, avec plusieurs professionnels hospitaliers : 2 médecins, 2 infirmiers, 1 aide-soignante et 1 psychologue du travail, afin de voir les représentations sociales qu'ils ont du métier.

Conclusion : Il y a des efforts à faire sur ce dispositif de soutien mis en place au sein du Centre Hospitalier, pour parvenir à toucher tous les professionnels, en fonction de leurs représentations du métier de psychologue du travail. Des acteurs clés sur le terrain sont présents, mais ne permettent pas de toucher à toutes les professions. Un travail permanent de proximité est à mettre en place, un lien de confiance à travailler, une présence et une considération à assurer.

Mots-clés: Soignants ; psychologue du travail ; représentations sociales ; personnel hospitalier ; dispositif de soutien ; prévention des RPS

Abstract

Introduction : Industrial and organizational psychology is still a recent profession, which remains relatively unknown, because the objectives can change depending on which environment this particular psychologist operates in : as a consultant, in an institution, in an agency, in human resources, or even in training centers. These psychologists specialize in diverse areas which makes us question their role, their position and their relation with the people they work with.

Objectives : To identify the social representations of hospital caregivers around the role an I/O psychologist can have when managing the different forms of suffering at work.

Methods : Semi-structured interviews with several hospital professionals : 2 doctors, 2 nurses, 1 nursing assistant, 1 I/O psychologist to find out what they think about this profession, their social representations.

Conclusion : There are efforts to be made around the set up of this support system within the Hospital to reach all of the professionals working there based on the different representations they have of an I/O psychologist. Key workers are available but don't allow to reach all of the workers. Permanent proximity work needs to be put in place to build trust and confidence between both parties.

Keywords : caregiver ; industrial and organizational psychologist ; social representations ; hospital workers ; support system ; prevention of psychosocial risks.

Table des matières

Remerciements	préface
Résumé	préface
Abstract.....	préface
Introduction	1
Partie 1 : Contexte de l'étude	2
1. Prise en charge de la souffrance au travail	2
1.1. <i>L'émergence de la protection de la santé au travail</i>	2
1.2. <i>La prévention des risques psychosociaux</i>	3
2. La prévention des risques professionnels via les services de santé au travail	4
2.1. <i>Les services de santé au travail</i>	4
2.2. <i>L'émergence du métier de psychologue du travail</i>	5
3. La santé au travail en institution hospitalière : les enjeux	5
Partie 2 : Problématique et hypothèses	7
1. Le centre hospitalier de Lavaur et son dispositif de prise en charge de la santé au travail	7
2. Les représentations sociales : définition et processus	9
3. Hypothèses	10
Partie 3 : Méthodologie	10
1. Démarche	10
1.1. <i>Population interrogée</i>	10
1.2. <i>L'entretien semi-directif</i>	11
1.3. <i>La grille d'entretien</i>	11
2. Méthode d'analyses des données	12
Partie 4 : Présentation des résultats et analyse	13
1. Nuage de mots	13
2. Représentations du poste de psychologue du travail dans une structure hospitalière	14
3. Les réticences des soignants à rencontrer le psychologue du travail	18
4. L'apport d'un psychologue du travail au soignant	23
Partie 5 : Discussion et conclusion	27
1. Intérêts et limites de l'étude	27
2. Apports de l'étude sur le plan professionnel	28
Bibliographie	29
Annexes	30
Annexe 1 : Grille d'entretien	30

Introduction

Le psychologue du travail est un métier encore récent et qui reste assez méconnu, car il revêt de multiples facettes en fonction de l'environnement dans lequel il évolue : en libéral, en institution, en cabinet ; positionné au sein des ressources humaines, d'un service de santé au travail -interne ou externe-, d'un organisme de formation... Ses spécialités sont diverses et variées, et cela questionne d'autant son rôle, sa place, et son lien avec les autres acteurs qui l'entourent.

Au sein d'une institution publique telle l'hôpital, le rôle du psychologue du travail -quand y en a- est de répondre à la prévention primaire, secondaire et tertiaire des risques psychosociaux, auxquels sont confrontés les agents, toutes professions médicales et non médicales confondues. De son positionnement, son lien avec la direction, l'encadrement, les agents et soignants, dépendent des missions qui lui sont données et de la manière dont il souhaite les conduire.

Je n'ai pas encore expérimenté tous les postes auxquels je pourrais prétendre en tant que psychologue du travail, mais mes différentes expériences m'ont amenée à exercer cette activité au sein d'un Centre Hospitalier, depuis près de 3 ans. Et, bien que je vois l'évolution de ma manière d'appréhender les différentes missions qui me sont confiées, la principale reste à valoriser : l'écoute et l'accompagnement des personnels (médicaux et non médicaux).

C'est pourquoi ce Diplôme Inter Universitaire « Soigner les soignants » m'a intéressée ; en tant que psychologue, je voulais découvrir comment avoir « accès » aux soignants. Comprendre d'une part le lien qu'ils ont eux-mêmes avec le soin, et d'autre part savoir comment leur donner envie d'être aidés et accompagnés dans leur quotidien professionnel.

La réflexion que je décide ici de mener tourne autour de la vision qu'ont les soignants du rôle du psychologue du travail au sein d'un hôpital, par une étude des représentations sociales qu'ils ont à ce sujet. Identifier ces représentations sociales pourrait m'apporter des éléments pour apprendre comment toucher les soignants et comment les amener à prendre soin d'eux-mêmes en cas de souffrance au travail, en se tournant vers un psychologue du travail.

Dans ce mémoire, j'ai pris la liberté de réaliser des planches dessinées pour illustrer quelques situations que j'ai vécues de manière originale et humoristique.

PARTIE 1 : CONTEXTE DE L'ÉTUDE

1. Prise en charge de la souffrance au travail

1.1. L'émergence de la protection de la santé au travail

Les dangers du travail ont toujours existé, et la santé au travail a longtemps été abordée uniquement sous l'angle de la maladie et de l'aptitude liée à des troubles corporels. La préoccupation de la santé mentale des travailleurs est, elle, plus récente. Le travail commence alors à être reconnu comme un élément clé dans la réalisation de soi, qui offre une reconnaissance sociale, nécessaire à l'individu pour se construire et se réaliser. « *Le travail apporte un plaisir mental à travers le contenu symbolique de la tâche* »¹, il est ainsi garant de l'intégrité sociale de l'individu.

On ne se soucie plus seulement de la simple protection de la santé physique, car on constate que les organisations ne sont pas que des lieux où l'individu s'exprime et se développe ; elles sont aussi sources de souffrances, voire de destruction. C'est ainsi que la notion de risques psychosociaux est apparue dans la vie au travail, venant perturber la santé mentale et physique d'un individu. On s'intéresse désormais aux atteintes de la santé mentale : stress au travail, harcèlement moral, tensions/conflits, gestion des émotions...

Le Code du Travail énonce ainsi l'obligation pour l'employeur d'assurer la sécurité et la santé physique et mentale des travailleurs en prévenant tous risques professionnels auxquels ils peuvent être exposés dans le cadre de leur activité. Pour ce faire, l'employeur doit :

- Adapter le travail à l'homme : environnement, équipements et méthodes de travail, propre à chaque unité de travail ;
- Prévenir/réduire/supprimer les risques : en tenant compte de l'organisation du travail, des conditions de travail, des relations sociales et de l'influence des facteurs ambiants.

Une tendance générale de souffrance au travail liée aux nouvelles formes d'organisation du travail est donc constatée. En effet, les employés sont de plus en plus confrontés à une demande de productivité qui augmente, des pressions morales et psychologiques instaurées comme méthode de management... Il s'avère que ces demandes et pressions sont à l'origine à la fois de troubles physiques tels les troubles musculo-squelettiques, mais aussi psychiques. La prévention des risques

¹ Grenier-Pezé, M., (2001). Contrainte par corps : le harcèlement moral. *Travail, genre et sociétés*, 2001/1 N° 5, p. 29-41.

psychosociaux (RPS) est ainsi devenue une préoccupation certaine dans la prévention des risques professionnels.

1.2. La prévention des risques psychosociaux

D'après le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, les risques psychosociaux sont définis comme des « risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels, susceptibles d'agir avec le fonctionnement mental ». Il s'agit de risques professionnels, appelés « psychosociaux » car ils sont à l'interface de l'individu (le « psycho ») : le vécu au travail, le perçu..., et du collectif (le « social ») : la situation de travail, les relations de travail... Les RPS sont propres à chaque individu : une même situation ne sera pas perçue ni vécue de la même manière par tous.

D'après l'INRS, les risques psychosociaux sont au nombre de 3 :

- le stress : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ;
- les violences internes commises au sein d'une même structure entre les employés : conflits, comportements inappropriés au travail, harcèlement...;
- les violences externes commises par les usagers/clients externes à la structure sur les employés (insultes, menaces, agressions...).

