

**UCL**

Université  
catholique  
de Louvain

Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication (ESPO)  
Ecole de communication (COMU)

# Les espaces d'expression en milieu hospitalier et leur impact sur la prévention des risques psychosociaux chez le personnel infirmier

Le cas du Centre Hospitalier Medixi

Mémoire réalisé par  
**Coralie Waeyenbergh**

Promoteur(s)  
**François Lambotte**

Année académique 2017-2018  
**Master [120] en communication, à finalité spécialisée**  
**Gestion de la communication d'organisation et des relations publiques**







Les espaces d'expression en milieu hospitalier et  
leur impact sur la prévention des risques  
psychosociaux chez le personnel infirmier

Le cas du Centre Hospitalier Medixi

Mémoire réalisé par  
**Coralie Waeyenbergh**

Promoteur(s)  
**François Lambotte**

Année académique 2017-2018  
**Master [120] en communication, à finalité spécialisée :**  
**Gestion de la communication d'organisation et des relations publiques**

## **Remerciements**

Je tiens à remercier les différentes personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je voudrais remercier M. F. Lambotte pour son accompagnement, son soutien, son aide et ses précieux conseils au fil des mois en tant que promoteur de ce mémoire.

Je voudrais également remercier Mme C. Donjean pour m'avoir facilité l'accès au Centre Hospitalier Medixi, sans lequel je n'aurais pas pu mener ma recherche empirique, et pour l'inspiration donnée à ma recherche.

Je remercie Mme G. D. directrice du département infirmier du Centre Hospitalier Medixi, pour son feu vert indispensable à la réalisation des observations et des entretiens, et, de manière générale, pour sa bienveillance à l'égard de mon projet.

Je tiens à remercier tout particulièrement l'infirmière cheffe de service pour son enthousiasme, son intérêt et sa bienveillance qui ont grandement facilité la recherche sur le terrain. Au même titre, je remercie chaleureusement l'ensemble des infirmiers/ères qui ont accepté ma présence au sein du service lors des observations, ainsi que ceux qui se sont portés volontaires pour répondre aux questions des entretiens.

Je voudrais également remercier le secrétariat de l'École de communication (COMU) de l'Université catholique de Louvain pour les informations communiquées tout au long du processus, ainsi que le personnel académique, en la personne de M. S. Févry, pour l'aide et la direction données au cours de « Séminaire d'accompagnement du mémoire ».

Enfin, je remercie ma famille pour le soutien apporté depuis toujours.

## **Table des matières**

<b>Remerciements.....</b>	<b>6</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>7-8</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>9</b>
• Présentation globale du sujet.....	9
• Motivations personnelles.....	9
• Plan du mémoire.....	10
<b>Partie contextuelle.....</b>	<b>12</b>
• Le « burn-out », ou épuisement professionnel.....	12
• Le phénomène de rationalisation du travail.....	14
• Le paradoxe du secteur hospitalier.....	15
• Les conditions de travail du personnel infirmier.....	16
• La piste des espaces d'expression.....	18
<b>Problématique.....</b>	<b>20</b>
• Domaine.....	20
• Thème.....	20
• Question de recherche.....	20
• Hypothèse.....	21
• Pertinence et originalité.....	21
<b>Partie théorique.....</b>	<b>24</b>
• La parole comme élément structurant et organisant du travail.....	24
• La parole comme création de sens commun au travail.....	26
• La parole comme reconnaissance et validation de la souffrance.....	28
• La parole comme élaboration collective de solutions.....	30
• Les espaces d'expression en milieu hospitalier.....	32
○ Imprécision du concept.....	33
○ Exemples d'espaces d'expression en milieu hospitalier.....	33
○ Conditions pour une mise en œuvre durable.....	36
○ Limites du dispositif.....	38

<b>Méthodologie.....</b>	<b>41</b>
• Corpus.....	41
• Outils.....	41
• Procédures suivies.....	42
○ Entrée et contacts préalables.....	42
○ Phase d’acclimatation et observations.....	43
○ Entretiens.....	45
○ Récolte des données.....	45
○ Traitement des données.....	46
• Adaptations apportées à la méthode.....	47
○ Entrée et contacts préalables.....	47
○ Phase d’acclimatation.....	47
<b>Partie empirique.....</b>	<b>48</b>
• Les observations.....	49
• Les entretiens.....	57
<b>Partie interprétative.....</b>	<b>63</b>
• Interprétation des résultats.....	63
• Retour sur la problématique.....	69
<b>Conclusion.....</b>	<b>72</b>
<b>Recommandations.....</b>	<b>74</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>75</b>
<b>Annexes.....</b>	



## **Introduction**

### **Présentation globale du sujet**

Ce mémoire porte sur la souffrance au travail du personnel infirmier et sur les moyens qui peuvent être mobilisés pour réduire cette souffrance, du moins pour rendre la situation vivable au quotidien.

En particulier, ce mémoire étudie les espaces d'expression en milieu hospitalier et l'impact que ces derniers peuvent avoir sur la prévention des risques psychosociaux (RPS) chez le personnel infirmier.

Pour cela, le mémoire fait appel aux études faites jusqu'ici sur la place et le rôle de la parole et du langage au travail et au sein des organisations sociales comme le milieu hospitalier.

### **Motivations personnelles**

*« Je me suis demandé comment il était possible qu'à l'endroit où des hommes soignent des autres hommes, le travail lui-même puisse engendrer la maladie. » (Jérôme Le Maire)*

Cette phrase de Jérôme Le Maire, qui introduit son documentaire « *Burning out, dans le ventre de l'hôpital* », résume parfaitement les motivations qui m'ont poussée à réaliser ce mémoire.

Tout comme lui, j'ai toujours eu du mal à comprendre pourquoi le personnel infirmier était tellement exposé aux RPS (dépression, absentéisme, baisse de motivation, etc.) et en particulier au phénomène de burn-out professionnel, alors que ces personnes exercent un des métiers où il est le plus facile de trouver un sens : soigner et aider autrui.

Une fois passé le constat de la souffrance, cela m'importait de réaliser un mémoire présentant une solution, un moyen qui pourrait être mobilisé sur le

lieu de travail, et d'essayer de démontrer que ce moyen pourrait effectivement prévenir les RPS et ainsi améliorer la qualité de vie au travail du personnel infirmier.

À côté de cela, ce mémoire m'a permis de travailler sur l'influence de la parole et des interactions sur la prévention des RPS, dont le burn-out professionnel. Un domaine de recherche qui m'intéresse depuis longtemps.

### **Plan du mémoire**

#### a) Partie contextuelle

Afin de contextualiser le sujet sur lequel porte le mémoire, celui-ci débute par une partie contextuelle reprenant les différents points à considérer pour résoudre la problématique. Les différents points ainsi abordés sont le burn-out professionnel, le phénomène de rationalisation du travail, le paradoxe du secteur hospitalier, les conditions de travail du personnel infirmier et la piste des espaces d'expression.

#### b) Problématique

La problématique du mémoire est reprise tout de suite après. Elle présente le domaine et le thème dans lesquels il s'inscrit, la question de recherche qu'il traite, hypothèse qu'il soutient et, enfin, en quoi il constitue une recherche pertinente et originale.

#### c) Partie théorique

Le mémoire aborde ensuite la partie théorique et les outils issus de la littérature scientifique qui ont permis de résoudre la problématique et de confronter les résultats obtenus sur le terrain. Les points théoriques repris tournent autour de la place et du rôle de la parole et du langage au sein des organisations et du milieu hospitalier.

Cette partie théorique reprend également les différents points de la littérature existante sur les espaces d'expression en milieu hospitalier. Dans un premier temps, l'imprécision du concept « espaces d'expression » et ses conséquences sont mises en évidence. Par la suite, le point reprend les

différents exemples d'espaces d'expression déjà mis en place et observés par les auteurs, mais également les conditions préalables pour une mise en œuvre durable de ces espaces et les limites de ces dispositifs.

d) Méthodologie

Avant de présenter les résultats obtenus sur le terrain, le mémoire présente la méthodologie choisie pour mener la recherche empirique. Ce point reprend le corpus constitué par la recherche, les outils théoriques utilisés, les procédures suivies, notamment en matière de récolte et de traitement de données, ainsi que les adaptations apportées à la méthode tout au long de la présence sur le terrain.

e) Partie empirique

La partie empirique présente la recherche sur le terrain en tant que telle. Elle se concentre sur les résultats des observations et des entretiens.

f) Partie interprétative

La partie interprétative, découlant de la partie empirique, prévoit une interprétation des résultats obtenus sur le terrain lors des observations et des entretiens, ainsi qu'un retour sur la problématique du mémoire.

g) Recommandations

Enfin, en guise de seconde conclusion, une proposition de recommandations concrètes liées à la mise en place d'espaces d'expression en milieu hospitalier clôt ce mémoire.

## **A. Partie contextuelle**

### **Le « burn-out », ou épuisement professionnel**

Si le but n'est pas ici de redéfinir le phénomène du burn-out, il est malgré tout important de resituer certaines de ses caractéristiques afin de comprendre à quel point ignorer, décrédibiliser et ridiculiser les expressions de douleur ou de difficulté des individus au travail peut avoir de graves conséquences et, ironiquement, s'avérer contre-productif pour l'entreprise.

À l'inverse, le but est aussi de démontrer en quoi l'expression libre au travail pourrait prévenir ce problème ou, du moins, en limiter ses effets.

Depuis plusieurs années maintenant, le phénomène du burn-out professionnel occupe le devant de la scène médiatique et s'est invité, que les dirigeants le veuillent ou non, dans les réflexions stratégiques de management. Il y a un problème, et il n'est plus possible de taire ou de faire taire les plaintes.

Selon l'auteur et philosophe Pascal Chabot, le burn-out professionnel est à la fois une pathologie de civilisation et une affection individuelle. En d'autres mots, si ses causes résident dans des logiques sociétales puissantes (rationalisation, numérisation, bureaucratisation, etc.) qui dépassent et affectent l'individu, chaque cas est différent et dépend de la capacité de chacun à se protéger ou à trouver en lui les ressources nécessaires pour se redresser après pareille épreuve (Chabot, 2013).

Le burn-out professionnel est une maladie du « trop ». Il est la maladie d'un système frénétique qui prône l'adaptation plutôt que la réalisation de soi. Pascal Chabot résume assez bien la situation économique et technologique actuelle : « *L'excès de travail des uns répond à la frénésie de consommation des autres, suscitée par la voracité financière des troisièmes.* » (Chabot, 2013, pp. 52-53).

Dans ce contexte de frénésie globale, les individus ont du mal à faire entendre leur malaise, leur souffrance au travail. D'un côté, celui-ci est couvert par le bruit des activités quotidiennes. De l'autre, la fatigue est une maladie honteuse, un aveu de faiblesse qu'il faut cacher dans un monde de performances. Dès lors, l'expression du malaise, pour ceux qui l'osent, est un « (...) *signal [qui] se perd au milieu des autres impératifs et des exigences.* » (Chabot, 2013, p. 15).

De plus, les signaux de détresse seront très souvent attribués à la personnalité et à la fragilité de la personne. Selon l'auteur, ce constat est d'autant plus vrai lorsqu'il concerne les femmes : « *On imputera finalement à leur tempérament l'incapacité de se ménager. On leur dira : 'c'est parce que vous aimez cela, c'est votre nature, vous êtes trop dévouée, cessez de dramatiser...'* » (Chabot, 2013, p. 94). Le lien entre expression et performance est alors, une fois de plus, perverti.

« *Qu'est-ce que le burn-out, sinon une conséquence de ces régimes effrénés ? Ses symptômes de fatigue, d'anxiété, de stress ingérable, de dépersonnalisation et de sentiment d'incompétence dressent le portrait de personnes qui ont trop donné, sans recevoir ce dont elles avaient besoin.* » (Chabot, 2013, p. 5).

Parmi ces besoins, la reconnaissance du travail fourni est fondamentale. Les plaintes de manque de reconnaissance se retrouvent effectivement dans beaucoup de cas de burn-out. Or, pour l'organisation actuelle du travail, exprimer sa reconnaissance envers le travail d'autrui n'est pas facilement envisageable car peu utile et, surtout, couteux en termes de temps.

L'expression libre et spontanée, qui prend le temps de soigner les relations avec autrui et de considérer ses émotions, qu'elle se produise entre collègues ou entre niveaux de hiérarchie, peine à s'imposer dans ce système.

Pour l'auteur, il est pourtant possible d'enrayer la machine infernale et d'éviter le burn-out professionnel. En dehors des réflexions philosophiques

sur la quête de sens et d'épanouissement, il propose une reconsidération globale de l'organisation du travail et met, notamment, en évidence l'importance des liens et des interactions entre collègues, souvent considérés comme une perte de temps : « (...) *en nouant des liens et en restaurant une dimension collective et collaborative au travail, des garde-fous peuvent être créés ou renforcés. Il est souvent possible de se prémunir du burn-out.* » (Chabot, 2013, avant-propos, XIII).

Ces interactions sont importantes pour la parole libre et spontanée qu'elles permettent. Les réunions ne sont pas suffisantes. L'auteur rappelle, en effet, que ces moments, où « *chacun s'y montre sous son meilleur jour* », rassemblent des collègues non « *pas parce qu'ils s'apprécient, mais parce qu'ils travaillent ensemble.* » (Chabot, 2013, pp 71-72). Les réunions sont surtout le lieu de non-dits et d'émotions réfrénées (peur, jalousie, ambition, etc.) par le professionnalisme qu'elles imposent. Il est difficile de leur reprocher cela.

### **Le phénomène de rationalisation du travail**

Le burn-out professionnel est donc un problème partiellement sociétal qui peut notamment trouver ses racines dans l'idéologie tendance de rationalisation du travail qui prône des valeurs telles que « *la vitesse, la (sur)réactivité et le (sur)dépassement de soi* » (Bonneville & Grosjean, 2012, para.2). Dans ce modèle inspiré du fordisme, les ressources humaines, matérielles et financières doivent être gérées de manière optimale.