Ces risques sont induits par 6 grandes familles de facteurs tels que l'intensité et la complexité du travail, le contexte socio-économique, les relations professionnelles, les exigences émotionnelles et l'autonomie au travail. Leurs impacts peuvent être variés et toucher l'individuel (troubles motivationnels, comportementaux, physiques...), le collectif (délitement du collectif, comportements agressifs, conflits) et l'institution (absentéisme, atteinte de l'image de marque, départs...). Ces conséquences, dont la principale connue et reconnue aujourd'hui est le burn-out, deviennent alors facteurs à leur tour ; un cercle vicieux est né.

C'est là qu'apparaît toute la difficulté de la prise en charge des RPS : il s'agit d'un système en co-dépendance entre chaque élément qui le compose, interdépendants entre eux : les facteurs peuvent devenir leurs conséquences et vice versa. Trouver l'entrée pour rompre ce cercle et tendre vers un système vertueux n'est pas chose aisée, et les personnalités de chacun vont rendre d'autant plus complexe la mise en place des actions, car tout le monde ne les vivra et ne les interprétera pas de la

même façon. Un réel accompagnement au plan d'actions et son suivi est indispensable par les professionnels connaissant le sujet et apportant leur expertise.

2. La prévention des risques professionnels via les services de santé au travail

2.1. Les services de santé au travail

Les services de médecine du travail ont été créés par la loi du 11 octobre 1946, et sont par la suite devenus les Services de Santé au Travail (SST) suite à la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, renforcée le 20 juillet 2011. Cela inclut alors une approche pluridisciplinaire : il faut désormais être en capacité de mobiliser toutes les compétences médicales, techniques et organisationnelles possédées, utiles et nécessaires à la prévention et à l'amélioration des conditions de travail. Les principales missions des SST se déclinent ainsi :

- conduire des actions de santé pour préserver la santé physique et mentale des employés ;
- conseiller les employeurs, les employés et leurs représentants sur les mesures nécessaires pour diminuer voire supprimer les risques professionnels, améliorer les conditions de travail, prévenir toute conduite les impactant ;
- assurer la surveillance de l'état de santé des employés (en fonction de la pénibilité, âge, ...)
- participer au suivi et à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

Le SST s'organise autour d'un maître mot : la pluridisciplinarité. Le médecin du travail et les autres acteurs dits de la prévention (les représentants du personnel, la direction, les employés) sont ainsi regroupés dans cette volonté de pluridisciplinarité, où les différents regards vont se croiser, se compléter, s'interroger. Et afin de posséder le plus de ressources efficaces, il peut être fait appel à des organismes ou à des personnes dont les compétences sont reconnues en matière de santé au travail tels des psychologues du travail, des ergonomes, ou d'une manière plus globale, des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) pour aider à analyser le milieu de travail par leurs propres compétences, techniques et organisationnelles, en matière de santé et de sécurité au travail. L'objectif est alors de mettre en œuvre de la pluridisciplinarité dans ces services de santé au travail et d'optimiser l'analyse des risques afin de mieux les prévenir, toujours en veillant à assurer de bonnes conditions de travail pour les employés.

La pluridisciplinarité est également un enjeu pour la médecine du travail dans le sens où elle vient interroger la place de la médecine du travail dans un contexte de pénurie de médecins qui va encore s'accroître dans les années à venir : quelle place accordent les médecins du travail à ces nouvelles professions qui viennent se juxtaposer à leurs pratiques ? Le rôle de ces métiers, leur positionnement au sein de ces équipes de santé vont donc s'affiner et s'affirmer au fil des années.

2.2. L'émergence du métier de psychologue du travail

En mettant de plus en plus l'accent sur l'humain, sur le bien-être au travail, les institutions -privées ou publiques- sollicitent alors plus spontanément les psychologues du travail. Agissant en tant que tiers neutres pour comprendre et analyser les relations au travail et l'organisation, ils peuvent fournir aux directions, responsables et instances des données pour aider à améliorer les conditions de travail des employés. Le psychologue du travail, au même titre que d'autres acteurs de la prévention, intervient dans le but de veiller et permettre à tous les individus de trouver, dans leur travail, un cadre qui les aidera à se positionner dans la société.

Malgré ce contexte de volonté d'accompagner les employés dans un bien-être au travail, le nombre de postes de psychologues du travail proposés directement par les organisations reste limité, car elles préfèrent externaliser les compétences et faire appel ponctuellement à des psychologues libéraux ou à des cabinets plutôt que de créer des postes.

3. La santé au travail en institution hospitalière : les enjeux

L'hôpital connaît depuis plusieurs années de nombreuses mutations visant à terme à une amélioration du système hospitalier par une réduction des coûts (refonte des gouvernances des hôpitaux, de leur organisation, des regroupements géographiques...), une normalisation croissante de l'activité de santé dans le but d'améliorer la qualité des soins (création en 2004 de la Haute autorité de santé (HAS)), et une amélioration des conditions de travail, visant à recruter et fidéliser les personnels soignants. Ce dernier axe est ici intéressant, car il identifie l'importance qu'ont les conditions du travail dans le bien-être au travail, même si cela vise officiellement le recrutement des soignants et non pas leur santé. Mais ces deux points restent liés.

En effet, dans ce secteur où le travail est particulièrement exigeant, physiquement et mentalement, et provoque une usure professionnelle précoce, la prise en compte de la souffrance que les agents vivent quotidiennement pour aller vers un bien-être au travail apparaît primordiale. Ainsi, des actions autour du dialogue social ou de la qualité de vie au travail se sont développées dans les

établissements, basées sur les résultats d'enquêtes nationales et européennes permettant de mieux connaître les contraintes qui pèsent sur les personnels soignants.

En matière de risques psychosociaux, l'accumulation des contraintes génère une intensification du travail, et des réorganisations permanentes, s'accompagnant alors d'un accroissement de la souffrance éthique. Celle-ci se traduit par la notion de « qualité empêchée », souvent exprimée par les professionnels ; l'impression de ne pouvoir réaliser leur travail comme il le faudrait et comme ils le souhaiteraient entraîne des conflits de valeurs, professionnelles et personnelles. Manque de temps, manque de moyens techniques, matériels et humains... Ces raisons sont invoquées par les principaux concernés, qui constatent, impuissants, une prise en charge de leurs patients qu'ils jugent mauvaise. Ce qu'ils sont moins capables d'identifier comme facteurs de risques restent les exigences émotionnelles, car elles sont tellement ancrées dans leur identité professionnelle qu'ils en oublient souvent leur impact. Soigner, c'est être au contact de la souffrance d'autrui. La peur, la douleur, la maladie, la mort, parfois heureusement la joie, viennent continuellement se côtoyer dans le travail, chez les personnes qu'on soigne. Cette proximité avec les patients génère de l'empathie, parfois de la sympathie par une identification à la personne et à ce qu'elle traverse, avec un risque *in fine* de dépersonnalisation par la perte d'empathie, voire l'apparition du cynisme.

Ajouté à cela l'affaiblissement psychique entraînant un épuisement émotionnel, et la perte du sens du travail avec la réduction de l'accomplissement personnel, nous sommes face aux trois composantes du burn-out, initialement identifié chez le personnel soignant et traduisant l'intégration des contraintes des métiers et des exigences émotionnelles à long terme.

Ces constats sont aussi alimentés par le fait qu'il existe peu, voire pas, de temps d'échanges formels au sein de la plupart des équipes soignantes. Le minimum -et souvent le maximum- de ce qui est discuté en collectif concerne les transmissions ciblées et staffs médicaux, qui abordent peu ou pas les questions de fonctionnement et d'organisation du service, mais qui ne laissent pas non plus la possibilité aux soignants d'exprimer un mal-être.

Or, libérer la parole, avoir un espace privilégié pour le faire, sans jugement, sans dénigrement, et dans la plus simple des manières, n'est pas ou peu autorisé. Et même lorsque cet espace existe, il apparaît alors que d'autres inquiétudes et peurs de la part des soignants émergent : le constat de leur propre agressivité – « non conforme » à leurs valeurs de métier – qui les culpabilise, le fait de partager (à une personne, même extérieure, ou à un collectif qui par définition comprendrait ce qui

est exposé), la crainte que ces faiblesses ne soient remontées à la direction... Le besoin existe, l'envie peut exister, mais l'action reste à la marge.

Le recours à un tiers extérieur à l'équipe, qui aide à remettre en circulation une parole sur le *faire* et non pas sur *l'être*, mais aussi qui les amène à porter une réflexion sur les rôles et responsabilités des différents acteurs de l'institution, peut permettre aux soignants de restaurer un relatif pouvoir d'action de leur quotidien professionnel et de tout ce qu'ils vivent.

A partir de ce contexte général, les questionnements qui émergent dans ce mémoire de recherche vont concerner la place du psychologue du travail dans le milieu hospitalier. Il est intéressant de voir comment proposer cette aide, comment elle est perçue par les personnes qui peuvent en bénéficier, et comment ils peuvent s'en saisir.

PARTIE 2 : PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

Pour interroger la place du psychologue du travail auprès des soignants, le choix d'une étude qualitative a été fait, permettant d'obtenir des informations qui ne peuvent être transcrites en chiffre en raison de la nature du sujet d'étude, mais offrant la possibilité de cerner le sujet afin d'en avoir le maximum d'informations. Comme exposé en introduction de ce travail de recherche, de nécessaires efforts sur la visibilité et l'appropriation du dispositif de soutien via le psychologue du travail ont été mis en place au sein d'une institution hospitalière. Ainsi, j'ai été amenée à me questionner :

Comment les soignants hospitaliers se représentent-ils le psychologue du travail dans l'institution et quelle place lui accordent-ils ?

En ayant connaissance des représentations sociales qu'ont les soignants hospitaliers du psychologue du travail, cela permettra d'appréhender la place qu'ils lui reconnaissent dans la prise en charge de la souffrance au travail : comment ils perçoivent son rôle, quelle légitimité ils lui accordent, et comment le psychologue peut appréhender cette place.

1. Le centre hospitalier de Lavaur et son dispositif de prise en charge de la santé au travail

Au Centre Hospitalier de Lavaur, il n'y a pas de service de santé au travail officiel, mais il existe bien un regroupement de plusieurs professionnels, acteurs de la prévention, construisant petit à petit

un collectif stable et actif pour assurer le maintien de bonnes conditions de travail des agents. C'est surtout suite à des violences internes ayant impacté la santé physique et psychique de nombreux professionnels de santé qu'une dynamique s'est réellement lancée sous l'impulsion de la direction. La création du poste de psychologue du travail il y a 4 ans, suivie de celle d'un « groupe RPS » regroupant médecin, psychologue du travail, membres du CHSCT, et représentants de la direction, de la qualité, de la sécurité, et du corps médical, témoigne de cette volonté de se préoccuper des conditions de travail, et permet à ces professionnels de se questionner et de porter une réflexion autour de la question de souffrance au travail et comment y remédier.

Pour ma part, je suis arrivée sur le poste de psychologue du travail depuis 3 ans. Mon bureau est implanté au sein de la médecine du travail, dans un bâtiment situé sur un autre site que le siège RH de l'hôpital, afin d'assurer confidentialité et anonymat des personnes qui viendraient me rencontrer en individuel, et je mène en parallèle des actions transverses via ces groupes de travail sur l'évaluation des risques professionnels.

Au niveau de l'accompagnement individuel, comme abordé en introduction à ce travail de recherche, il reste un positionnement à acquérir sur le rôle du psychologue du travail, et son apport aux personnels (soignants et non soignants). La visibilité du psychologue du travail a été développée depuis que je suis sur le poste, par des visites régulières au sein des services, afin que l'on puisse m'identifier, appréhender mes missions, et pour montrer aussi ma disponibilité auprès des agents. Malgré tout, je perçois une certaine réticence, quelques freins à venir plus facilement et spontanément vers moi et vers l'accompagnement, le soutien que je propose.

Le nombre d'entretiens individuels a fortement augmenté depuis mon arrivée, allant de la découverte du poste sur la première année, où peu de sollicitations m'ont été faites, à une intégration de ce soutien institutionnel pour les professionnels en ayant alors plus fréquemment recours. Un travail permanent de proximité est à mettre en place, un lien de confiance à travailler, une présence et une considération à assurer. Mais pour parvenir à toucher tous les professionnels, surtout médicaux, connaître leurs représentations du métier de psychologue du travail me semblait indispensable. En effet, les professionnels de ce milieu sont connus et reconnus en souffrance depuis de nombreuses années, et travailler sur leurs représentations sociales de la psychologie semble être un bon procédé pour parvenir à comprendre comment les accompagner.

2. Les représentations sociales : définition et processus

De nombreuses études et recherches ont été réalisées sur le sujet, par des sociologues, des psychologues. Les représentations sociales sont nées du concept sociologique de représentations collectives énoncé par Durkheim en 1898, comme « des représentations partagées par un groupe social essentiellement en termes de contenu, qui définissent des modes de pensée communs, des normes, des mythes, réglant et légitimant les comportements des groupes sociaux ». En mettant ainsi l'accent sur la pensée sociale, cette théorie repose sur le fait qu'il y aurait une primauté du social sur l'individu. Par la suite, Moscovici (1961) a largement approfondi le concept, avec l'approche sociogénétique, qui s'attache principalement à décrire les conditions et les processus impliqués dans l'émergence des représentations, à travers les deux processus que sont l'objectivation et l'ancrage. D'autres théories viennent ensuite s'y juxtaposer : l'approche structurale (Abric, 1976) mettant l'accent sur les contenus, l'organisation des représentations ; l'approche sociodynamique (Doise, 1990), s'intéressant aux liens entre rapports sociaux et représentations sociales ; l'approche dialogique (Markova, 2007), où sont présentés le rôle du langage et de la communication dans l'élaboration des représentations. Toutes ces théories restent complémentaires.

Pour situer le concept de représentations sociales, un découpage allant du particulier au général, et de l'individuel au collectif est fait : on a ainsi l'opinion, l'attitude, la représentation et l'idéologie.

Le concept de représentation sociale permet de mieux comprendre les individus et les groupes en analysant la façon dont ils se représentent eux-mêmes, les autres et le monde.

Une représentation se construit dans un processus d'interprétation. Les individus vont donc donner à une représentation une valeur sociale qui leur permet de classer, de « répertorier » les individus et les situations, et qui les guide dans la compréhension de leur réalité. Ainsi, ce processus médiatise et régule les relations sociales des individus, par l'évaluation qu'ils font des événements et des conduites qu'ils rencontrent. Les représentations ne se structurent donc pas de manière aléatoire : elles se construisent et se développent en fonction des interactions sociales, des échanges, des contextes, des cultures qui viennent influencer sur notre manière de nommer, d'interpréter notre réalité et de prendre position par rapport à elle.

Ce mémoire va permettre de voir comment les représentations sociales des soignants par la communication, les échanges et les conduites autour du rôle du psychologue du travail -l'objet-, vont avoir une influence sur l'image que les soignants possèdent du psychologue du travail.

3. Hypothèses

Ces différents apports théoriques permettent d'émettre des hypothèses pour nourrir les questionnements découlant de la problématique et aident à constituer une réponse. Pour rappel, la réflexion de cette étude est :

Comment les soignants hospitaliers se représentent-ils le psychologue du travail dans l'institution et quelle place lui accordent-ils ?

Suite à cette question, différentes interrogations se posent pour mettre en lumière ces représentations :

- 1) Quels sont les apports d'un psychologue du travail à un soignant ?
- 2) Quelles sont les réticences des soignants à se saisir d'un tel dispositif ? Différentes raisons supposées, que la recherche pourra affirmer ou non :
 - par pudeur/honte d'avoir besoin d'écoute, d'aide, d'accompagnement ;
 - par crainte de manque de confidentialité, d'objectivité du psychologue du fait d'être membre de la même structure ;
 - par méconnaissance du rôle et des missions du psychologue.

La partie suivante s'attachera à présenter la démarche méthodologique utilisée pour mettre à l'épreuve ces questions, afin d'en présenter ensuite les résultats qualitatifs.

PARTIE 3 : MÉTHODOLOGIE

1. Démarche

1.1. Population interrogée

L'objectif de l'étude qualitative est de permettre d'avoir un aperçu des visions possibles du métier de psychologue du travail par différents corps de métiers soignants. L'étude étant axée sur le rôle du psychologue du travail à l'hôpital, les professionnels interrogés étaient tous issus du milieu hospitalier. Six personnes ont été interrogées : 2 médecins, 2 infirmières, 1 aide-soignante, 1 psychologue du travail. Les participants ont été informés que l'entretien serait anonyme et confidentiel. Les entretiens semi-directifs ont duré entre 30 et 60 minutes, en face à face ; les participants étaient invités à développer leurs idées à partir d'une grille d'entretien.

1.2. L'entretien semi-directif

Afin de confronter ces différentes représentations, une enquête par entretien semi-directif a été réalisée auprès de ces professionnels. La méthode de l'entretien semi-directif ou entretien guidé a été retenue car elle permet d'établir des indicateurs, des thèmes à aborder avec la personne. Dans ce type d'entretien, l'enquêteur se fixe des zones d'exploration prédéterminées pour obtenir de la part du sujet qu'il traite un approfondissement autour d'un certain nombre de thèmes.

Ici, pour appréhender plus spécifiquement les différentes représentations qu'ont les professionnels soignants des psychologues du travail en institution, une démarche de type inductif est réalisée, travaillée à partir de questions. L'objectif est d'aboutir à la compréhension des phénomènes et des enjeux exposés lors de la première partie de ce rapport.

Ce type d'approche privilégie « le cheminement des constatations tirées d'observations de terrain » (Guibert et Jumel, 1997). Pour mener à bien ce travail, une méthode de recueil de données qualitatives est choisie, positionnant les échanges autour d'une grille d'entretien qui abordera des thèmes plus ou moins détaillés. L'entretien semi-directif doit combiner :

- une attitude non directive qui vise à favoriser la production du discours et l'exploration de la pensée dans un climat de confiance
- et un projet directif afin d'obtenir des informations sur des thèmes prédéfinis.