Si le modèle était pertinent à l'époque industrielle, il pose désormais problème dans une société constituée majoritairement d'organisations de services. Au sein de ce type d'organisations, « *dont le résultat est immatériel et donc non stockable* » (Ecalte, 1989 cité par Bonneville et Grosjean, 2012, para.2), ce n'est effectivement pas la quantité mais bien la qualité des services qui est cruciale.

Pour assurer cette qualité, le personnel doit pouvoir créer du sens à son travail, et ce, notamment grâce à la parole (échanges informels, réunions,

discussions au coffee corner, etc.). Or, dans le modèle rationalisé, la communication est approchée de manière instrumentale ; comme une simple transmission d'informations censée servir les objectifs de l'organisation, et rien d'autre. Quant à la parole en milieu de travail, elle est considérée comme une « *perturbation* », « *un frein potentiel à la productivité* » (Boutet, 2008 cité par Bonneville et Grosjean, 2012, para. 7).

Ces dernières années, la logique de rationalisation du travail poussée à son extrême a mené à l'émergence d'une « culture de l'urgence », « *où l'on fait la chasse au temps mort, celui des dialogues, des conversations* » (Bonneville & Grosjean, 2012, para. 8). Ce constat a amené certains auteurs à parler de « néotaylorisme » ou « post-taylorisme ».

Le phénomène de rationalisation du travail serait donc, selon Bonneville et Grosjean (2012), incompatible avec l'activité des organisations de services comme les hôpitaux, où les échanges et la parole sont primordiaux pour assurer une certaine qualité du service rendu.

### **Le paradoxe du secteur hospitalier**

Le secteur hospitalier est au cœur d'un paradoxe qui compromet tous les jours la mise en place d'une expression libre et spontanée en son sein. Ce paradoxe mêle à la fois le phénomène de rationalisation du travail et les conditions de travail du personnel infirmier.

D'un côté, la reconnaissance de la difficulté du métier d'infirmier et de l'épuisement psychique qui y est associé est bien présente, et « *la nécessité d'aider les équipes confrontées aux maladies graves, à la chronicité, à la mort* », reconnue de tous (Deneux, 2008, para. 7).

De l'autre, le secteur hospitalier, « *qui vise à exclure tout ce qui serait susceptible de faire obstacle à son efficacité, au moindre coût supposé* » (Deneux, 2008, para. 12), a beaucoup de mal à accorder du crédit à des espaces où le personnel infirmier pourrait prendre le temps d'exprimer sa souffrance dans le but de soulager son malaise.

Ce paradoxe, malgré tout compréhensible, explique pourquoi les espaces d'expression peinent à s'affirmer au sein du secteur hospitalier.

### **Les conditions de travail du personnel infirmier**

Le métier d'infirmier est un des plus pénibles qui soient. Le constat n'est pas neuf, mais il convient ici de reprendre certains traits difficiles de la profession afin de comprendre pourquoi elle est plus exposée que d'autres aux RPS.

Ces difficultés pourraient être classées en deux catégories :

- Les difficultés liées au métier d'infirmier ;
- Les difficultés liées au système actuel et à l'organisation du travail qui en découle.

#### a) Difficultés liées au métier d'infirmier

Le métier d'infirmier est pénible car il fait partie des « *professions d'aide* », pour reprendre les mots du philosophe Pascal Chabot (Chabot, 2013, p.59).

Selon lui, cette difficulté provient d'abord du fait qu' « *aider, c'est voir souffrir, et se confronter à l'imperfection et au défaut* » (Chabot, 2013, p.60), ce qui est très inconfortable pour l'être humain, amateur du « beau » par nature. Le personnel infirmier est, en effet, sans arrêt confronté à la maladie, à la souffrance et à la mort, malgré les soins prodigués, à l'image d'une baignoire sans bouchon que l'on s'amuserait à remplir.

Comme le fait remarquer l'auteur Alain Deneux, les contraintes ne sont pas les mêmes pour les médecins et le personnel infirmier : « *le médecin peut facilement s'abstraire des situations, les autres qui sont au plus près des patients et de leur vécu intime n'en ont guère la possibilité.* » (Deneux, 2008, para. 13).

Il affirme ensuite que ces professionnels doivent mener trois combats de front : un combat contre la maladie et la souffrance d'autrui, un autre contre



leurs propres émotions et un dernier contre les pressions d'une société impatiente (Chabot, 2013).

Enfin, le métier d'infirmier serait pénible car il ferait partie des « trois métiers impossibles » selon Freud (soigner, enseigner, gouverner), c'est-à-dire des métiers où le résultat, quels que soient les efforts fournis, sera toujours insuffisant (Chabot, 2013). Ce constat est sans doute un des facteurs les plus déterminants dans la perte de sens au travail dont souffrent les infirmiers/ères.

b) Difficultés liées au système actuel et à l'organisation du travail

Le système frénétique actuel engendre une organisation du travail centrée sur la compétition, la sur-exigence et la performance. Ainsi, « *l'univers professionnel – que ce soit l'entreprise, l'hôpital, l'école ou les services publics – est devenu froid, hostile et exigeant, sur le plan tant économique que psychologique.* » (Chabot, 2013, p.17). Cette nouvelle organisation ajoute du stress et des difficultés à chacun des métiers, ce qui rend le métier d'infirmier d'autant plus pénible qu'il ne l'était déjà.

-Comme d'autres professionnels, l'infirmier/ère se sent vidé(e). Les gardes se multiplient, faute de moyens pour embaucher d'autres personnes. À ses tâches quotidiennes s'ajoutent désormais des tâches administratives qui ne faisaient pas partie de son contrat de travail (Chabot, 2013).

-Face à l'organisation industrielle de l'hôpital et du service, le sens de son travail devient de moins en moins évident. Il peine à se montrer enthousiaste et a du mal à se rappeler pourquoi il a choisi ce métier (Chabot, 2013).

-L'exigence se confond avec les limites, les objectifs atteignables se font rares et, une fois atteints malgré tout, la reconnaissance est pour ainsi dire inexistante. La logique de rentabilité s'impose au détriment d'une logique de qualité et de soins (Chabot, 2013).

-L'infirmier devient cynique et rejette petit à petit la dimension collective de son lieu de travail, pourtant vitale à son bien-être (Chabot, 2013).

À ces deux types de difficultés, il faut ajouter celles que l'on retrouve naturellement au sein de tous les métiers : « (...) *la qualité et la quantité du travail, sa pénibilité, le manque de contrôle, l'impression d'injustice, les rémunérations insuffisantes, les conflits de personne sont aussi en cause.* » (Chabot, 2013, p.18).

Si changer la structure actuelle du travail va demander beaucoup de changements de mentalités, de travail et, surtout, d'années (ne soyons pas de naïfs idéalistes), et que le métier d'infirmier est et restera ce qu'il est, il existe encore peu de garde-fous qui permettraient de rendre la situation vivable en attendant. Lorsqu'ils exercent leur profession, les infirmiers/ères n'ont quasiment aucune soupape à leur disposition qui leur permettrait de relâcher ce stress, d'exprimer ces difficultés et leurs émotions.

### **La piste des espaces d'expression**

Si, actuellement, la tendance organisationnelle consiste à rationaliser au maximum le temps de travail en exigeant de plus en plus de la part des employés, on observe également en parallèle une reconnaissance, encore timide certes, de la fonction sociale du langage et de ses bienfaits sur la qualité de vie au travail des employés d'abord, sur l'activité économique de l'organisation ensuite.

Comme le résume Boutet : « [...] *d'une conception organisationnelle du langage au travail comme contre-productif, tout juste toléré aux pauses, inutile pour la réalisation de l'activité prescrite, on passe dans le post-fordisme à une reconnaissance et une mise en exploitation économique des pratiques langagières des salariés.* » (Boutet, 2008 cité par Bonneville et Grosjean, 2012, para. 12).

Il s'agirait désormais d'approcher la communication, non plus de manière verticale (entre niveaux de hiérarchie, dans une logique d'efficacité et de

rentabilité), mais bien horizontale (entre individus partageant un même vécu, dans une logique d'expression et de bien-être) (Deneux, 2008).

Pour les chercheurs qui ont été amenés à travailler dans le milieu hospitalier, la nécessité des dispositifs d'expression y est évidente : « *Ces groupes [de parole], assez peu répandus, sont (...) une activité qu'il conviendrait de promouvoir et développer davantage* » (Deneux, 2008, para. 2), d'autant plus que les métiers qui y ont cours comprennent tout un tas de « *situations qui impliquent inéluctablement la vie psychique des soignants* » (confrontation répétitive à la mort, aux maladies, aux traitements lourds, etc.) (Deneux, 2008, para. 12).

Pour d'autres qui envisagent la problématique sous l'angle de la psychodynamique du travail (PDT), ces espaces d'expression constituent même une stratégie de défense collective mise en place par le personnel infirmier lui-même face à la souffrance vécue (Boivin-Desrochers, 2014).

Certaines organisations, conscientes ou inconscientes de leurs impacts positifs, ont instauré en leurs murs des espaces destinés à l'expression des employés, leur permettant ainsi de bavarder, d'extérioriser, de rire et de discuter. Ces espaces, « *lieux naturels de régulation et de décharges pulsionnelles* » (Deneux, 2008, para. 12), peuvent être physiquement délimités ou non, organisés ou improvisés, cadrés par la hiérarchie ou mis en place par le personnel infirmier lui-même, approfondis ou brefs.

C'est cette piste des espaces d'expression comme moyen de prévenir les RPS qui sera explorée dans la suite de ce mémoire.

## **B. Problématique**

### **Domaine**

Ce mémoire, qui souhaite démontrer l'impact positif des espaces d'expression sur la prévention des RPS chez le personnel infirmier, fait appel au domaine de la communication des organisations.

### **Thème**

Le thème du mémoire est celui de la parole et du langage au travail et des espaces d'expression. Il portera plus particulièrement sur le cas pratique du Centre Hospitalier Medixi<sup>1</sup> (Belgique).

### **Question de recherche**

La question de recherche qui en découle est la suivante :

*« Dans quelle mesure des espaces d'expression en milieu hospitalier peuvent-ils influencer la prévention des RPS chez le personnel infirmier ? Le cas du Centre Hospitalier Medixi (Belgique). »*

Par « *espaces d'expression en milieu hospitalier* », j'entends des lieux, formels ou informels, physiques ou intangibles, qui permettent aux infirmiers/ères de relâcher la pression, de décompresser, de dialoguer avec leurs collègues à propos d'un patient, d'un problème, ou simplement de la pluie et du beau temps et donc de se détendre, d'évacuer le stress. Dans ce mémoire, j'ai délimité ce type d'espaces au coin cuisine mis à la disposition du personnel d'un des services de l'hôpital Medixi.

Par « *prévention des RPS* », j'entends des éléments tels qu'une certaine aise au travail, un taux raisonnable de stress (tout en gardant en tête la nature stressante du métier), la motivation, la performance au travail, le sens au travail, la bonne humeur, la confiance en soi, l'intégrité personnelle, la

---

<sup>1</sup>Nom d'emprunt destiné à préserver l'anonymat du lieu étudié et de son personnel.

bonne entente et ambiance entre collègues et, bien entendu, l'évitement du burn-out professionnel.

Enfin, par « *personnel infirmier* », j'entends les infirmiers/ères d'un des services du Centre Hospitalier Medixi.

### **Hypothèse**

Mon hypothèse soutient que la parole libre au travail et les interactions entre collègues, rendues possible par la mise en place d'espaces d'expression, ont un impact crucial sur la prévention des RPS.

Le secteur hospitalier n'échappe, selon moi, pas à la règle. Bien au contraire, la parole libre et les interactions semblent y avoir un grand rôle à jouer pour garantir un minimum de bien-être aux membres du personnel.

Plus précisément, mon hypothèse soutient que la mise à disposition effective d'espaces d'expression pour le personnel infirmier a un impact positif sur la prévention des RPS, pour la parole libre et les interactions qu'ils permettent.

Mon hypothèse est donc la suivante :

*« La mise en place par l'hôpital d'espaces d'expression à disposition de son personnel infirmier a un impact positif sur la prévention des RPS chez ce dernier grâce à la parole libre et aux interactions qu'ils permettent. »*

### **Pertinence et originalité**

Le sujet de ce mémoire est pertinent car il s'intéresse à deux problématiques très actuelles : l'épuisement professionnel d'une part, et les conditions de travail extrêmement dures du personnel infirmier d'autre part.

Le « burn-out », ou épuisement professionnel, occupe ces dernières années le devant de la scène médiatique et révèle un mal-être profond qui semble se généraliser d'organisations en organisations. Selon le service indemnités de l'Inami, le nombre de burn-out en Belgique entre 2010 et 2015 a doublé,

portant le nombre de cas à 28.000 sur 400.000 personnes indemnisées en 2017 <sup>2</sup>. En ce qui concerne le secteur hospitalier, une étude réalisée par la KU Leuven en 2013 pour le compte du Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale et du Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement auprès de 37 hôpitaux belges révèle que, sur 5883 médecins et infirmières, 6,6% (soit 383 individus) souffraient de burn-out, et 13,5% (soit 787 individus) appartenaient à des groupes présentant un risque <sup>3</sup>. Dans cette même étude, 1400 professionnels (médecins et infirmières confondus) ont avoué avoir l'intention de quitter la profession, dont 1146 infirmières parmi ceux-ci <sup>4</sup>.

Sur base des tendances observées, des articles lus et des contacts pris dans le cadre de ce mémoire, il peut raisonnablement être envisagé que ces chiffres ont encore augmenté depuis 2013.