C'est une forme particulière de communication car l'échange n'y est pas spontané, le participant « subissant » la rencontre ; il s'agira donc de permettre à la communication et à l'échange de se dérouler au mieux pour aboutir aux objectifs fixés, en affichant pour le questionneur une posture neutre et bienveillante sans laisser transparaître ses opinions et ses pensées.

1.3. La grille d'entretien

Pour établir la grille d'entretien, le choix des questions ouvertes a été fait, ce qui permettra d'analyser les différents points de vue des répondants sur les rôles et missions du psychologue du travail, l'objectif étant d'accéder aux différentes perceptions et explications des participants.

Les questions abordent plusieurs thèmes au regard des différents concepts théoriques exposés précédemment et autour des deux hypothèses précédemment définies :

- les apports d'un psychologue du travail à un soignant : atouts et positionnement dans une structure hospitalière ;
- les possibles réticences des soignants à se saisir d'un tel dispositif.

1. *Pouvez-vous donner trois mots qui vous viennent à l'esprit lorsque vous pensez à « psychologue du travail » ?*

La démarche est ici de voir quels mots sont spontanément émis par les répondants, et voir si des occurrences existent, tant dans les mots que dans l'explication fournie.

2. *Quel est l'intérêt d'un tel poste dans une structure hospitalière ? Quels sont ses atouts ?*

Cette question indiquera si les soignants se sont penchés sur la pratique des psychologues dans le domaine de la santé au travail, s'ils s'y sont intéressés, et comment ils perçoivent ce métier.

3. *Quelles seraient les réticences à aller voir un psychologue du travail pour un soignant ?*

Ici, les réponses permettront d'infirmier ou d'affirmer les hypothèses concernant les raisons rendant difficile la démarche d'aller vers le psychologue du travail.

4. *Qu'est-ce qu'un psychologue du travail peut apporter à un soignant ?*

L'ancrage montre également que la représentation fonctionne comme un processus d'interprétation ; cela se traduit par le fait que l'on attribue à une représentation une valeur d'utilité sociale. Cette question permettra de voir l'utilité que les soignants accordent aux psychologues du travail et dans quel cadre ils envisagent leur accompagnement.

5. *Pourquoi prendre soin des soignants ?*

Ici, les répondants seront amenés à se questionner d'une part sur ce qu'ils pensent de leurs pairs, et d'autre part sur la confrontation avec leurs propres actions.

2. Méthode d'analyses des données

Une fois ces entretiens recueillis et retranscrits, une analyse de contenu sur la base des discours obtenus des participants est réalisée : il s'agit d'un ensemble de techniques d'analyse s'appliquant à des discours très diversifiés. Selon Berelson (1952), l'analyse de contenu est « une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications, ayant pour but de les interpréter ». L'analyse de contenu a donc pour objectif de stabiliser le mode d'extraction du sens et de produire des résultats répondant aux objectifs de la recherche. Elle permet d'étudier et de comparer les sens des discours pour mettre à jour les systèmes de représentations véhiculés par ces discours. Ainsi, cette méthode d'analyse permettra de

comprendre au travers des discours retranscrits, quelle signification les soignants donnent au métier de psychologue du travail et d'en saisir leurs représentations.

Une analyse thématique semble la plus adaptée ; la particularité sera de défaire la singularité du discours et de découper transversalement ce qui d'un entretien à l'autre se réfère au même thème. L'objectif de cette démarche est donc de dégager des thèmes propres à notre sujet d'étude, mais également des sous-thèmes pour aider à préciser des éléments de réponses à notre question de recherche. Les différents résultats permettront de réaliser des interprétations en lien avec les éléments théoriques avancés dans la problématique et le contexte socio-professionnel de l'étude.

PARTIE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET ANALYSE

L'analyse de contenu des entretiens réalisés auprès des 6 professionnels de santé ici proposée s'appuie sur la grille d'entretien à partir de laquelle seront identifiés les sous-thèmes ressortant des différents discours, ce qui aidera à spécifier et à caractériser les représentations qu'ont les soignants du psychologue du travail.

Les différents résultats permettront de réaliser des interprétations en lien avec les éléments théoriques avancés dans la problématique et le contexte social et professionnel du lieu d'étude.

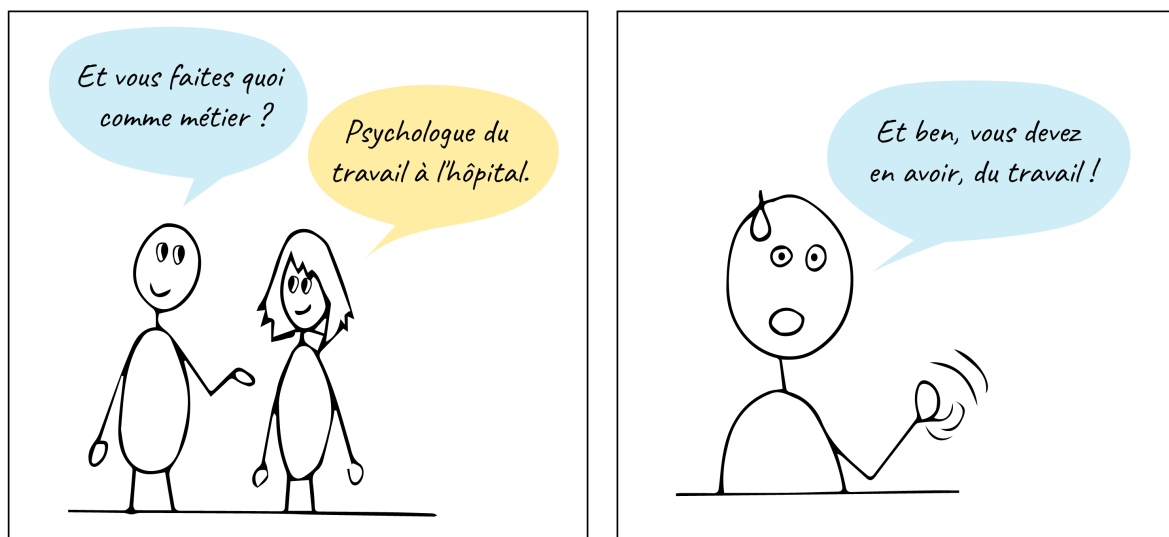
1. Nuage de mots

La première question lors des entretiens concernait les représentations sociales du métier de psychologue du travail autour de 3 mots qui venaient spontanément à l'esprit. Inspirée de la sémiométrie, une approche qui a la particularité de capter les valeurs des individus par les mots, cela permet ici d'identifier quels mots le métier de psychologue du travail inspire aux soignants interrogés, et suppose que chaque mot contient une charge émotionnelle qui provoque un sentiment positif ou négatif.



Le mot qui est ressorti dans 5 entretiens sur 6 est « écoute », suivi de « soutien (3/6) et de « aide » (2/6). Les autres mots n'ont été émis qu'une seule fois, mais des regroupements peuvent être faits en fonction des descriptions fournies par les répondants, en référence aux couleurs du nuage de mots :

- écoute, soutien, empathie, aide : ici, la posture professionnelle du psychologue est annoncée. On attend d'avoir face à soi une personne qui va être là pour recueillir ses émotions, ses ressentis, son vécu, sans jugement, sans projection, mais avec le but d'accompagner dans la compréhension de ces ressentis
- confiance, secret professionnel : la neutralité, la confidentialité des échanges, assurés par le Code de Déontologie des psychologues, assurent et rassurent. On se sent en confiance, dans un espace qui nous est réservé, mais qui est aussi préservé de toute autre interaction.
- systémie, analyse, sens du travail, interactions sociales, drame : il s'agit ici de faire le lien avec l'environnement du travail, en ayant en tant que psychologue la plus value d'avoir un regard externe, d'être en dehors de la situation vécue par la personne, et l'aider ainsi à se décaler et analyser les choses différemment.



2. Représentations du poste de psychologue du travail dans une structure hospitalière

Le psychologue du travail a un rôle à l'interface de l'individu et de l'institution. Il peut penser différentes questions à la fois : celle de l'organisation, du milieu du travail, de la structure, du management, des dynamiques interpersonnelles, des questions en liens avec la gestion...

Cela permet d'accompagner la sphère professionnelle de l'agent qui vient exposer ses difficultés ou interrogations.