Le métier d'infirmier est à la fois connu pour sa pénibilité (confrontation quotidienne à la mort et à la maladie, colère des patients et des familles, manque de considération des médecins,...) et sa pénurie du personnel.

Si n'importe quel collaborateur peut potentiellement être touché par l'épuisement professionnel, pour le personnel infirmier ce risque est démultiplié : (...) *les professionnels de la santé figurent parmi les groupes de travailleurs les plus susceptibles de présenter une faible santé mentale. Parmi ces professionnels, la faible santé mentale est plus prononcée chez le personnel infirmier et est associée à la détresse psychologique, à la dépression et à l'épuisement professionnel* » (Marchand, 2007 citée par Boivin-Desrochers et Alderson, 2014, para. 2).

---

<sup>2</sup> Van Reeth, C. (29<sup>th</sup> January 2018). De plus en plus de travailleurs au bout du rouleau : 28.000 Belges souffrent de burn-out. *Le Soir* [En ligne]. Retrieved from <http://www.lesoir.be/136828/article/2018-01-29/de-plus-en-plus-de-travailleurs-au-bout-du-rouleau-28000-belges-souffrent-de>

<sup>3</sup> Godderis, L., Vandenbroeck, S. (2013). Une étude sur le burn-out et l'enthousiasme chez le personnel médical et infirmier dans les établissements hospitaliers de Belgique. *Projets de recherche – Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale*. URL : <http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=36139>

<sup>4</sup> Ibid.

Enfin, je considère que le sujet de ce mémoire est original car il existe encore peu de lectures scientifiques qui traitent du mal-être du personnel infirmier et encore moins des éventuelles solutions qui pourraient être apportées à ce malaise. Or, les espaces d'expression sont une piste que ce document propose d'explorer. Par ailleurs, peu de littérature existe sur l'utilisation des espaces d'expression en milieu hospitalier, les termes « groupes de parole » étant davantage repris et étudiés. Il existe également peu de lectures qui contiennent une recherche empirique au sein d'un hôpital, comme c'est le cas dans ce mémoire.

## **C. Partie théorique**

La recherche théorique qui suit vise à appuyer l'hypothèse soutenue dans ce mémoire selon laquelle la mise à disposition d'espaces d'expression pour le personnel infirmier a un impact positif sur la prévention des RPS chez ce dernier grâce à l'expression de la parole libre et les interactions qu'ils permettent.

Cette recherche met donc en évidence les bienfaits de ce type d'espaces sur la qualité de vie au travail et les raisons pour lesquelles les dirigeants des organisations auraient tout intérêt à les intégrer.

### **La parole comme élément structurant et organisant du travail**

Au sein d'organisations qui se conçoivent selon une vision « *capitaliste où les valeurs de rentabilité et de profitabilité sont fondamentales* » (Bonneville & Grosjean, 2012, para.1), la communication y est vue comme une simple transmission d'informations, et la parole en milieu de travail comme un obstacle à la productivité.

Dans certaines organisations de santé, cette course à la performance rationnelle se traduit par un recours de plus en plus systématique, au détriment des échanges entre membres du personnel, à l'informatisation des actes de soins (dossiers patient et prescriptions informatisés, bases de données, réseaux de santé, etc.), censée aider à faire face aux enjeux majeurs auxquels le domaine de la santé est déjà confronté : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, réduction des budgets, etc. (Mayère, 2014).

Cette vision fonctionnaliste de la communication, dénoncée par Anne Mayère comme une « *rationalisation des activités de production d'information et de communication* » (Mayère, 2014, para. 2) est, selon l'auteure, d'autant plus imprudente lorsque le but de l'organisation est la prise en charge rigoureuse des patients et que les activités sont des



« activités prudentielles [qui] (...) requièrent un questionnement constant sur les trajectoires de soins. » (Mayère, 2014, para. 6).

À l’opposé de la vision rationnelle et fonctionnaliste, le courant de la communication constitutive des organisations (CCO) met en évidence le fait que « *l’organisation est produite dans et par la communication* » (Mayère, 2014, para. 9), par une dynamique entre les normes et les textes globaux émis par les gestionnaires d’une part, et les conversations, les échanges et les pratiques réelles sur le terrain d’autre part.

Au sein des organisations du secteur tertiaire, dites « de services » (écoles, hôpitaux, etc.), la parole, loin d’entraver une quelconque activité, structure et organise donc le travail des employés mais aussi le milieu de travail dans lequel ils évoluent au quotidien. Le personnel de ces organisations, qui fonctionne bien souvent en équipes, et loin d’être composé d’« *exécutants passifs* » (Bonneville et Grosjean, 2012, para. 15), doit en effet se coordonner au quotidien pour assurer au mieux le service rendu.

Selon Bonneville et Grosjean, les temps et espaces de réunion sont justement l’opportunité pour le personnel de s’informer sur ce qui a été fait et ce qui reste à faire, de se coordonner dans les tâches ou encore de regagner du pouvoir au sein de l’espace de travail. Plus encore, ils constitueraient le moment où les normes implicites de l’organisation se créent (Bonneville & Grosjean, 2012).

Lors de ses observations sur le terrain, Anne Mayère est arrivée au même constat. Si le personnel d’une organisation de santé se doit de travailler avec de multiples textes globaux et procédures informatisées, les échanges et les pratiques d’organisation et de coordination qui en découlent au niveau local occupent toujours une place prépondérante dans leur travail, surtout lorsqu’il s’agit de pallier aux manques de l’informatisé : « *Ce travail invisible, supposé non requis, s’avère au quotidien indispensable aux soignants, aux internes, et plus largement à tous ceux qui ont à traiter avec et pour les patients.* » (Mayère, 2014, para. 26).

Pour Michèle Lacoste, les échanges destinés à la coordination des infirmiers/ères lors des remises de service sont également l'opportunité de confronter la décision d'autrui et de le tester dans ses responsabilités : « *La relève est un lieu de discussion, de confrontation, d'élaboration d'expérience, d'interrogation sur les décisions de soin. Elle est aussi une instance de justification de l'action de chacun vis-à-vis de soi et du groupe, nécessaire dans ce métier où responsabilité permanente vis-à-vis du malade et l'interdépendance des actes techniques oblige chacun à rendre des comptes auprès du collectif.* » (Lacoste, 2001, p. 339).

Ainsi, la production de communication à l'intérieur des organisations de santé, au travers des échanges et des conversations entre les membres du personnel, permet leur structuration et leur organisation.

### **La parole comme création de sens commun au travail**

La parole, entendue comme la fonction sociale du langage, joue également un rôle important dans la création du sens que les employés donnent quotidiennement à leur travail.

Pour pouvoir faire fonctionner une organisation de services, les employés font, tous les jours, appel à des échanges de savoirs et de significations, à des expériences vécues seul ou collectivement, ou encore à des partages de raisonnements et de jugements (Bonneville & Grosjean, 2012, para. 11). Tous ces échanges et partages, qu'ils soient mis en place par la hiérarchie ou le personnel lui-même, planifiés ou improvisés, brefs ou approfondis, contribuent à créer du sens au travail réalisé.

Ainsi, comme a pu l'observer Julian Orr lors de réunions de techniciens de maintenance : « *À travers leurs interactions quotidiennes lors de moments de pause, de repas, ils résolvent des problèmes complexes par la narration d'incidents techniques ; ils inventent des solutions collectivement ; ils apprennent les uns des autres.* » (Orr, 1996 cité par Bonneville et Grosjean, 2012, para. 13).

La parole libre entre collègues apparaît donc comme indispensable pour le bon fonctionnement d'une entreprise de services car elle permet de résoudre des problèmes ou des situations complexes et d'éviter certains accidents.

Outre le bon fonctionnement de l'entreprise, les discussions informelles entre collègues permettent également de répondre aux besoins humains de chaque individu puisqu'elles mènent à la naissance d'un « *travailler ensemble* », « *d'une culture professionnelle qui donne un sens aux tâches quotidiennes des travailleurs eux-mêmes.* » (Bonneville et Grosjean, 2012, para. 14&15). En se réunissant régulièrement, les employés ont ainsi l'occasion de se libérer de leurs préoccupations, de partager leurs incompréhensions ou de demander à autrui quelle signification accorder à telle ou telle chose vécue pendant la journée.

Sur le long terme, ces discussions, anecdotes et/ou rires entre collègues créent et renforcent un véritable sentiment d'équipe qui renforce, à son tour, la culture professionnelle décrite ci-dessus. En discutant, l'employé se rend effectivement compte qu'il est entouré d'autres individus « dans le même bateau » que lui et qu'il a ainsi tout intérêt à partager sa souffrance, ses doutes et ses interrogations avec eux (Bonneville & Grosjean, 2012).

Plus encore, ces espaces sont indispensables à la construction et au maintien d'une identité professionnelle. Ces échanges permettent en effet aux individus de prendre le temps de réfléchir sur leur propre parcours, sur le sens de leur travail mais aussi de discuter et de réfléchir sur l'identité professionnelle du groupe : « Qui sommes-nous ? », « Que faisons-nous ? », « Quelle est notre vocation ? ».

Taylor abonde dans ce sens, en ajoutant que la construction de cette identité professionnelle se fait non seulement au niveau individuel, mais également collectif et qu'elle semble même se renouveler au fil du temps : « *C'est dans et par les conversations que les identités individuelles et collectives sont négociées et renégociées.* » (Taylor, 2011 cité par Mayère, 2014, para. 9).

Pour Gernet & Dejours, cette identité professionnelle forme « *l'armature de la santé mentale* » (Gernet & Dejours, 2009 cités par Boivin-Desrochers & Alderson, 2014, para. 31). Un concept-clé dans la vie professionnelle et la qualité de vie au travail qu'il est d'autant plus important de consolider via des échanges qu'elle reste toujours « *inaccomplie et nécessite la confirmation de l'entourage de l'individu.* » (Gernet & Dejours, 2009 cités par Boivin-Desrochers & Alderson, 2014, para. 31).

Ainsi, le bénéfice de la parole libre en milieu de travail est double. D'un côté, les employés arrivent à créer et à donner du sens à leur travail. De l'autre, la solidarité entre eux s'en trouve renforcée.

Au-delà d'un double bénéfice, c'est même une situation « win-win » pour les employés et l'entreprise que je propose de constater : en arrivant à donner du sens à son travail quotidien, l'employé voit son engagement et son efficacité augmenter, ce qui constitue un moteur pour l'activité de l'entreprise.

### **La parole comme reconnaissance et validation de la souffrance**

Disposer d'un espace pour exprimer librement son ressenti, ses émotions, ses difficultés, permet tout simplement de faire reconnaître et valider sa souffrance par les personnes avec lesquelles on travaille. C'est la dimension la plus évidente de ces espaces.

Michèle Lacoste a épinglé cette dimension de partage de ressenti et de souffrance dans son étude des relèves de service entre infirmières. Ainsi, elle affirme que la relève « *offre aussi l'occasion d'exprimer certaines émotions du travail : pour parler d'un malade en fin de vie, pour évoquer une scène pénible, ou rapporter un épisode amusant, s'indigner d'un fait ou d'un comportement.* » (Lacoste, 2001, p.339).

Quelle que soit sa forme, l'auteur relève les bienfaits que cette expression de ressentis a sur la prévention des RPS : « *Rires, brouhahas, exclamations,*

*plaintes, récriminations aident à supporter par le partage avec les collègues un quotidien souvent difficile.* » (Lacoste, 2001, p.339).

Dans ses groupes de parole, Alain Deneux prenait l'exemple d'une infirmière qui souffrait d'être en total désaccord avec les décisions prises par un médecin qu'elle estimait, au point de lui désobéir. L'infirmière espérait soulager son malaise en l'exprimant à ses collègues : « (...) *elle nous dit son malaise et sa difficulté à vivre un conflit de loyauté entre sa considération pour le praticien et son identification au patient - le partage de ce conflit au sein du groupe l'a notablement soulagée sans que quiconque pourtant ne l'ait absoute.* » (Deneux, 2008, para. 11).

Disposer d'un espace pour exprimer librement et en groupe son ressenti permet aussi à chacun de se mettre à la place de l'autre et d'ainsi reconnaître une autre réalité subjective, une autre représentation de la situation (Deneux, 2008).

Dans un autre groupe, l'auteur a ainsi réuni un médecin et des infirmières en conflit afin que chaque partie puisse entendre le malaise de l'autre : « *Le conflit était là entre les soignants d'un côté et, de l'autre, le médecin qui avait fait alliance avec la famille du patient pour « épargner » à celui-ci l'angoisse du diagnostic (...). L'explication fut vive, mais chacun put exprimer et faire entendre sa difficulté : le médecin qui avait toute facilité pour esquiver les questions du malade mais ne pouvait supporter la dépression parentale, les infirmières (...) qui ne supportaient pas de devoir lui mentir...* » (Deneux, 2008, para. 16).

Plus encore, pour l'auteur, cette « *représentation des affects douloureux* » (Deneux, 2008, para. 18) équivaut parfois à un véritable travail de deuil pour celui qui souffre.

Dans un troisième groupe, la libre expression des membres du personnel infirmier leur a permis de faire le deuil du départ du médecin chef de service, une situation qui entraînait souffrance et appréhension chez eux :

« Une jeune femme pose d'emblée qu'elle veut 'parler non d'un patient, mais de ce qui nous arrive : B... nous quitte (...) et on ne sait pas ce qu'on va devenir ; on voudrait en parler avec vous.' ». Une fois les points de vue échangés, et même si le départ restait d'actualité, « l'infirmière qui avait débuté la séance me remercie : 'vous nous avez aidés à parler, je me sens mieux.' » (Deneux, 2008, para.27).