Question 2 : <i>Quel est l'intérêt d'un tel poste dans une structure hospitalière ?</i> <i>Quels sont ses atouts ?</i>	
Sous-thèmes	Extraits du discours
Rôle du psycho-logue du travail	« On peut poser les choses en confiance, on a une écoute bienveillante en face » « Le psychologue nous aide à savoir réfléchir avant de réagir dans l'émotionnel »
Atouts du psychologue du travail dans une structure hospitalière	« Il connaît le fonctionnement, le système, la hiérarchie, les problématiques et les contraintes qui peuvent exister dans la structure » « C'est intéressant cette aide intra hospitalière, car le psychologue du travail connaît mieux les contraintes de ce qui se passe dans l'hôpital » « Le psychologue a l'expertise dans la relation au travail entre travailleurs, avec le travail. Il connaît le contexte, la structure, et sait de quoi les gens parlent » « Comme il connaît l'institution, il voit les personnes qui ont les mêmes difficultés, il peut apporter une analyse plus poussée et objective sur l'institution et la situation »
Un tiers indispensable	« On n'a pas toujours une vision objective de notre position, le psychologue a une vision plus large que nous, et nous permet de nous remettre en question » « Quand la remarque vient de l'extérieur, on y fait plus attention » « On a besoin de quelqu'un d'extérieur pour coordonner nos propos, y donner un sens »

Les répondants ont bien identifié cette position intéressante dans le poste de psychologue du travail : il fait le lien entre les individus et l'environnement du travail, les contraintes. En permettant ce dialogue-là, cette interface individu/travail, le psychologue du travail permet à ces deux mondes de se rejoindre, de s'équilibrer et de se comprendre. L'atout du psychologue du travail en interne est bien là : aider à se remettre en question en connaissant et tenant compte du contexte de la personne et ainsi faire du lien ou l'aider à comprendre les choses différemment.

Chaque psychologue s'empare de son poste selon sa vision du métier, les liens qu'il souhaite créer : avec le médecin du travail, le CHSCT et/ou les représentants du personnel, avec la direction... cette pluridisciplinarité est précieuse et indispensable, et permet de pouvoir discuter en collectif différentes questions sur le fonctionnement de l'hôpital.

Dans ma pratique professionnelle, les liens avec les autres acteurs de la prévention fonctionnent de deux manières. Il m'arrive de les solliciter (représentants du personnels et médecin du travail) pour discuter de la situation d'un agent -avec son accord- et comprendre les tenants et aboutissants évoluant autour. Cela permet à chacun de savoir comment accompagner au mieux l'agent, en conformité avec ses expertises respectives. Dans le sens inverse, c'est souvent le médecin du travail, toujours en accord avec l'agent, qui me prévient qu'il l'a orienté vers moi.

Avec la direction, je peux être amenée à intervenir à sa demande sur un sujet précis, généralement au sein d'une équipe : un service où des soignants n'avaient pas eu leur contrats reconduits pour cause de maltraitance, et dont on souhaitait que l'équipe restante qui avait dénoncé ces actes pose ce qu'elle a vécu ; lors de tensions entre soignants, pour réguler la communication et remettre le soin et le patient au coeur des échanges ; après la COVID, pour proposer des groupes de paroles, ou encore après l'obligation vaccinale pour permettre aux soignants ayant perdu des collègues refusant de se vacciner de parler de ce vécu.

Parfois, il arrive que ce soit des responsables qui me sollicitent, et dans certains cas, ce peut même être un collectif d'agents qui demande cet espace privilégié.

Ce qui est central ici, dans ce que les répondants peuvent rapporter, c'est la notion de neutralité, très peu clairement citée dans les différents discours ; elle est abordée mais pas concrétisée. Cette notion est indispensable, car le psychologue du travail en est garant : il doit être tout autant capable de penser les questions en liens avec l'institution que celles en lien avec le vécu des soignants. Il est de sa responsabilité, avec l'accord des agents reçus, d'interpeller l'encadrement sur les dysfonctionnements ou défaillances de l'institution à l'origine des difficultés rencontrées par les agents (en individuel ou en collectif), car il apportera un point de vue objectif, neutre, et factuel, que peu d'autres personnes dans la structure pourrait fournir.

Ce qui est fort dans la rencontre psychologue/soignant, c'est cette part d'informel, qu'il faut forcément, pour justement comprendre tout ce qui se joue autour du soignant : autour de sa fonction, de son service, dans les relations interpersonnelles avec les collègues, la hiérarchie, et les patients. C'est par cette implication quotidienne dans la vie de tous les services que les liens

apparaissent, permettant de mettre en évidence la systémie² existant au sein d'une institution comme l'hôpital. L'individu fait partie d'un système ; il est ainsi influencé dans sa façon d'être, aussi bien par lui-même que par les autres et son environnement. Chaque individu n'a la réalité que de sa propre vision, et ne peut que supposer, fantasmer ce que vivent les autres. En échangeant sans cadre officiel (mais garantissant toujours la confidentialité par sa position déontologique), le psychologue du travail va ainsi reconstituer les différents enjeux de tous, qui se heurtent et qui interpellent les positionnements de chacun. Et bien que le travail soit ici axé sur les soignants, l'hôpital n'est pas composé que de personnels médicaux et para-médicaux, mais aussi d'administratifs, chauffeurs, brancardiers, lingères, standardistes... Et le système en ça devient complexe, car chacun y a une action, ce qui impacte (en bien ou en mal) les interactions entre tous. En ayant cette vision globale, le psychologue du travail fera donc les liens et aidera l'agent qui le consulte à élaborer une autre construction de la réalité. Il pourra alors réfléchir aux positionnements de son entourage professionnel, ce qui lui permettra alors de se décaler de son unique vécu pour mieux comprendre sa globalité.

La neutralité du psychologue est importante et nécessaire dans l'institution, entre la direction et les personnels. Il ne faut pas qu'il appartienne plus à un côté qu'à l'autre ; se positionner ainsi serait une erreur. La particularité du psychologue du travail c'est cette objectivité et neutralité à tous niveaux ; sa place est vraiment là. Il n'en reste pas au seul travail réalisé avec les individus et les équipes qui le sollicitent, mais bien à une coopération avec l'encadrement.

Pour ma part, j'échange régulièrement avec les cadres de santé lorsque je visite les services de l'hôpital. Ils apportent leur vision des difficultés, leurs inquiétudes sur des agents en particulier, ou sur des changements à venir. Leur position de proximité avec les soignants offre un point de vue précieux sur les besoins existants. Les cadres de santé me sollicitent facilement pour proposer des groupes de paroles suite à une situation précise, ou bien m'alerter des difficultés que peut rencontrer un service, me permettant ainsi de me rendre disponible pour les soignants s'ils le souhaitent. Ce travail coopératif permet d'offrir un soutien lors de moments clés dans la vie d'une équipe.

² <https://www.solidarites-usagerspsy.fr/>

La présence de psychologues dans le domaine de la santé au travail, le fait qu'ils soient représentés comme acteurs de santé et de soin au travail, comme « personnes ressource », est reconnue comme utile, voire essentielle pour éviter des « drames », pour reprendre l'expression d'un participant à cette étude. Mais cette position du psychologue, ici présentée comme un atout par les soignants interrogés, peut aussi être un frein au dispositif ressource proposé par l'établissement.

3. Les réticences des soignants à rencontrer le psychologue du travail

Question 3 : <i>Quelles seraient les réticences à aller voir un psychologue du travail pour un soignant ?</i>	
Sous-thèmes	Extraits du discours
La crainte de parler de ses difficultés	« La peur de se dévoiler. C'est difficile de se mettre à nu, on parait toujours, on met une blouse. Se déshabiller émotionnellement devant quelqu'un d'autre que soi, c'est difficile » « C'est dur de se remettre en question, il y a un travail psychologique à faire en amont »
La méconnaissance du métier de psychologue du travail	« On ne sait pas à quel moment on doit voir un psy [psychologue clinicien], et encore moins un psychologue du travail » « Ils iraient voir le psychologue du travail si ça avait un sens. Mais pour beaucoup, ça ne sert à rien, ils n'y voient pas l'utilité » « Beaucoup ignorent qu'on peut voir la psychologue sur son temps de travail » « La peur du jugement, de l'absence de confidentialité, d'une trace »
L'expertise du soignant	« Il existe un complexe de supériorité : il n'y a pas besoin, ça se gère, ça va se calmer » « Le pouvoir du soignant : tous ces soignants restés soignants, c'est ancré, ils n'ont pas eu besoin avant, pourquoi ils auraient besoin maintenant ? » « Un soignant a tendance à s'oublier et à faire passer les autres en premier » « Les soignants ne savent pas prendre soin d'eux, c'est une blessure narcissique, on fait ce métier pour se soigner soi-même, donc on ne va pas identifier nos difficultés » "On est faussement expert. On risque de manquer de pertinence, on ne peut pas être autonome car on n'est pas expert de notre bien-être »

Les liens avec l'institution	« Les contraintes organisationnelles : le temps médical est source de revenus pour l'hôpital, on essaie donc de nous empêcher d'avoir du temps à consacrer à d'autres activités que du soin » « L'absence de confiance par rapport à la hiérarchie et à la diffusion d'information ; on ne sait pas trop où va partir l'information qu'on livre » « L'hôpital m'a mis dans cet état, je ne pouvais pas aller voir le psychologue de l'hôpital car je le reliais ça, c'était le transfert du mauvais objet »
------------------------------	--

Ce thème de la réticence des soignants à consulter le psychologue du travail de l'établissement est celui pour lequel le plus d'hypothèses avaient été émises. Pour rappel :

- par pudeur/honte d'avoir besoin d'écoute, d'aide, d'accompagnement ;
- par crainte de manque de confidentialité, d'objectivité du psychologue du fait d'être interne ;
- par méconnaissance du rôle et des missions du psychologue.

Les entretiens réalisés tendent à soutenir ces hypothèses, comme en témoignent les extraits des discours présentés dans le tableau précédent. En effet, en termes d'occurrences de ces sous-thèmes revenus régulièrement dans le discours, on trouve la crainte du soignant de parler de ses difficultés, par peur de jugement, d'exposer une forme de vulnérabilité, de questionner ses pratiques, ses relations, sa gestion des émotions... Tout cela génère une certaine retenue chez les soignants, qui préfèrent ne pas parler de ce qu'ils vivent. En parallèle, les soignants sont des experts, et n'ont de fait pas besoin de se soigner car c'est leur métier, leur compétence.

Ce positionnement de « toute puissance du soignant³ » provenant de l'idée que le soignant aurait le pouvoir de maîtriser le cheminement du patient, prend de l'ampleur sur la vie du soignant en général. La société a conféré pendant longtemps aux soignants une certaine puissance, un pouvoir sur l'être humain fragilisé par la maladie et ignorant les mécanismes, les traitements de telle ou telle maladie, le rendant alors totalement livré au corps médical, détenant la science. Ainsi, il est le sachant, le sauveur, et n'a pas besoin d'aide, car il ne faillit pas.

Les discours des soignants interrogés pointent un « défaut narcissique », un « complexe de supériorité », parlent de « pouvoir du soignant ». Ce « fantasme de réparation⁴ » explique que, à

³ et ⁴ Delieutraz, S. *Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé*. Cliniques, 2012/2, pp. 146-162.

travers le patient, le soignant se répare, ou bien répare un proche. Une culpabilité peut être sous-jacente à ce choix de métier, et il est donc nécessaire d'être conscient de ses motivations pour ne pas être débordé par certaines situations, notamment celles où il n'est pas possible de « réparer ». Mais par pudeur, le soignant n'en parlera pas forcément, ou se limitera à un cercle de collègues proches, mais qui, partageant peut-être la même souffrance, ne sauront pas apporter l'écoute nécessaire.

Un participant aux entretiens disait « *Il y a des situations où les liens d'amitiés et professionnels sont mélangés, et on se retrouve parfois à occuper une place qui n'est pas la nôtre. On ne peut pas s'improviser psy* ». Ici est soulevée la limite de ce système hospitalier. Les collègues sont souvent cités comme ressources au travail, c'est-à-dire que les relations d'équipe, la solidarité entre pairs motivent à venir travailler, compensent les aspects négatifs ou difficiles du poste. Mais à la fois, cela peut empêcher l'objectivité, la confiance totale, l'expression du ressenti pur, pour cultiver cette force contre toute épreuve que possèderaient les soignants.

La seconde hypothèse concernant la crainte de la confidentialité rejoint en un sens l'hypothèse suivante sur la méconnaissance du métier de psychologue du travail. Les répondants expriment qu'une des raisons freinant les soignants à rencontrer le psychologue du travail serait la peur de fuite ou remontée d'informations à la direction. Or, un psychologue du travail est soumis au même code de déontologie que tout psychologue « une obligation de discrétion⁴ » : respect de la personne, de sa vie privée, de la confidentialité. Sans accord du patient, le psychologue ne divulguera rien à quiconque. Là où le positionnement du psychologue du travail est différent, surtout en interne, c'est qu'il a une mission de prévention des RPS, et pour ce faire, il va analyser les situations individuelles, collectives et institutionnelles. C'est ici que certains ne font pas forcément la différence entre ce qui est livré en individuel, qui reste confidentiel, et ce que le psychologue du travail va observer lors de ses visites, ce que vont lui rapporter les cadres, ce qu'il va comprendre de l'organisation. Cette mission d'alerte reste une composante essentielle du métier, et tant que la neutralité et la confidentialité sont préservées, le psychologue ne trahit en rien les personnes reçues individuellement.

Comme expliqué dans la partie précédente, cette place centrale qu'occupe le psychologue du travail va permettre aux deux parties (personnels et direction) de se rejoindre et de penser les questions en

⁴ Code de Déontologie des psychologues 2021

lien avec la gestion et le vécu des personnels. On peut alors constater que dans les représentations, les soignants craindraient le psychologue du travail pour cet aspect-là.

Une autre réalité est aussi le fait que les soignants expriment un mal-être dans leur travail, au niveau des conditions de travail, des exigences émotionnelles, du manque de reconnaissance, depuis longtemps : grèves, positionnements des syndicats, arrêts maladie, burn-out... Il s'agit d'une population en souffrance, qui estime avoir alerté, en vain. Du point de vue de la direction, le ressenti est autre : elle exprime souvent l'impression d'avoir tenté de répondre du mieux possible et se sent dépassée par la colère des personnels alors que des décisions et des actes concrets et réels correspondants à leurs récriminations ont été effectués.

Ainsi, proposer d'aller voir le psychologue du travail leur semble inutile. Que changera-t-il ? Quelle action aura-t-il ? Pour certains soignants, cela ne sert à rien, le psychologue ne pourra rien apporter de plus, et ils mettent alors en échec le métier en tant que tel.

Enfin, une autre raison de réticence a été exprimée dans quelques discours et qui n'avait pas été repérée lors de la rédaction de la problématique : le psychologue du travail représente l'institution, et est de fait relié à la souffrance causée par l'institution. Pour certains, l'hôpital est le mauvais objet, responsable de leur mal-être, de leur burn-out, de leur colère. Face à ce vécu des situations, aller voir le psychologue du travail, qui appartient à l'hôpital, c'est quelque part aller voir quelqu'un qui le fait souffrir. Pour une des personnes interrogées : « *Ça donne l'impression qu'il n'y a pas de secret professionnel. Je me suis sentie plus en sécurité en voyant quelqu'un à l'extérieur* ».

Or, tout l'apport du psychologue du travail et des atouts que sa position interne peut apporter, comme décrits précédemment, sont ici ignorés ou tout simplement inconnus. Le soignant en souffrance, va donc assimiler tous les acteurs qui pourraient l'aider, à cette institution défaillante qui n'a pas su lui apporter bien-être et épanouissement au travail. En fermant ainsi la porte car se sentant en quelque sorte acculé, le soignant s'isole. Et s'il n'a pas le réflexe de chercher de l'aide en dehors, il risque d'intégrer cette souffrance et de se perdre petit à petit.

Les entretiens ont également révélé le manque de temps des soignants pour se consacrer à eux, à leur bien-être. Ce « manque de temps » a une double signification :

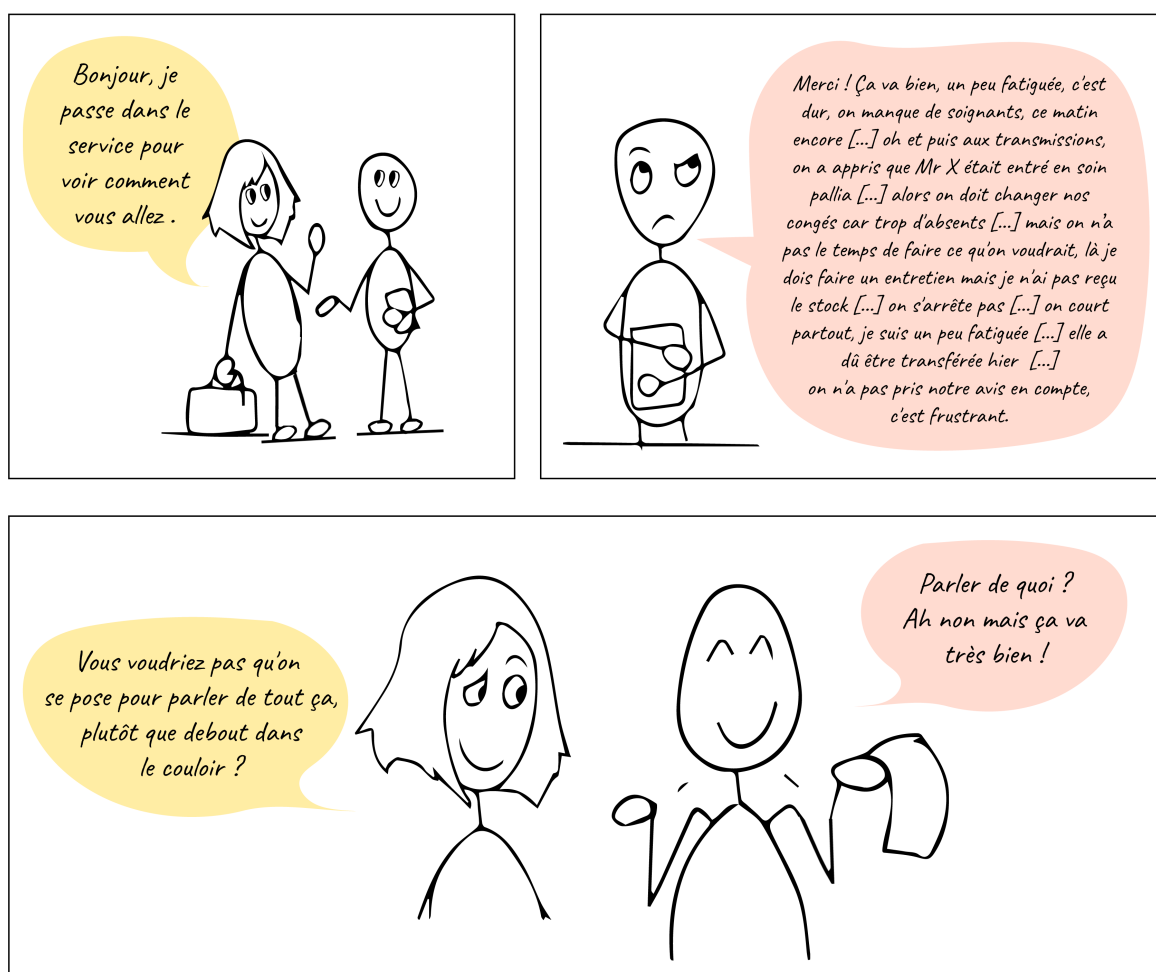
- manque de temps concret : on travaille, on est épuisé, on n'a pas envie après la journée d'aller parler travail avec un psychologue sur notre temps libre. Pour des personnes interrogées, « *l'institution devrait prendre soin de nous, et nous accorder du temps rémunéré dans ce cadre, car c'est elle qui nous met en souffrance* » ; « *l'institution n'aide*