Ainsi, les espaces d'expression seraient aussi (et peut-être d'abord ?) un lieu où l'individu peut émettre un appel d'aide vers ses collègues afin que ses derniers reconnaissent et valident le fait qu'il y ait un problème. Exprimer ce malaise et en obtenir une reconnaissance permet déjà de le soulager en partie, même si, bien évidemment, cela ne suffit pas (Deneux, 2008).

### **La parole comme élaboration collective de solutions**

Comme le soulignent Pascal Chabot dans son ouvrage sur le burn-out et les auteures Boivin-Desrochers et Alderson dans leur approche de la psychodynamique du travail, « les individus ne sont pas passifs devant la souffrance reliée à leur travail. » (Molinier & Flottes, 2012 cités par Boivin-Desrochers & Alderson, 2014, para.18).

Disposer d'un espace pour exprimer sa souffrance au travail, écouter celle des collègues et échanger avec eux sur ce sujet peut aussi mener à l'élaboration collective de solutions dans le but d'améliorer une situation difficilement tenable sur le long terme.

Selon l'approche de la psychodynamique du travail, les espaces d'expression forment déjà en eux-mêmes une solution de défense collective, « permettant à l'individu de composer avec les contraintes et difficultés vécues au travail et de préserver une santé au travail. » (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014, para. 18).

Ces auteures reconnaissent, elles aussi, que ces discussions sont indispensables « (...) au maintien d'une cohésion au sein de l'équipe ainsi qu'à une qualité de soins et à une santé mentale optimale » (Molinier, 2008,

cité par Boivin-Desrochers & Alderson, 2014, para. 24) pour le partage de vécu et de souffrance qu'elles permettent. Le choix de mettre en place et d'organiser un espace d'expression constitue donc une première solution pour le personnel face au malaise au travail.

Une fois le groupe d'expression constitué, ces mêmes auteurs affirment encore que les individus peuvent vite se rendre compte que l'humour et le rire constituent également une solution, ou « *stratégie collective défensive* » (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014, para. 24) efficace pour apaiser la souffrance et le malaise ressentis lors de situations pénibles.

Dans une autre recherche menée avec Diane Pomerleau, Marie Alderson, a testé la mise en place d'un espace de parole auprès d'une équipe d'infirmières réalisant des soins à domicile et s'est, là aussi, rendue compte que l'espace d'expression a permis aux infirmières de développer des stratégies de défense, différentes cette fois : « *elles partagent verbalement leur ressenti face aux situations qu'elles vivent, s'encouragent et échangent sur les interventions réussies.* » (Pomerleau et al., 2013, para. 8).

Un groupe de chercheurs a repris l'exemple d'un hôpital algérien où le rassemblement de deux parties opposées (médecins et administrateurs), pensé sur le modèle de la PDT, au sein d'un espace d'expression a permis d'aborder les frustrations des parties et d'instaurer des solutions concrètes telles que la réorganisation des roulements, l'aménagement des horaires ou de nouveaux recrutements (Hachelafi et al., 2011).

Les auteurs soulignent que cette élaboration collective de solutions se fait au quotidien par le personnel infirmier lors de leurs échanges, même les plus anodins en apparence. Ainsi, lorsque les infirmières prennent le temps d'échanger entre elles, « *Chacune s'ingénie à dédramatiser les situations vécues en déployant inventivité et fantaisie pour trouver de quoi rendre le quotidien amusant ou cocasse.* » (Hachelafi et al., 2011, para. 48).

En somme, « *Il s'agit d'inventer ensemble les ressources symboliques qui permettent de rendre le monde vivable sans en évacuer pour autant la souffrance.* » (Molinier, 2004 cité par Hachelafi et al., 2011, para. 48).

Au final, échanger avec des collègues à propos de la pénibilité du métier permet de réfléchir à des solutions envisageables et consistantes dans le temps, à la fois pour le groupe, mais aussi et de manière indirecte, pour soi-même, en tant qu'individu.

Ces lectures ont comme point commun l'étude de la place de la parole et du langage au travail, ainsi que la relation qui existe entre ces éléments et les conséquences de cette relation sur l'organisation du travail du personnel infirmier.

En somme, ces lectures concernent toutes l'analyse de l'activité. Pour résoudre entièrement la question de recherche, il convient de s'intéresser également à l'étude concrète des espaces d'expression en milieu hospitalier et des échanges qu'ils permettent.

### **Les espaces d'expression en milieu hospitalier**

Il existe peu de littérature, de recherches sur les espaces d'expression en milieu hospitalier pour la bonne et simple raison que ces dispositifs s'y font rares. Comme expliqué dans la partie contextuelle de ce mémoire, la reconnaissance des bienfaits de la parole libre en milieu professionnel se fait lentement, et « *le monde médical se prête mal à ce type de démarche : (...) nous nous voulons pragmatiques, scientifiques, efficaces ; la subjectivité, croyons-nous, détourne de la tâche de soigner.* » (Deneux, 2008, para. 10).

Cependant, quelques auteurs ont eu l'opportunité durant leurs recherches d'observer des espaces d'expression en milieu hospitalier dédiés au personnel infirmier. Chacun de ces espaces étudiés démontre, à sa manière, l'impact plus ou moins positif qu'il a sur la prévention des RPS et sur la qualité de vie au travail des infirmiers mais aussi les limites qu'il présente (présence de la hiérarchie, rencontre organisée par un acteur externe, etc.).



a) Imprécision du concept

Avant d'analyser quelques exemples d'espaces d'expression, il convient de noter que si les « espaces d'expression » ont beaucoup de mal à s'imposer, c'est notamment parce que leur signification reste très floue et suggère ainsi des pratiques très éloignées les unes des autres (réunions cadrées par la hiérarchie, groupes de parole, jeux de rôles, entretiens psychologiques, etc.). Comme le souligne Alain Deneux, ce manque de clarté est dangereux pour les malentendus qu'il peut engendrer auprès du personnel infirmier mais également auprès de la hiérarchie :

*« Ces imprécisions, alliées parfois à des expériences malheureuses souvent en rapport avec ce manque de rigueur, véhiculent nombre de fantasmes qui entretiennent des phénomènes d'attraction/répulsion à l'égard des réunions en groupe de plusieurs soignants. »* (Deneux, 2008, para. 6).

Les termes « espaces d'expression », repris dans ce mémoire, désignent des lieux, formels ou informels, physiques ou intangibles, qui permettent aux infirmiers/ères de relâcher la pression, de décompresser, de dialoguer avec leurs collègues à propos d'un patient, d'un problème, ou simplement de la pluie et du beau temps et donc de se détendre, d'évacuer le stress.

Néanmoins, vu le peu de littérature existante sur les espaces d'expression à proprement parler, certains exemples repris ci-dessous font malgré tout référence à des groupes de parole, pour les échanges entre membres du personnel qu'ils permettent eux aussi.

b) Exemples d'espaces d'expression en milieu hospitalier

Dans le cadre de leur recherche sur la nécessité de sortir de la parole instrumentalisée en milieu de travail, Luc Bonneville et Sylvie Grosjean ont eu l'occasion d'observer le déroulement d'une « culture d'entraide », un moment de parole qui a la particularité d'avoir entièrement été instauré par le personnel infirmier.

Ce moment est mis en place tous les jours à la même heure et dure une quinzaine de minutes. Les auteurs précisent que ni le lieu ni le moment en question ne correspondent à la pause midi. Sans autre objectif précis que de dire ce qu'on a envie de dire, le positif comme le neutre ou le négatif, le personnel profite de ce moment sans relations hiérarchiques pour faire le point, échanger sur ce qui a été ou n'a pas été, parler de tout et de rien :

*« On échange sur certaines choses dont on voudrait discuter. Si quelque chose ne va pas, on va trouver une solution ensemble. On va se poser des questions, s'interroger à savoir si tout va bien. On s'encourage. On fait cela systématiquement, que ça aille bien ou pas. [...] On se défoule à discuter. »* (Bonneville & Grosjean, 2012, para. 20).

Les infirmiers/ères semblent d'autant plus satisfaits d'avoir instauré cette « culture d'entraide » que c'est le seul moment de la journée où ils sont tous réunis (Bonneville & Grosjean, 2012). Ce dispositif-ci semble stable et appelé à durer.

Psychiatre de formation, Alain Deneux a, lui, encadré pendant plusieurs années des groupes de parole pour soignants dans des services médico-chirurgicaux. Ces groupes de parole, formellement organisés cette fois, étaient une demande qui émanait soit du personnel soignant, soit de leur hiérarchie.

Pourtant, le psychiatre a souvent eu du mal à attirer des participants et à les garder au fil des rencontres, malgré le besoin apparent et la demande :

*« Ainsi avions-nous reçu en réunion préparatoire une vingtaine de personnes intéressées et curieuses et nous apprêtons-nous à démarrer deux groupes bimensuels dans un service. Ils ne furent que six à la première séance, et ce projet s'éteignit faute de participants après cinq ou six rencontres... »* (Deneux, 2008, para. 8).

Dans ce cas d'étude, l'espace d'expression sert avant tout à traiter un problème qui aura été pointé au préalable. Chacun(e) est invité(e) à réagir par rapport à ce qui se dit, à exprimer son ressenti et à se mettre à la place d'autrui. À l'inverse du cas précédent, les problématiques personnelles et les remises en cause institutionnelles sont exclues de l'espace. La parole, même si elle est favorisée, est donc ici relativement cadrée (Deneux, 2008). Cependant, l'auteur reconnaît qu' « *il est quelquefois impossible de tenir la réalité objective du contexte totalement à l'écart des échanges, sans risquer le désinvestissement des participants, leur sentiment d'être abandonnés, et en conséquence la fin probable du groupe.* » (Deneux, 2008, para.26).

Souvent très présente dans l'organisation et le cadrage de ces groupes de parole, la hiérarchie est un élément avec lequel l'auteur a dû composer et qui ne se retrouvait pas dans l'exemple de Bonneville & Grosjean.

Dans cette configuration, les interventions de l'animateur et les sessions sont ponctuelles. Sans lui, il y a donc peu de chances que le groupe de parole continue à s'organiser de façon régulière, ce qui, selon moi, est une faille dans la conception du projet.

Quant à Diane Pomerleau et Marie Alderson, deux auteures issues du courant de la PDT, elles ont expérimenté la mise en place d'un espace de parole auprès d'une équipe d'infirmières réalisant des soins à domicile, « *en vue de favoriser le développement d'un collectif de travail, lequel va pouvoir (...) déployer ses effets positifs sur la satisfaction et la qualité de vie au travail.* » (Pomerleau et al., 2013, para. 2).

Selon les auteures, les espaces d'expression favorisent en effet la création d'une cohésion d'équipe et d'un collectif de travail, lesquels engendrent, à leur tour, des bienfaits pour la qualité de vie au travail du personnel infirmier comme le soutien entre collègues ou le partage d'expériences (Pomerleau et al., 2013).

Les infirmières volontaires pour l'expérience se sont tout de suite dit ravies de disposer enfin d'un espace de parole, convaincues que ce genre d'espace « offrirait la possibilité d'échanger sur l'organisation du travail et sur les situations difficiles vécues dans les unités de soin. » (Alderson, 2001, 2010 citée par Pomerleau et al., 2013, para. 6).

Concrètement, il a été proposé aux infirmières volontaires de se rencontrer une fois toutes les deux semaines, à raison d'une heure d'échange, sur le temps de travail et dans un bureau prévu à cet effet. Le but était que chacune puisse s'exprimer sur un thème relié à leur travail, dans une atmosphère qui se voulait respectueuse et conviviale.

À la fin de l'expérience, les auteures soulignent le succès de l'intervention en affirmant que les infirmières « ont verbalisé sur les différentes sources de souffrance et de plaisir dans le cadre de leur travail » et que disposer d'un espace de parole leur a permis « de prendre un temps d'arrêt et de recul professionnel afin d'échanger sur divers sujets d'intérêt en lien avec le travail ce qui a amené un renforcement des liens entre les participantes tout en assurant un meilleur suivi du travail d'équipe. » (Pomerleau et al., 2013, para. 1).

### c) Conditions pour une mise en œuvre durable

Les exemples analysés ci-dessus montrent que certaines conditions sont nécessaires pour une mise en œuvre durable des espaces d'expression en milieu hospitalier. Sans avoir la prétention d'être exhaustive, en voici quelques-unes, épinglées par Alain Deneux lors de ses observations, qui me semblent fondamentales.

-Le besoin et la motivation du personnel infirmier doivent être réels. Alain Deneux le résume comme suit : « Pour s'engager dans la démarche, il faut en éprouver le profond besoin (...) l'intérêt intellectuel ne suffit pas. » (Deneux, 2008, para.29).

-La reconnaissance par la hiérarchie du besoin de ce type d'espaces et son soutien dans leur mise en œuvre est indispensable pour qu'ils durent.

-Cependant, il est également important que cette hiérarchie (cadres infirmiers, médecins chefs de service, direction, etc.) n'impose pas la manière dont le personnel s'approprié l'espace d'expression. Comme le souligne Serge Blondeau, une « *approche protocolaire arrête la prétention de l'individu à devenir sujet.* » (Blondeau, 2004, para. 113). Un espace d'expression cadré par des règles strictes et des objectifs fixes dépossède en effet l'individu de son utilisation et réduit les chances que l'expression se produise.

Les exemples de projets d'espaces d'expression ou de groupes de parole avortés après quelques séances parce que le personnel infirmier ne s'y sentait pas à l'aise sont en effet nombreux :

*« Ainsi dans un groupe, nous avons d'emblée ressenti le poids d'un cadre infirmier dans les consignes implicites données au groupe. S'exprimant avec autorité au nom de tous, lors de la réunion préparatoire il avait déclaré que le but du groupe devait être de mieux gérer la relation avec les patients en fin de vie, patients (...) avec qui on avait pris de 'mauvaises habitudes relationnelles'... Ce surveillant avait ainsi donné ses ordres, tout en s'excluant d'y réfléchir lui-même puisqu'il choisit de ne pas participer au groupe. Je pense que ce fut l'un des éléments qui découragea les participants. »* (Deneux, 2008, para. 14).