pas les soignants à prendre soin d'eux, voire même l'inverse, c'est un manque de reconnaissance ».

- manque de temps ressenti : un répondant m'a dit « *ça, c'est une fausse excuse. Si on veut avoir du temps, même sur son temps de travail, on peut. Ce n'est pas un manque de temps, c'est un manque de volonté dû à une peur d'exposer sa vulnérabilité* ».

Ce qui semble ici ressortir est surtout que le soignant va accepter de prendre soin de lui si l'institution (la société ?) reconnaît qu'il en a besoin, car de lui même, il va bien. Mais si le psychologue du travail est là pour le soutenir, l'écouter, l'accompagner, et que l'institution autorise ses personnels à consacrer du temps à ce dispositif, alors l'accès sera facilité car la souffrance/difficulté du quotidien professionnel sera reconnue.

« Il faut être prêt, se sentir en confiance. Mais souvent, [les soignants] trouvent des excuses pour dire "non" (pas de temps, ça va aller, etc...) ».



4. L'apport d'un psychologue du travail au soignant

Question 4 : <i>Qu'est-ce qu'un psychologue du travail peut apporter à un soignant ?</i> Question 5 : <i>Pourquoi prendre soin des soignants ?</i>	
Sous-thèmes	Extraits du discours
Besoin d'exprimer sa souffrance	« Les soignants, on est des éponges. A un moment, il faut évacuer tout ça avec quelqu'un qui comprend la difficulté de nos métiers, la détresse qu'on reçoit tous les jours des patients » « On a beau être formé et professionnel, on reste humain, et on a besoin d'échanger, de dénouer ce qui se passe » « On ne comprend nos mots/maux que lorsqu'on les entend »
Une prise de conscience de ses difficultés	« Le soignant ne va penser qu'à l'aspect individuel, pas à l'enjeu collectif qui permet de discuter d'une situation aigüe en équipe » « Il y a des enjeux partout, parce qu'on est dans l'humain. La psychologue du travail est là pour nous le rappeler et pour rappeler la relation soigné/soignant, la valeur du soignant » « Il y a des modes de fonctionnements qui ne conviennent pas, et la psychologue du travail peut nous aider à travailler sur ça » « On est dans des métiers où on prend soin des autres, il faut donc prendre soin de soi, c'est important de poser ses difficultés avec quelqu'un pour en prendre conscience »
Un espace bienveillant	« La fatigue du soignant est là, il est important de l'exprimer, de la dire. Le psychologue du travail offre cet espace » « C'est une rencontre à faire » « Le psychologue du travail aide à la prise de recul et de distance professionnelle indispensable pour le soignant »

L'intérêt de fournir un dispositif d'écoute et de soutien dans un hôpital est clairement identifié par les répondants : le soignant semble avoir conscience des impacts de son métier, de son quotidien professionnel, sur sa santé mentale puisqu'exposé régulièrement à la souffrance des patients, à la gestion de ses propres émotions.

Lorsque je reçois des agents, souvent ces derniers me demandent, presque sur un ton de défi : « Mais vous, vous allez faire quoi ? ». Pour eux, il s'agit d'une question rhétorique, ironique. Moi, je perçois le cynisme, la perte d'espoir. Car au final, ils sont quand même là, devant moi, pour parler d'eux. Ils ont fait la démarche, ils ont accepté de se prêter au jeu de la parole, de l'expression de leurs difficultés. Une fois, un soignant est revenu par la suite me dire que même après notre entretien, il ne voyait pas l'utilité de la rencontre, et que ce n'est que quelques temps plus tard qu'il a réalisé qu'il avait cheminé et adopté une position différente, et que finalement « vous n'avez pas servi à rien ! ».

Les soignants sont un public où il est essentiel d'être au clair avec son positionnement, son choix de métier. C'est un métier difficile, exposant, technique, mais de vocation, où on est exposé à la souffrance, à la maladie, à la mort. Ils viennent interpellé de grandes angoisses humaines, où presque tous les facteurs de RPS sont présents, à la fois dans l'environnement et dans l'exercice du métier.

Un des rôles du psychologue du travail pour le soignant est là : l'aider à garder ou à retrouver le sens du travail, dans ce qu'il fait, ce qu'il est. Donner un sens au travail est un enjeu crucial car la perte de sens peut s'avérer dommageable voire désastreuse à la fois pour la personne, mais aussi pour le collectif, l'institution, et au final, le patient. On retrouve ici aussi le principe de système entourant l'individu.

Ce sens du travail peut se définir à travers la perception qu'a l'individu du travail en lui-même, de ce que son travail produit, et de son rapport à ce travail. Ses expériences viennent alimenter cette perception de son travail, et de ce que sa situation de travail (son contexte) lui offre. Autrement dit, selon comment la personne s'approprie cette situation de travail et toutes ses composantes, le travail en lui-même fera plus ou moins sens, et permettra l'épanouissement -ou non- de la personne. Le sens du travail est une ressource forte aux soignants, souvent couplée avec ce sens du service public. Un des soignants interrogés disait : « *La fonction publique, c'est aider son prochain, quelque soit la personne, sa religion, ses moyens, ses croyances. C'est le sens même du service public. C'est l'hôpital* ».

Soigner reste un métier de vocation, chargé de sens propre à chacun : il y a une identité, une valeurs, une utilité, et c'est ça qu'il faut questionner, entretenir, ramener.

Pour les soignants interrogés, le besoin de parler, d'échanger leur son vécu est indispensable car, pour garder la bonne distance et ne pas aller trop loin dans la projection, il faut pouvoir poser ces choses. Tous l'ont dit : « *pour soigner, il faut savoir se soigner* », « *on ne peut pas s'occuper des autres si on ne s'occupe pas de soi* », « *la fatigue du soignant est là* ».

Le fait de travail avec l'humain, pour l'humain, à travers le soin, l'intime de l'autre, rappelle forcément à soi le soignant. Il faut savoir où il se positionne, comment il gère ce à quoi il est exposé au quotidien.

Le psychologue du travail est là pour donner un cadre, offrir cet espace où les soignants pourront dénouer ce qui se passe, car cela peut être douloureux et il est important de comprendre les enjeux de ce dispositif. Le psychologue, que ce soit en individuel ou en collectif, est là pour aider les soignants à se rappeler leurs valeurs, leur lien avec le patient, et le système qui évolue autour du soin du patient.

« *On te prépare pas à encaisser tout ce que tu vas encaisser, il faut savoir lâcher de temps en temps et t'armer pour affronter tout ce que tu dois affronter* ».

A un moment donné, le besoin de faire un point sur soi apparaît. Un soignant a tendance à s'oublier et à faire passer les autres en premier. Le besoin de poser sa souffrance existe, est connu, mais n'est pas pour autant réalisé par tout le monde, comme vu précédemment. Or, le lien à faire entre leur ressenti, le travail de soin autour des patients, et l'organisation qu'est l'hôpital est primordial.

En ça, le psychologue du travail est là dans un premier temps pour écouter le soignant, lui permettre de poser son histoire, verbaliser son intime, en étant entendu, en toute confiance.