On retrouve dans cet exemple une des pires configurations qui puissent exister en matière d'espaces d'expression en milieu de travail : un supérieur ayant visiblement décidé, seul, quel serait le but du groupe de parole, sans pour autant estimer qu'il devrait y participer, des consignes, et même des ordres, donnés en amont de la rencontre, et des participants intimidés, écrasés et, au final, découragés.

-Le climat institutionnel et le management doivent être stables et sereins, ceci pour éviter que la hiérarchie du personnel infirmier ne se sente menacée par l'arrivée d'espaces d'expression (Deneux, 2008).

Toutes ces conditions préalables à la mise en œuvre, au bon fonctionnement et à la durabilité des espaces d'expression ont un coût non négligeable en termes de temps et d'engagement. Pour Alain Deneux, ce constat explique en partie la rareté de ces dispositifs : « *Ces conditions minimales ne sont pas aussi simples qu'il paraît, elles exigent beaucoup des personnels et de l'institution hospitalière ; c'est sans doute pourquoi il y a si peu de groupes de parole à l'hôpital.* » (Deneux, 2008, para.32).

#### d) Limites du dispositif

Si les espaces d'expression constituent une piste intéressante dans la prévention des RPS chez le personnel infirmier, ils possèdent aussi des limites susceptibles de menacer leur mise en place et leur durabilité.

Pour Alain Deneux, les différences observées entre les exemples d'espaces d'expression « *sont, pour une large part, à mettre sur le compte du cadre institutionnel qui en détermine les conditions et les limites.* » (Deneux, 2008, para.24). Parmi les éléments du cadre institutionnel, on retrouve :

- L'organisation du service et des équipes propre à chaque hôpital ;
- La vision managériale de l'hôpital ;
- Les horaires et le roulement entre les membres du personnel ;
- Les vacances et les congés ;
- Le lieu mis à disposition par l'hôpital (isolement, inconfort, etc.).

La motivation du personnel demandeur constitue sans doute une autre large part des conditions et des limites. En effet, « *les motivations des personnels sont très inégales, leur engagement fluctuant, l'assiduité oscille d'une séance à l'autre.* » (Deneux, 2008, para.25).

Enfin, Serge Blondeau met en évidence que les espaces d'expression ne constituent pas la solution miracle aux RPS en milieu hospitalier, malgré l'expansion du phénomène des groupes de parole et les espoirs que les dirigeants mettent dedans. Il rappelle que « *Ces dispositifs n'ont pas vocation à modifier en quoi que ce soit les structures.* » (Blondeau, 2004, para. 94). Cependant, il reconnaît que le succès grandissant des groupes de parole et autres espaces d'expression vient sans doute du fait que le phénomène « *participe du remodelage des liens sociaux, source d'une plus grande horizontalité identificatoire, source de solidarité et de convivialité* » (Blondeau, 2004, para. 122).

Les points théoriques qui viennent d'être développés visent à résoudre la question de recherche suivante : « *Dans quelle mesure des espaces d'expression en milieu hospitalier peuvent-ils influencer la prévention des RPS chez le personnel infirmier ? Le cas du Centre Hospitalier Medixi (Belgique).* » et à appuyer l'hypothèse selon laquelle la mise à disposition d'espaces d'expression pour le personnel infirmier a un impact positif sur la prévention des RPS chez ce dernier grâce à l'expression de la parole libre et des interactions qu'ils permettent.

Pour cela, les outils qui ont été mobilisés sont majoritairement des concepts issus de l'étude de la place et du rôle de la parole et du langage sur le milieu de travail et au sein de l'organisation, concepts étudiés par des auteurs tels que Josiane Boutet, Michèle Lacoste, Anne Mayère, Luc Bonneville et Sylvie Grosjean.

La résolution de la problématique mobilise également des concepts issus du courant de la communication constitutive des organisations (CCO), théorie soutenue par l'École de Montréal et selon laquelle une organisation est constituée par un ensemble dynamique de textes et de conversations.

Elle mobilise aussi le courant de la psychodynamique du travail (PDT), une discipline récente, développée par Christophe Dejourné et reprise par Marie

Alderson et d'autres auteurs québécois, qui propose de trouver une solution aux problèmes actuels de souffrance au travail et selon laquelle l'individu n'est en rien passif face à cette dernière.

Enfin, la résolution de la problématique fait également appel aux constats des auteurs qui ont eu l'opportunité d'observer et de travailler sur les espaces d'expression en milieu hospitalier, tels que Luc Bonneville et Sylvie Grosjean, Alain Deneux, Serge Blondeau et Diane Pomerleau.



## **D. Méthodologie**

### **Corpus**

Le corpus utilisé pour résoudre la problématique de ce mémoire est composé d'observations menées au sein d'un des services du Centre Hospitalier Medixi, d'entretiens avec des membres volontaires du personnel infirmier ainsi que de comportements et de réactions qui ont pu être observés durant toute la recherche sur le terrain.

Que ce soit pour les observations ou les entretiens, le corpus consiste en une série de notes manuscrites et de quelques enregistrements, ceci pour des raisons de facilité de transport et de discrétion.

Plus précisément, les observations et les entretiens ont été menés au sein du « coin cuisine » d'un des services du Centre Hospitalier Medixi car c'est le meilleur endroit du service pour observer les interactions, dialogues, comportements et réactions du personnel infirmier à propos de leur travail, mais également le seul endroit où tous peuvent se réunir.

Pour préserver l'anonymat des personnes travaillant dans ce service, sa spécialité ne sera pas précisée dans ce mémoire.

### **Outils**

La question de recherche que ce mémoire cherche à résoudre est la suivante : « *Dans quelle mesure des espaces d'expression en milieu hospitalier peuvent-ils influencer la prévention des RPS chez le personnel infirmier ? Le cas du Centre Hospitalier Medixi (Belgique).* » Pour résoudre cette problématique et confronter les résultats de la démarche empirique, plusieurs outils théoriques ont été mobilisés.

Ces outils sont, pour une grande part, des concepts issus de l'étude de la place et du rôle de la parole et du langage sur le milieu de travail et au sein de l'organisation, concepts étudiés par des auteurs tels que Josiane Boutet, Michèle Lacoste, Anne Mayère, Luc Bonneville et Sylvie Grosjean.

La résolution de la problématique mobilise également des concepts issus du courant de la communication constitutive des organisations (CCO), théorie soutenue par l'École de Montréal et selon laquelle une organisation est constituée par un ensemble dynamique de textes et de conversations.

Elle mobilise aussi le courant de la psychodynamique du travail (PDT), une discipline récente, développée par Christophe Dejours et reprise par Marie Alderson et d'autres auteurs québécois, qui propose de trouver une solution aux problèmes actuels de souffrance au travail et selon laquelle l'individu n'est en rien passif face à cette dernière.

Enfin, la résolution de la problématique fait également appel aux constats des auteurs qui ont eu l'opportunité d'observer et de travailler sur les espaces d'expression en milieu hospitalier, tels que Luc Bonneville et Sylvie Grosjean, Alain Deneux, Serge Blondeau et Diane Pomerleau.

### **Procédures suivies**

Entrée et contacts préalables : Entrer dans un hôpital pour y mener une recherche est loin d'être facile. La méfiance vis-à-vis d'une investigation « donneuse de leçons » et inquisitrice est manifeste. Par conséquent, les procédures sont longues et souvent décourageantes.

Je suis d'abord entrée en contact avec la responsable de la communication interne du centre hospitalier, sur les recommandations d'une personne de mon réseau professionnel. Le choix de contacter le département communication en premier peut sembler inapproprié, mais c'était le seul contact direct que j'avais à ma disposition.

Contacté cette responsable m'a permis d'obtenir un entretien avec la directrice du département infirmier qui, elle seule, avait le pouvoir d'accepter ou non que le centre hospitalier participe à ma recherche. En plus de présenter le cadre de mon mémoire et de négocier les modalités des futures observations, cet entretien a également servi à fixer le service au sein duquel s'effectueraient les observations.

Pour cadrer ma présence sur le terrain d'un point de vue légal et administratif, j'ai, par la suite, été amenée à m'entretenir avec le responsable de l'encadrement du bien-être du personnel infirmier.

Enfin, j'ai appelé la cheffe du service choisi pour se mettre d'accord sur les modalités de mes venues et de mes observations. C'est à ce niveau de l'organisation que j'ai ressenti le moins de méfiance, et même un certain intérêt pour ma recherche.

Phase d'acclimatation et observations : Une fois sur le terrain, mes observations ont débuté avec une phase d'acclimatation qui avait plusieurs objectifs : me présenter, ainsi que ma recherche, au personnel infirmier, les habituer à ma présence régulière, me faire accepter d'eux, trouver le meilleur endroit au sein du coin cuisine pour s'asseoir et observer et enfin, distinguer sur une semaine les jours ou les moments plus stressés, plus chargés que les autres.

Installée dans un coin de la pièce qui m'offrait à la fois une vue dégagée et une position discrète, et à l'aide d'un petit cahier, toujours dans une optique de discrétion, j'observais de quelle manière le personnel infirmier de ce service s'appropriait le coin cuisine et ce, au cours de trois moments-clés : la pause midi de l'équipe de l'après-midi, la remise de service entre les deux équipes et la pause midi de l'équipe du matin.

Au cours de ces trois moments, j'observais quel type de discussions était enclenché, à quelle fréquence, quels étaient les réactions et commentaires de chacun et le ton de ceux-ci, les comportements physiques et verbaux, les interactions entre les membres, les événements particuliers, ce que recherchaient les infirmiers/ères en entrant dans cette cuisine, quelle était l'ambiance générale et si cet espace avait une influence sur ces paramètres.

Pour que mes observations se passent bien, j'ai dû veiller à ce que les équipes acceptent mes venues régulières dans le service et surtout mon intrusion dans le coin cuisine, intrusion d'autant plus grande que cet espace

est très réduit et qu'il est le seul endroit du service où les membres du personnel infirmier peuvent se réfugier et se poser tranquillement.

Présenter l'objet, les raisons et les modalités de ma recherche (ex : l'anonymat des conversations, l'absence d'enregistrement, etc.) aux équipes dès mon arrivée constituait une première étape nécessaire. Par la suite, gagner leur confiance s'est fait progressivement, au fil des jours et grâce à différentes actions/réactions adaptées.

Je n'ai, par exemple, jamais caché le sujet de ma recherche à quiconque me posait la question, ni caché à la vue de celui ou celle qui passait les notes que je prenais. Par contre, en cas de tension extrême ou de conflit ouvert, je relatais plus tard l'évènement dans mes notes et non pas sur le moment même, par décence et respect pour les émotions de chacun. De même, si, pour une raison X ou Y, je sentais que je devais quitter la cuisine pendant un moment, je le faisais sans poser de question.

Enfin, il est important de mentionner que, puisque l'infirmière cheffe de service et les autres infirmiers/ères ont développé une très bonne relation entre eux, le fait que ma présence ait été approuvée et même encouragée par la cheffe a largement favorisé mon intégration.

En résumé, se faire accepter comme individu étranger au sein d'un espace donné se fait, selon moi, en se plongeant rapidement dans la culture du lieu, en veillant à ne pas perturber les structures et les habitudes mises en place depuis longtemps et en veillant à rester à sa place, dans son rôle, sans pour autant s'exclure soi-même de cet espace.

Je me suis rendue 1 à 2 fois par semaine pendant plusieurs semaines dans le service afin de garder un contact régulier avec les infirmiers/ères, sans pour autant leur donner l'impression de les envahir sur leur lieu de travail. Cet intervalle me semblait être un bon compromis.

Une fois que j'estimais avoir capturé l'essentiel et que d'autres observations n'apporteraient pas grand-chose de neuf dans mes constatations, je laissais passer plusieurs semaines pour « digérer » les données récoltées et passais ensuite à la phase des entretiens.

Entretiens : Les entretiens ont été menés auprès de quelques membres du personnel infirmier, volontaires pour l'exercice. Étant donné la charge de travail de chacun, les roulements et, parfois, la difficulté de certains à s'exprimer sur un sujet aussi sensible que leur bien-être au travail, sans doute par crainte de représailles, il n'a pas toujours été facile de trouver des infirmiers/ères prêt(e)s à répondre à quelques questions, d'autant plus pour un entretien de 30 à 45 minutes.

Pour trouver des volontaires, je me suis simplement rendue une nouvelle fois dans le service pour demander directement à quelques personnes présentes ce jour-là si elles étaient disposées à participer aux entretiens. Grâce à la phase d'observations, j'avais déjà pu distinguer les caractères de chacun(e) et ainsi repérer qui serait enclin à répondre aux questions. Les infirmiers/ères me dirigeaient, eux aussi, vers certaines personnes.

Récolte des données : Pour faciliter la prise de notes lors des observations, je classais la plupart des éléments observés en catégories : « comportements verbaux », « comportements physiques », « interactions », « évènements » et enfin « piste » pour mes mémos analytiques. De cette façon, je créais des premières catégories « grossières » pour faciliter le traitement de données mais aussi pour relire plus facilement mes notes.

De la même manière, pour faciliter la prise de notes lors de l'observation des remises de service, j'ai créé un canevas d'observation dans lequel je pouvais rapidement noter les commentaires, les réactions et le ton de ceux-ci, engendrés par le cas de chaque patient. Ainsi, j'obtenais facilement un aperçu global de la façon dont s'était déroulée la remise.

En ce qui concerne les entretiens avec les membres du personnel infirmier, une grille d'entretien a été construite en amont. Cette grille comprenait 6 thèmes, ordonnés du plus général (« Parcours professionnel ») au plus précis (« Les interactions entre collègues au sein du coin cuisine ») et comprenant chacun quelques questions simples. Il s'agit donc d'entretiens semi-dirigés puisque le but des questions était de relancer la parole de l'interviewé une fois qu'il avait exprimé ce qu'il souhaitait.

Les entretiens ont été enregistrés afin de faciliter la récolte des données mais également pour me permettre de me concentrer uniquement sur la conduite des questions et sur les réponses qui étaient données. Les participants étaient, bien entendu, prévenus au préalable de cet enregistrement et de l'anonymisation complète des entretiens.

Traitement des données : La méthodologie de ce mémoire est basée sur une approche qualitative. Par conséquent, le traitement des données n'est pas aussi systématique que dans une approche quantitative. Cependant, j'ai quand même établi deux catégories simples pour pouvoir traiter plus rigoureusement les données récoltées lors des observations :

- Type d'épisode
  - Pause de midi de l'équipe PM ;
  - Remise de service ;
  - Pause de midi de l'équipe AM.
- Type de discussion
  - Discussion « détendue » ;
  - Discussion « exutoire » ;
  - Discussion « fonctionnelle ».

Le traitement des entretiens, moins systématique, sert à apporter plus de nuances et de précisions au traitement des observations.

### **Adaptations apportées à la méthode**

Entrée et contacts préalables : Le premier hôpital contacté a refusé de participer à la recherche car la démarche nécessitait un accompagnement

particulier qu'ils n'étaient pas en mesure d'organiser. J'avais contacté le service communication par e-mail, sans avoir qui que ce soit qui puisse faciliter mon introduction.

En procédant différemment avec Medixi, j'ai effectivement pu constater que, pour pouvoir mener une recherche au sein du secteur hospitalier, il valait mieux 1) chercher à contacter directement le personnel infirmier et ses responsables plutôt que le top management de l'hôpital (les premiers manifestant un plus grand intérêt et une moins grande méfiance vis-à-vis de la recherche) et 2) avoir une personne-ressource dans son réseau qui puisse faciliter les contacts avec les autres membres du personnel, et ainsi, l'entrée dans l'hôpital, ce que résume parfaitement Stephen Barley :

*“Despite an academic’s proclivity to think otherwise, whom one knows is often far more practical than what one knows.”* (Barley, 1990, para.28).

Phase d'acclimatation : Cette phase m'a permis de trouver mes marques sur le terrain et de noter ce qui aiderait ou, au contraire, ralentirait ma recherche.

En me rendant à l'hôpital à 09h le premier jour, je me suis vite rendue compte que le moment du petit-déjeuner entre membres de l'équipe du matin n'était pas suffisamment animé que pour convenir à mes observations, au contraire du temps de midi et de la remise de service de 12h30. Dès le deuxième jour, j'ai donc décidé d'observer l'occupation du coin cuisine entre 12h00 et 14h00 uniquement.

Les premiers jours sur place m'ont aussi permis de me rendre compte qu'il valait mieux manger en même temps que les équipes et ce, pour pouvoir m'intégrer dans le milieu, me « fondre dans le décor » et endosser une position qui ne soit pas trop scientifique ou voyeuriste.

## **E. Partie empirique**

### **Les observations**

J'ai choisi d'observer les infirmiers/ères au sein de leur lieu de travail et lors de leurs moments d'échanges parce que j'ai été, dès le départ, convaincue que pour avoir un début de compréhension du problème, il fallait aller au cœur du problème, là où les dimensions humaine et professionnelle se rencontraient le plus intensément.

Une très brève phase d'acclimatation a été nécessaire lors des premiers jours d'observations, sans empêcher l'établissement de premiers constats.

L'espace d'expression qui a été observé dans le cadre de ce mémoire est en fait un coin cuisine mis à disposition des membres du personnel infirmier de ce service. Relativement exigu, le coin cuisine comprend du matériel électroménager, une table, 8 chaises, un tableau blanc destiné aux rappels et plusieurs cadres avec des photos du personnel et de leurs proches. Il sert de salle à manger pour toutes les pauses de la journée (petit-déjeuner, pause de midi, repas du soir, etc.) mais aussi de lieu de réunion pour les remises de service (mises au point sur les cas et transmissions de savoirs entre les équipes du matin et de l'après-midi) qui ont lieu tous les jours sur le temps de midi. C'est le seul endroit du service où tous les infirmiers/infirmières peuvent se réunir. Ce coin cuisine se situe à côté du bureau de l'infirmière cheffe de service et en retrait du couloir principal avec les chambres des patients :

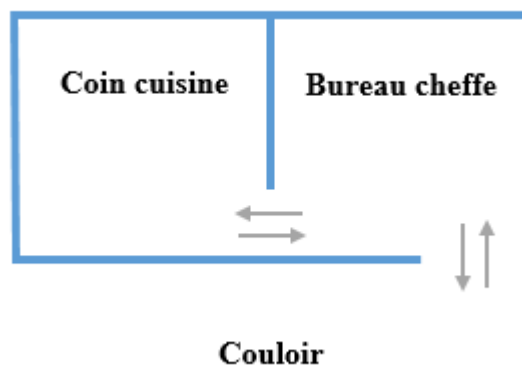


Figure 1 : Emplacement du coin cuisine au sein du service



Durant la phase d'acclimatation et tout au long des observations, les infirmiers/infirmières ont très vite accepté ma présence au sein du coin cuisine, se contentant parfois de me demander ce que je faisais, ce que j'écrivais, pourquoi, etc., toujours avec beaucoup de bienveillance et de respect à l'égard de ma recherche. En réalité, ces derniers étaient absorbés par leurs tâches au point de ne plus remarquer ma présence, ce qui facilitait ma position d'observateur.

Plus encore, certains d'entre eux, une fois mis au courant du sujet, réagissaient spontanément à propos de la problématique et donnaient leur avis, avis qui abondait dans le sens de l'hypothèse soutenue dans ce mémoire. Ainsi, une infirmière, seule dans la cuisine à ce moment-là, m'affirmait : « *À l'époque où tout est informatisé, on dit que tout est dans les ordinateurs mais... le contact humain, c'est quand même important... On passe quand même beaucoup plus de temps avec nos collègues qu'avec notre famille.* ». Une autre encore : « *C'est de la détente, ça nous fait du bien. Sans communication, c'est... C'est l'industrie.* »

Le coin cuisine est donc, au sein du service, un lieu où les membres du personnel infirmier, ainsi que l'infirmière cheffe de service, se réunissent pour procéder aux remises de service et pour manger, mais surtout, et par conséquent, pour échanger et discuter tous ensemble.

J'ai pu cerner deux types d'utilisations de cet espace par les membres du personnel infirmier :

-**Une utilisation individuelle**, où l'infirmier/ère s'y rend seul(e) pour manger en vitesse avant une réunion, pour prendre un verre d'eau ou pour passer un coup de téléphone privé.

-**Une utilisation collective**, où les infirmiers/ères se retrouvent pour prendre leur repas ensemble, procéder à la remise de service mais également échanger, converser et prendre le temps de souffler avec leurs collègues.

L'utilisation collective est celle qui se produit la grande majorité du temps, bien plus souvent que l'individuelle. Elle est privilégiée par les membres du

personnel infirmier qui recherchent visiblement le contact et les échanges avec leurs collègues.

À l'intérieur de cette utilisation collective et des échanges entre collègues qui s'y produisent, j'ai également pu distinguer trois types de discussions :

- **Des discussions « détendues »**, qui portent sur des sujets légers (les souvenirs d'enfance, le week-end qui vient de passer, la pluie et le beau temps, etc.) ou drôles (un stagiaire maladroit, un patient difficile, etc.) et qui ont pour objectif premier de détendre, de changer les idées des infirmiers/ères qui passent la porte de la cuisine. Généralement, ce sont des rires, des sourires et une ambiance détendue qui en résultent.
- **Des discussions « exutoires »**, qui portent sur des sujets propices à entraîner une rancœur chez les infirmiers/ères (la contestation de la décision d'un médecin, un patient impoli, buté ou agressif, les rapports tendus avec d'autres services/départements de l'hôpital, etc.) et qui ont pour objectif d'extérioriser cette rancœur, colère ou frustration, de se rendre compte que d'autres la vivent aussi, de tourner la page et d'ainsi, indirectement, se détendre. Généralement, ce sont des soupirs libérateurs, des rires, parfois, et une ambiance plus calme et détendue qui en résultent.
- **Des discussions « fonctionnelles »**, qui portent sur les soins à apporter aux patients et les manipulations à effectuer, et qui ont pour but de coordonner les membres du personnel et les équipes entre elles. En somme, de faire fonctionner le service correctement. La plupart du temps, ces discussions ont lieu lors des remises de services. Ce qui en résulte s'apparente à de la motivation à faire un travail correct et à du réconfort de se sentir entouré dans la réalisation des tâches.

Comme annoncé dans la méthodologie, j'ai établi deux catégories pour apporter un peu plus de rigueur et de précision dans l'analyse des échanges au sein du coin cuisine en tant qu'espace d'expression et de l'impact qu'ils peuvent avoir sur les membres du personnel infirmier. Une troisième

catégorie (type d'interactions, cheffe/infirmières ou infirmières/infirmières) avait été, au départ, envisagée puis rapidement abandonnée car j'ai pu constater que les membres du personnel infirmier ne se comportaient pas différemment selon qu'ils étaient entre eux ou avec leur cheffe de service.

Les échanges ont donc été analysés :

-En fonction du type d'épisodes pendant lequel ils se produisaient :

- Pause de midi de l'équipe PM (de 12h00 à 12h30) ;
- Remise de service (de 12h30 à 13h00) ;
- Pause de midi de l'équipe AM (de 13h00 à 13h30).

-En fonction du type de discussions qu'ils contenaient :

- Discussion « détendue » ;
- Discussion « exutoire » ;
- Discussion « fonctionnelle ».

Il apparaît que les discussions « détendues » se produisent plus souvent durant la pause de midi de l'équipe du matin, c'est-à-dire une fois la remise de service terminée. Cela peut sans doute s'expliquer par le fait que l'équipe a, à ce moment-là, terminé sa journée de travail, ce qui facilite grandement, et même, nécessite, le lâcher prise et la détente. L'espace d'expression que forme la cuisine sert alors aux infirmiers/ères à relâcher la pression produite par la matinée de travail et à se détendre.

Ces discussions dites « détendues » ont un effet bénéfique sur le groupe car elles entraînent bien souvent les rires, les sourires et, par effet de contagion, la narration des anecdotes les unes après les autres, ce qui permet à chacun de s'exprimer et renforce les liens du groupe.

À titre d'exemple, une discussion humoristique sur le fait de pouvoir se débrouiller sans supermarchés, rien qu'avec des poules et un potager dans son jardin, a permis de détendre l'atmosphère après une remise de service lourde et tendue.

Les discussions « exutoires » sont des discussions où le personnel infirmier se défoule à propos d'une situation pénible, d'un patient difficile, des rapports tendus avec les médecins, les supérieurs ou encore les autres services/départements de l'hôpital. Elles se produisent la plupart du temps durant les remises de service entre les deux équipes. Cela s'explique par le fait qu'il s'agit du moment où le personnel fait le point sur l'état de santé d'un patient et sur les traitements qu'il a reçus/doit recevoir, et donc le moment où les rancœurs vis-à-vis des médecins ou même des patients resurgissent le plus facilement et rapidement. Ce besoin d'extérioriser la tension est sans doute le reflet du sentiment d'impuissance du personnel face à l'état de certains patients.

À titre d'exemple, une infirmière, en pleine remise de service, exprimait son désarroi et son sentiment d'impuissance face à un patient souffrant terriblement mais jugé trop instable pour être emmené en salle d'opération.

Ces discussions se produisent également lors de la pause de midi de l'équipe du matin, sans doute parce que le personnel a besoin, à ce moment-là, d'extérioriser les situations pénibles rencontrées durant la matinée.

Les discussions « exutoires » servent au personnel infirmier à extérioriser une tension, des émotions trop lourdes à garder pour soi, mais aussi, parfois, à se rassurer mutuellement quant à ses propres compétences ou à la bonne évolution de l'état de santé d'un patient. Ainsi, les discussions exutoires ne sont pas exclusivement des discussions tendues ou déprimées. Il arrive aussi que le rire s'invite dans ces discussions et vienne dédramatiser la situation.

Quant aux discussions « fonctionnelles », elles surviennent la plupart du temps lors des remises de service, ce qui est logique quand on sait que ce moment sert à coordonner les équipes entre elles. Pendant ces remises, j'ai pu observer une réelle entraide entre les infirmiers/ères, conscients que la coordination auprès des patients commence avec une coordination bienveillante les uns envers les autres (prêt de marqueurs fluos, rappels, informations supplémentaires, etc.). Cette attitude est le reflet de la très

bonne entente constatée entre tous les membres du personnel infirmier du service, entente qui, selon moi, facilite l'expression de chacun.

Ces remises de services, ainsi que les autres épisodes, sont aussi l'occasion pour les équipes d'élaborer ensemble des solutions lorsqu'un problème se présente. Lors d'une observation, les infirmiers/ères ont, par exemple, mis en évidence le fait que certains pansements étaient très mal faits. Cette discussion, exutoire à la base, a mené à la proposition, puis à la décision de faire un rappel à ce propos auprès des équipes.

Ces constats ne sont évidemment pas fixes et il peut arriver que des discussions exutoires se produisent après quelques discussions détendues et inversement, ou que les échanges prennent une tournure inattendue. L'expression du personnel infirmier dépend également de facteurs internes comme le caractère de chacun, certains ayant plus de mal que d'autres à s'exprimer ou, au contraire, à contenir leurs émotions, mais aussi de facteurs externes comme le contexte du jour ou de la semaine. Lors de mon arrivée à une des observations, l'infirmière cheffe de service m'a accueillie en me prévenant d'entrée de jeu que la semaine était difficile, notamment à cause des nombreuses pathologies lourdes présentes toutes en même temps dans le service. La mort, la veille, d'un jeune patient avait particulièrement bouleversé les équipes. Par conséquent, les discussions exutoires et destinées à exprimer ce bouleversement étaient omniprésentes ce jour-là.