Dans un second temps, il mettra du liant entre ce vécu, confié en toute humilité, et l'institution. Rappeler sa place dans ce système de soin, la complexité de l'alliance entre la position de soignant et d'agent du système public hospitalier.

Enfin, le psychologue pourra l'accompagner par des rencontres régulières pour constater son cheminement, le réorienter vers un autre type de soutien thérapeutique, permettre aussi une rencontre avec l'hôpital, pour enlever cette image de mauvais objet et permettre ici aussi une reconstruction du lien de confiance, en passant par le psychologue, qui est là pour aider à questionner l'organisation, le travail, et les liens établis avec ses ressentis.

Le psychologue du travail peut également aider les soignants à se regrouper dans un même espace, dans un cadre bienveillant et non jugeant, où s'exprimera alors une autre parole du fait du collectif.

On sait qu'on partage et vit les mêmes situations, mais on ne les ressent pas forcément pareil, et même si on en parle souvent, là le contexte serait créé pour cet échange de ressentis, et cela donnera alors une toute autre dimension au partage du vécu, d'autant que supervisé par un tiers neutre, la dynamique commune en sera différente.

Il faut prendre soin des soignants, les aider à comprendre leur souffrance, leurs difficultés, les aider à les analyser, à les identifier, en individuel et en collectif. Et pour cela, il faut aller à leur rencontre. Ils ne viendront pas toujours spontanément, pour la plupart des raisons énumérées précédemment, et pour d'autres qui leur appartiennent. Mais aller vers eux, par de l'informel, par la proposition d'actions collectives, aidera à dénouer nombre de situations. Il faut prendre extrêmement soin de ces personnes car dans ces métiers, l'exigence qui leur est demandée est importante. Il n'y a pas que de la technique de soin, mais bien cette gestion d'émotions, quotidiennement, qui peut parfois laisser des traumatismes et que les soignants déniaient souvent. Ils sont marqués, ils n'en parlent pas, et un jour, grâce à cet espace offert par le psychologue, ils ouvrent une fenêtre. Il faut savoir saisir l'instant car souvent, le fait d'exprimer ce qui était refoulé surprend, et cette fenêtre peut alors vite se refermer. L'expertise du psychologue (spécialité travail ou clinique), est donc de permettre cette ouverture suffisamment longtemps pour faire prendre conscience du besoin de travailler cet événement traumatique. Par un travail thérapeutique, qui à ce moment-là est plus propre au clinicien (dont l'orientation sera faite pour le psychologue du travail), le soignant travaillera ce traumatisme, l'acceptera, et avancera. La résilience est importante, et il faut pouvoir faire des blessures une force.



PARTIE 5 : DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Intérêts et limites de l'étude

Il a été très intéressant de pouvoir questionner ces quelques soignants sur leur vision de leur quotidien professionnel et leur gestion d'eux mêmes, de leurs ressentis et émotions. Ce qu'ils ont exprimé était d'abord leur propre ressenti, et ensuite ce qu'ils pensaient que les soignants ressentaient sur le sujet. Obtenir ces représentations que le sujet se fait des divers groupes auxquels il appartient (identité sociale objective), permet de souligner la différenciation intragroupe.

La limite de l'étude ici réalisée est qu'il y a peu de soignants interrogés, et aucun critère socio-démographiques (âge, genre, ancienneté) n'a été pris en compte, à part le métier et le lieu d'exercice. Les discours exprimés fournissent donc seulement une tendance, mais il apparaît que peu importe le poste occupé, les soignants identifient nécessaire le fait de prendre soin d'eux afin d'assurer la meilleure prise en soin des patients, et ont ainsi une représentation plutôt positive de l'importante place que peut avoir le psychologue du travail dans les hôpitaux et de ce qu'il peut leur apporter.

Les soignants identifient aussi que, du fait de cette position à l'interface entre ressentis des personnels et contraintes de l'organisation, le psychologue du travail est amené à oeuvrer auprès des directions, mais les représentations qu'ils ont de cette action est mitigée : leur faire prendre conscience de la réalité du terrain, et rendre ainsi le contexte autour de la situation du soignant, peut être un atout, mais en revanche, cela peut être également un frein, car cette proximité psychologue du travail/direction est souvent mal perçue et crée des craintes sur d'éventuels éléments qui seraient transmis à l'encontre des soignants. Les représentations relevées lors de cette étude montrent ainsi la méconnaissance des missions du psychologue du travail et du cadre de ses actions, les soignants n'identifiant pas ce rôle d'aide à la prise de conscience de la direction sur le fait qu'il peut être opportun de s'attacher à voir les personnels comme des êtres humains qui ont besoin d'être considérés dans toute leur dimension professionnelle, plutôt que comme uniquement des ressources. Ainsi, le psychologue du travail interne a également cette mission de clarification à remplir, et sa manière de le faire permettra soit de faciliter la rencontre avec l'agent, soit de l'empêcher.

2. Apports de l'étude sur le plan professionnel

Il était particulièrement intéressant pour moi de percevoir les représentations qu'ont les soignants d'eux-mêmes (apports provenant des entretiens mais également des échanges vécus au cours de ce DIU), et à l'égard du poste que j'occupe. Cela me donne des clés de compréhension face aux réticences de ces professionnels à venir déposer leurs difficultés, et confirme le besoin qu'ils ont de pouvoir les déposer.

Je découvre encore ce poste de psychologue du travail dans le milieu hospitalier. C'est un métier finalement assez mouvant : chaque psychologue du travail hospitalier le construit petit à petit.

Ma pratique grandit de jour en jour, au rythme des rencontres que les soignants (et non soignants) m'offrent, de ce que je comprends à leur contact, de leurs propres pratiques, besoins, craintes. Mais aussi par les liens avec l'institution même, et tous ces autres enjeux plus politiques, économiques, cadrant l'hôpital. Il reste important que je communique et que j'échange afin que les personnels de l'hôpital connaissent et comprennent ce que je peux leur apporter au quotidien, et l'intérêt qu'ils ont à réaliser cette rencontre.

BIBLIOGRAPHIE

1. Arnoux-Nicolas, C. « Donner un sens au travail. Pratiques et outils pour l'entreprise ». Dunod, 2019.
2. Benallah S., Domin J.-P. *Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?* La Revue de l'Ires 2017/1-2 (n° 91-92), pages 155 à 183.
3. Benallah S. *Comment va la santé en France ?* Cahiers français - N° 408 janv-fev -2019.
4. Delieutraz, S. *Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé.* Cliniques, 2012/2, pages 146-162.
5. Grenier-Pezé, M., (2001). Contrainte par corps : le harcèlement moral. *Travail, genre et sociétés*, 2001/1 N° 5, p. 29-41.
6. François, F. ; Broekaert, S. ; Berthomier, M.-P. Le secteur hospitalier se transforme : incidences sur l'individu et le collectif de travail. *Connexions* 2010/2 (n° 94), pages 135 à 14
7. Massin C., Sauvegrain I. *Soigner sans s'épuiser. Le défi des infirmières et soignants.* Editions Lamarre, 2014.
8. Michel M., Thibon L., Walicki M. *Les risques psychosociaux à l'hôpital. Evaluer, prévenir, agir.* Editions Lamarre, 2016.
9. Pezé, S. *Les risques psychosociaux. 30 outils pour les détecter, les gérer et les prévenir.* Vuibert, 2015.
10. Scheller L., Arbib R., Druet L., Reure E. *Psychologue du travail à l'hôpital : un métier impossible ou en construction ?* Nouvelle revue de psychosociologie 2006/1, pages 13 à 29.
11. Stringre, D. *La fonction publique hospitalière.* Collection « Que sais-je », PUF, 1999.
12. Truche, E. « *Les représentations de la psychologie et du psychologue chez les médecins du Service des Maladies Professionnelles et Environnementales (SMPE)* ». Mémoire non publié - Master 2 Psychologie de l'Accompagnement Professionnel : Approches cliniques et sociales, 2012.
13. Vignerat, B. *Puissance et faiblesse des soignants : mythe ou réalité ? mémoire du D.U. d'éthique médicale et de pratique des soins, année 2010-2011* Mai 2014

Liens internet

<http://www.codededeontologiedespsychologues.fr/Code-de-Deontologie-des.html>

<https://www.vie-publique.fr/eclairage/271436-quelles-instances-de-dialogue-social-dans-la-fonction-publique>

www.inrs.fr

www.service-public.fr

www.apec.fr

www.cairn.info

<https://www.solidarites-usagerspsy.fr/>

Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Les représentations sociales des soignants hospitaliers sur le rôle du psychologue du travail en institution

1. Pouvez-vous donner trois mots qui vous viennent à l'esprit lorsque vous pensez à « psychologue du travail » ?
2. Quel est l'intérêt d'un tel poste dans une structure hospitalière ? Quels sont ses atouts ?
3. Quelles seraient les réticences à aller voir un psycho du travail pour un soignant ?
4. Qu'est-ce qu'un psychologue du travail peut apporter à un soignant ?
5. Pourquoi prendre soin des soignants
6. Prendre soin de soi en tant que soignant