Le schéma suivant propose de résumer et d'illustrer l'utilisation du coin cuisine en tant qu'espace d'expression ainsi que les types d'échanges qui y ont lieu.

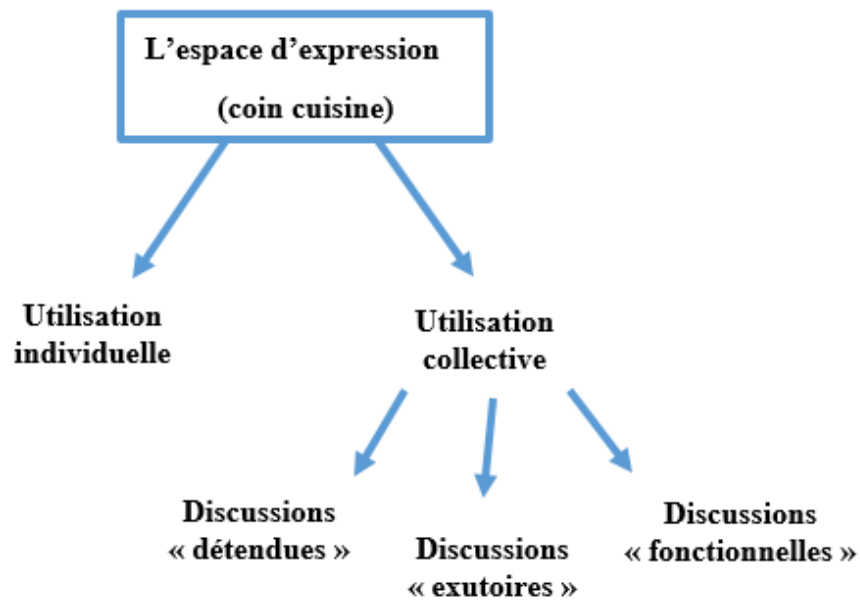


Figure 2 : Schéma de l'utilisation du coin cuisine en tant qu'espace d'expression

De manière assez surprenante, le bureau de l'infirmière cheffe de service, accolé au coin cuisine et communiquant directement avec, est également un fort lieu de passage et de conversations. Même si ces dernières sont plutôt fonctionnelles et professionnelles, les discussions détendues et exutoires n'en sont pas totalement absentes, ce qui fait du bureau une sorte de pièce introductive à l'espace d'expression que forme le coin cuisine.

En repensant à tous les éléments qui caractérisent l'utilisation de cet espace, j'ai pu remarquer que le coin cuisine forme, pour les membres du personnel infirmier, une sorte de refuge dans lequel ils se rassemblent dès que possible. Cet espace est le leur, ils l'entretiennent collectivement (vaisselle à tour de rôle, réapprovisionnement du frigo, hygiène de la table, etc.) et l'ont investi pour « l'abri » qu'il constitue vis-à-vis des médecins, des familles des patients, des patients et de leurs pathologies souvent lourdes.

Cependant, j'ai également pu remarquer à différentes occasions que ce moment, cette pause, entre collègues est rarement respecté des autres acteurs. Il n'est pas rare de voir un médecin entrer dans la cuisine sans toquer pour demander un soin pour un patient, ni d'entendre le téléphone

sonner toutes les 5 minutes pour des choses qui, bien souvent, auraient pu attendre, selon les infirmiers/ères. Cette situation les agace, ces derniers ayant l'impression de ne pas avoir le droit de souffler. À titre d'anecdote, une infirmière a dû, un jour, se lever en pleine pause parce qu'un médecin, à l'autre bout du téléphone, lui demandait s'il restait du café dans la machine.

Lors d'une autre observation, un acteur externe est venu donner une brève formation sur un nouveau dispositif sublingual de prise en charge de la douleur par le patient. Cette formation avait été planifiée sur le temps de midi et au sein même du coin cuisine. Aussi brève et utile fut-elle, la question du respect de cet espace peut, une nouvelle fois, se poser. Les discussions exutoires ont par ailleurs été plus nombreuses et plus longues après la formation. Néanmoins, le coin cuisine forme un espace rassurant et confortable pour les infirmiers/ères, ce qui leur a permis de se sentir à l'aise pour réagir, poser des questions et même se challenger entre eux afin de vérifier si tout le monde avait bien compris le principe du dispositif.

Les observations ont permis de mettre en évidence que le coin cuisine constitue bel et bien un espace d'expression pour les membres du personnel infirmier, un espace dans lequel ils se réunissent volontiers afin d'échanger, le tout au travers de discussions qui peuvent prendre différentes tournures : détendues, exutoires ou fonctionnelles. Ces échanges poursuivent la détente, l'expression des tensions et des émotions douloureuses et la coordination entre les équipes, des objectifs qui semblent nécessaires à la prévention des RPS chez le personnel infirmier et à l'établissement d'un certain bien-être.

### **Les entretiens**

J'ai choisi de compléter les observations faites sur le terrain avec des entretiens semi-dirigés avec des infirmiers/ères volontaires. Ces entretiens ont pour but de réduire les limites et les biais dus à mon point de vue externe lors des observations et de prendre la problématique du point de vue des premiers concernés, les membres du personnel infirmier. L'objectif est également de mettre des visages humains sur la problématique.

Ces entretiens ont donc été menés avec quelques infirmiers/ères volontaires. En plus des membres du personnel dits « fixes », ces entretiens reprennent aussi le point de vue de l'infirmière cheffe de service, ainsi que celui d'une infirmière dite « mobile », c'est-à-dire amenée à travailler au sein des divers services de l'hôpital, sans être rattachée à un de ces services en particulier. Les entretiens ont été réalisés sur le terrain même, au sein du service.

En premier lieu, les infirmiers/ères interrogés s'accordent à dire que le métier d'infirmier est un métier qui est loin d'être évident, tant au niveau mental que physique.

D'une part, les répondants déplorent le manque de personnel et la réduction du temps moyen de séjour des patients, deux facteurs qui alourdissent grandement leur charge de travail au quotidien et qui réduisent la dimension humaine de leur profession.

Une infirmière à ce sujet : *« C'est-à-dire qu'on a une place difficile. On a les médecins qui nous donnent des ordres, on a les patients qui attendent des choses de nous, qui attendent des réponses, qui attendent des actes qu'on ne peut pas faire sans l'aval des médecins ou qui voudraient que ça aille plus vite. Donc au niveau psychologique, c'est pas évident. On est quand même souvent tenues par l'impératif temps, et quand on travaille avec de l'humain, c'est pas évident. »*

D'autre part, le métier d'infirmier, en relation permanente avec l'humain et sans arrêt confronté à la souffrance, nécessite des nerfs solides et une capacité à faire la part des choses, à prendre de la distance. Pour certains, c'est néanmoins ce lien avec les patients qui fait la beauté du métier.

Cette dureté du métier provoque chez le personnel infirmier du « stress », de « l'énervement », de la « fatigue », mais aussi une plus grande « nervosité » et « susceptibilité ».



Pour gérer ce stress, les répondants se forcent à laisser les problèmes du travail sur le lieu de travail et à oublier le tout une fois sortis de l'établissement. Cette stratégie de la barrière semble partagée de tous, ce qui est logique si l'on sait que les membres du personnel infirmier s'échangent régulièrement des trucs et astuces de métier.

Les répondants mettent très vite également en évidence l'importance du dialogue et des échanges entre collègues dans la gestion de ce stress : *« On s'entend toutes très très bien et on sait tous se parler de tout et de rien. C'est clair qu'il y a des moments qui sont plus difficiles que d'autres, mais on a toujours une collègue avec qui on peut en discuter. »*.

Parler d'une situation stressante ou difficile permet en réalité à l'infirmier/ère de se rendre compte qu'il n'est pas seul(e), ce qui déculpabilise et libère.

*« Des fois on pourrait se dire 'Oui mais est-ce que c'est moi qui ait un problème avec ce patient ou qui n'arrive pas à le gérer ?' puis on remarque qu'en fait il y a plusieurs personnes et donc on se sent moins seul. On se dit 'Bon bah ça va aller' et du coup on ne culpabilise pas. Ou bien quand on est face à la détresse d'une famille bah on peut en parler et remarquer qu'on va tous dans le même sens, ou bien au contraire, il y aura quelqu'un pour nous secouer un peu qui nous dira 'Mais non tu vas voir, ça va aller', et nous reconforter. »*

Au fil des questions, l'importance que les infirmiers/ères accordent à la parole et aux échanges entre collègues prend de l'ampleur. La parole, selon leurs dires, joue un rôle primordial dans la coordination des équipes et la bonne cohésion de celles-ci.

*« On crée des liens aussi avec nos collègues, ce n'est pas qu'un espace pour discuter du boulot, on crée aussi des liens par rapport à la vie privée. Travailler avec des gens qu'on ne connaît pas ou avec qui on ne s'entend pas très bien, c'est pas agréable. Pour moi, une équipe faut que ce soit*

*quelque chose d'uni, qu'il y ait de la discussion, de l'entraide parce qu'une équipe sans ça, ça ne fonctionne pas. »*

Plus encore, la cohésion au sein des équipes, engendrée notamment par des échanges et un dialogue permanent, aurait une influence sur l'état de santé du malade et la bonne guérison de celui-ci, comme l'affirmait une des infirmières :

*« Quand tu as des équipes qui n'ont pas de cohésion d'équipe, ça ne marche pas. Tu le sens, et les patients le ressentent aussi. C'est rare qu'on ait des patients qui sortent d'ici en n'étant pas contents du service, parce qu'on s'entend toutes et qu'ils le ressentent. Parce que si on n'a pas de cohésion d'équipe, ou qu'on a une fois une collègue qui est un peu mal lunée, bah le patient va le ressentir et ça va générer un stress chez lui. »*

Une autre infirmière mettait en évidence le fait qu'échanger entre collègues, notamment au sujet des patients, permet aussi de savoir comment les aborder pour qu'ils se sentent bien, à défaut, pas mal : *« Faut aussi garder à l'esprit qu'il y a certains patients qui n'ont pas le moral, c'est pas des gens qu'il faut aller voir en disant : 'Ca va madame ? Dites donc, il y a beaucoup de cas de cancers en ce moment !' sinon elle va se mettre à pleurer parce qu'elle vient de perdre quelqu'un de sa famille. Et ça, il faut le savoir. »*

Quant à savoir ce que le coin cuisine étudié et observé représente pour le personnel infirmier de ce service, tous s'accordent à dire qu'il forme une véritable *« bulle d'oxygène »*, un petit coin privé qu'ils défendent, où ils peuvent, le temps d'une heure, s'évader.

L'infirmière mobile, pourtant moins rattachée au service que les autres, est du même avis : *« C'est un endroit où on communique entre collègues, où on se libère de la charge de travail du service. Un endroit où on se recueille, où on échange des choses aussi. On échange aussi bien notre vie privée que des informations médicales. Moi je trouve ça très important. Si on ne communique pas, nous on n'avance pas. »*

Une autre encore : « *On mange et on parle un peu de tout. On va parler des patients, on va pousser nos petits coups de gueule là-dedans, on peut rigoler, on va parler de la famille...* »

Échanger au sein de l'espace cuisine fait partie de la routine du personnel infirmier de ce service. Plus encore, ils assurent en avoir « *besoin* ».

« *On a besoin aussi de relâcher la pression. Il faut savoir s'arrêter à un moment et relâcher parce que sinon, on est sur les rotules. Pour les infirmières, la communication c'est primordial, on a besoin de parler. Je ne verrais pas ma vie, mon travail sans parler. On a besoin de se libérer.* »

En plus de relâcher la pression, de se soutenir mutuellement et de s'évader, ils reconnaissent qu'échanger au sein du coin cuisine leur permet parfois de trouver des solutions à des impasses, comme le malaise d'un(e) infirmier/ère à l'idée de s'occuper de tel patient ou telle famille :

« *Ça permet de trouver des solutions, du style moi j'ai un problème avec tel soin, tel patient. Discuter ensemble, ça permet de s'arranger pour savoir qui va le faire.* »

Le dialogue entre collègues occupe une place telle au sein de cet espace que les membres du personnel infirmier n'envisagent pas de s'y rendre pour en profiter de manière individuelle. Le coin cuisine est un lieu de partage, de recueillement d'équipe, d'évasion collective.

« *La cuisine, c'est pour être ensemble, partager ensemble. Et se défouler. Et puis, voir si les autres ressentent les mêmes choses que nous, et ça nous fait nous sentir mieux en fait. Cette pièce-là est vraiment faite pour les contacts et les échanges. On s'arrête ensemble, on mange ensemble, on discute ensemble.* »

Les infirmiers/ères ne souhaitent pas non plus disposer, à l'avenir, d'un espace « plus officiel » qui serait uniquement dédié aux échanges entre

collègues, par manque d'intérêt d'aller chercher ailleurs ce qu'ils ont déjà dans le coin cuisine. Ils soutiennent même retrouver les bénéfiques offerts par le coin cuisine à d'autres endroits, tels que devant les ordinateurs ou au chevet des patients.

*« Le patient aussi nous aide. Quand tu as un patient très loquace, tu prends un peu plus de temps avec parce que ça lui fait du bien et ça nous apporte quelque chose aussi. Parfois tu racontes tes malheurs aux patients hein, puis eux racontent leurs malheurs aussi. »*

Enfin, à la question de l'importance de ce genre d'espaces dans le cadre du métier d'infirmier, les infirmiers/ères le disent primordial au niveau psychologique et se battent pour continuer à en disposer au quotidien. Dans un autre service, ces moments et ces espaces ont en effet été supprimés.

*« On se bat pour être réunies et garder ça. D'ailleurs, quand on nous a parlé de ce qui se faisait là-bas, il était même pas question qu'on nous fasse la même chose ici. Je pense que c'est vraiment pas le bon système. On doit pouvoir se parler. Parfois c'est pour dire des bêtises, mais c'est juste pour détendre l'atmosphère et relativiser surtout. Parce que si tu ramènes tout ça à la maison, tu fais un burn-out. »*

*« D'un côté on va parler des patients, mais on va aussi parler de ce qui nous rend heureuses ou de nos problèmes de couple, parce qu'on ne peut pas en parler à la maison par exemple. On ne voit pas énormément d'extérieur à part notre travail et la maison, donc il faut pouvoir avoir quelqu'un pour en parler, et nos collègues sont là. À la fois on a besoin de se défouler du travail à la maison, tout comme on a besoin de se défouler de la maison au travail. »*

*« C'est le principe d'évasion et de ne pas toujours être dans le même cadre. Voilà, c'est notre petit coin à nous, à l'abri du regard. »*

Il ressort donc des entretiens que le coin cuisine représente, pour les membres du personnel infirmier de ce service, une véritable bulle d'oxygène dont ils ont besoin pour assurer la coordination des soins, pour relativiser et pour s'évader tous ensemble. La parole et les échanges occupent une place primordiale dans leur métier et participent à la création d'une cohésion d'équipe, cohésion qui, à son tour, rend possible ces échanges.

## **F. Partie interprétative**

### **Interprétation des résultats**

Il apparaît donc que le coin cuisine forme un espace d'expression pour les membres du personnel infirmier du service observé puisque ces derniers utilisent cet espace pour échanger entre eux lors de leurs pauses, échanges dont les discussions peuvent prendre différentes tournures et poursuivre différents objectifs.

Comme le personnel infirmier interrogé l'affirmait, disposer d'un espace et d'un moment pour échanger avec leurs collègues les aide à gérer le stress et les émotions causés par la dureté du métier d'infirmier.

Les outils théoriques qui ont été mobilisés dans ce mémoire vont permettre d'expliquer précisément en quoi ces échanges soulagent leur stress et ont ainsi un impact positif sur la prévention des RPS.

Lorsque les infirmiers/ères mènent des discussions dites « détendues » au sein du coin cuisine, en parlant de la pluie et du beau temps, des activités du week-end qui vient de passer ou en rigolant à propos d'un stagiaire maladroit, non seulement ils se détendent, mais c'est une cohésion d'équipe et un véritable collectif de travail qui naissent et qui se consolident à chaque nouvel échange de ce genre.

C'est précisément ce que Diane Pomerleau et Marie Alderson ont pu observer lors de leur expérience en milieu hospitalier : « *Ainsi, une organisation de travail offrant du temps et un espace de parole à ses employés, infirmières en l'occurrence, constitue une avenue essentielle favorisant les échanges entre collègues de travail et contribuant à l'ébauche ou à l'essor d'un collectif de travail.* » (Alderson, 2001, 2010 citée par Pomerleau et al., 2013, para.1).

Les deux auteures ajoutent que si cette bonne entente au sein des espaces d'expression est favorable à la création d'une cohésion d'équipe et d'un collectif de travail, ce collectif engendre notamment, à son tour, « *l'appui et le soutien des infirmières plus expérimentées envers les novices, le partage des trucs de métier (...)* » (Cloutier et al., 2005 cité par Pomerleau et al., 2013, para. 7), des bienfaits pour le bien-être au travail du personnel infirmier et même le bon fonctionnement du service dans lequel il évolue.

Les discussions « détendues » constatées lors des observations contribuent aussi à l'émergence d'un « *travailler ensemble* » et d'une « *culture professionnelle* », concept abordé par Bonneville & Grosjean. En effet, en échangeant sur des sujets légers ou drôles, les infirmiers/ères renforcent leurs liens entre eux, participent à l'émergence de la cohésion d'équipe mentionnée ci-dessus et posent ainsi les fondations d'un « *travailler ensemble* » et d'une culture professionnelle « *qui donne un sens aux tâches quotidiennes des travailleurs* » (Bonneville & Grosjean, 2012, para. 15).

Il est important de mentionner que les discussions dites « exutoires » participent, elles aussi, à l'émergence d'une cohésion d'équipe et d'un « *travailler ensemble* ». En effet, c'est également, voire surtout, lorsqu'un(e) infirmier/ère du service extériorise sa colère, exprime son incompréhension ou son désarroi face à une situation difficile qu'il/elle peut se rendre compte qu'il/elle est entouré(e) d'autres personnes dans le même bateau et accorder du sens à ce qu'il/elle vient de vivre (Bonneville & Grosjean, 2012).

Les discussions du personnel qui tournent autour du métier d'infirmier et des expériences vécues par chacun, que ce soit dans une ambiance détendue, tendue ou professionnelle, contribuent à la création d'une identité professionnelle et renvoient ainsi au concept de Christophe Dejours. Selon l'auteur, les échanges à propos du métier permettent à chacun de prendre du recul sur son parcours professionnel et de réfléchir sur le sens de son travail. En discuter en groupe permet également de concevoir ensemble cette identité via des questions telles que « *Qui sommes-nous* », « *Que faisons-*

*nous ?* », « *Pourquoi ?* ». Rappelons que cette identité professionnelle est indispensable à la prévention des RPS puisqu'elle constitue, selon l'auteur, « *l'armature de la santé mentale* » (Gernet & Dejours, 2009 cités par Boivin-Desrochers & Alderson, 2014, para. 31) et qu'elle est sans cesse renégociée au cours des échanges.

Tous ces éléments (cohésion d'équipe, culture et identité professionnelle), engendrés par les échanges au sein du coin cuisine, participent à la création de sens commun au travail réalisé et à la profession exercée, ce qui est indispensable pour le bien-être, sur le long terme, de l'équipe observée et donc pour la prévention des RPS.

Au moment où un(e) infirmier/ère du service observé entame une discussion dite « exutoire » en déchargeant une tension, une colère ou une frustration, il/elle reçoit bien souvent un soutien et une attention de la part de ses collègues. Généralement, ces derniers réagissent en prenant part à la discussion, mais aussi en réconfortant ou en rassurant leur collègue (« *Mais non ça va aller, tu vas voir.* » « *Il faut pas que tu le prennes trop pour toi.* »). Ce comportement rappelle ce qu'Alain Deneux avait pu constater en conduisant des groupes de parole : exprimer son ressenti, ses émotions et ses difficultés auprès de ses collègues permet la reconnaissance et la validation de la souffrance par ceux-ci (Deneux, 2008).

Après le décès du jeune patient qui avait bouleversé tout le service, j'ai pu remarquer que certaines infirmières avaient besoin de revenir sur cette mort en abordant le sujet dès le début de la pause. Cet événement et les réactions qui ont suivi ressemblent au travail de deuil également évoqué par Alain Deneux dans sa théorie de la reconnaissance et validation de la souffrance.

Ainsi, les discussions « exutoires » du personnel infirmier observé et interrogé leur servent à créer quotidiennement et collectivement du sens à leur travail mais aussi, et sans doute d'abord, à exprimer leur souffrance, de sorte que celle-ci soit reconnue puis validée par leurs collègues qui vivent, eux aussi, des moments difficiles.



Quant aux discussions dites « fonctionnelles », observées la plupart du temps lors des remises de service, elles renvoient au rôle structurant et organisant de la parole et des échanges mis en évidence par Bonneville et Grosjean. Selon eux, la parole et les échanges au sein des organisations de service aident les membres du personnel à organiser leur travail, en s'informant sur ce qui a été fait, ce qui reste à faire et en coordonnant les tâches entre eux. (Bonneville & Grosjean, 2012).

Ainsi, en échangeant à propos d'une procédure médicale, d'un traitement ou du suivi d'un patient au sein du coin cuisine, les infirmiers/ères du service structurent et organisent au quotidien, inconsciemment peut-être, leur travail et leur milieu de travail.

Ce besoin de coordination mis en évidence par les auteurs explique également pourquoi les infirmiers/ères utilisent le coin cuisine pour ainsi dire uniquement de manière collective. Comme le soulignaient Luc Bonneville et Sylvie Grosjean, « *Dans les organisations de service, les travailleurs ne sont pas que des exécutants passifs : ils doivent, suivant la finalité même de leur travail, réfléchir, mettre à contribution leurs connaissances, raisonner, être créatifs, etc. Ils ont donc besoin de se parler, ce qui est plus complexe que d'uniquement échanger de l'information factuelle.* » (Bonneville & Grosjean, 2012, para. 15).

Ces discussions « fonctionnelles » participent, elles aussi, d'une certaine manière à la création de sens commun au travail.

D'une part, en échangeant des savoirs et des méthodologies, des expériences vécues avec les patients ou des raisonnements au sein du coin cuisine, ils résolvent des situations problématiques, évitent les accidents et contribuent au bon fonctionnement du service, ce que Julian Orr démontrait déjà au travers de son exemple de réunions entre techniciens : « *À travers leurs interactions quotidiennes lors de moments de pause, de repas, ils résolvent des problèmes complexes par la narration d'incidents techniques ; ils*

*inventent des solutions collectivement ; ils apprennent les uns des autres. »*  
(Orr, 1996 cité par Bonneville & Grosjean, 2012, para. 13)

D'autre part, échanger à propos d'un traitement à administrer ou d'un nouveau dispositif technique, par exemple, participe aussi à l'émergence d'un « *travailler ensemble* » (Bonneville & Grosjean, 2012, para. 14) grâce au sentiment de faire partie d'une équipe soudée et à l'identité professionnelle que ces échanges autour des techniques médicales amènent.

Enfin, j'ai pu remarquer, lors des observations ou durant les entretiens, qu'il arrivait aux membres du personnel infirmier de ce service de trouver, durant les échanges, des solutions à des impasses ou des situations problématiques rapportées. Cette pratique soutient les théories issues du courant de la psychodynamique du travail selon lesquelles « *les individus ne sont pas passifs devant la souffrance reliée à leur travail.* » (Molinier & Flottes, 2012 cités par Boivin-Desrochers & Alderson, 2014, para. 18).

Ces solutions ne résolvent pas des problèmes structurels, mais elles correspondent à ce que les auteurs de la PDT appellent des stratégies de défense collectives, c'est-à-dire des solutions « *permettant à l'individu de composer avec les contraintes et difficultés vécues au travail et de préserver une santé mentale au travail* » (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014, para. 18). C'est précisément ce qu'il se produit lorsqu'un membre du personnel infirmier signale, par exemple, qu'il n'a pas la force de s'occuper de tel ou tel patient pour une raison X ou Y et qu'une autre personne propose de s'en charger à sa place.

À la lumière des points théoriques issus de la littérature sur les espaces d'expression (Bonneville & Grosjean, Deneux, Pomerleau, Blondeau) l'espace du service étudié, matérialisé sous la forme du coin cuisine, semble être appelé à durer dans le temps et ce, pour plusieurs raisons :

-La motivation du personnel infirmier à utiliser cet espace est bien présente, et le besoin, souligné par toutes les infirmières interrogées à ce sujet. Cette

motivation et ce besoin se traduisent par la fréquence quotidienne des discussions et des échanges au sein de cet espace.

-Le coin cuisine et le besoin des infirmiers/ères à l'utiliser pour échanger sont reconnus et soutenus par la hiérarchie directe des équipes, à savoir l'infirmière cheffe de service, d'autant que cette dernière reconnaît avoir, elle aussi, besoin d'échanger avec ses collègues dans cet espace.

-Cette hiérarchie, en la personne de l'infirmière cheffe de service, n'a cependant pas une présence surplombante ou oppressante sur l'expression.

-L'expression et les échanges au sein du coin cuisine ne demandent pas un investissement élevé en termes de temps ou d'engagement puisqu'ils se déroulent déjà lors des pauses ou des remises de service.

Cependant, puisque cet espace d'expression ne prend pas place en dehors du temps de midi et qu'il n'a pas une délimitation spatio-temporelle propre, il est, dès lors, plus difficile de demander un respect strict de cet espace et de ce moment.

Il ressort également des observations et des entretiens que la forme que prend l'espace d'expression a l'air de moindre importance que ce qui s'y passe et ce qui s'y dit. Pour preuve, le personnel infirmier échange également en dehors du coin cuisine, comme devant les ordinateurs ou avec les patients. Comme le souligne Serge Blondeau, « *une approche protocolaire arrête la prétention de l'individu à devenir sujet.* » (Blondeau, 2004, para. 113). Plus l'expression est encadrée, fixée et organisée, plus grand est le risque que les participants se sentent opprimés et dépossédés, et donc moins cette expression a de chances de se produire.

Le personnel infirmier affirme avoir besoin de cet espace, de ce moment, sans doute parce qu'il « *participe du remodelage des liens sociaux, source d'une plus grande horizontalité identificatoire, source de solidarité et de convivialité* » (Blondeau, 2004, para. 122). Ces groupes, comme Blondeau

le met encore en évidence, « *tiennent tout autant du groupe convivial que du groupe thérapeutique* » (Blondeau, 2004, para. 122).

Enfin, le non-respect fréquent des autres acteurs (médecins, supérieurs, autres départements, etc.) vis-à-vis du moment d'échanges, signalé par les infirmiers/ères, est sans doute une des conséquences de ce qu'Anne Mayère appelait la « *rationalisation des activités de production d'information et de communication* » (Mayère, 2014, para. 2). Alain Deneux mettait lui en évidence que les médecins ont du mal à accorder un quelconque bienfait aux temps d'échanges et de dialogue hors fonction médicale : « *la subjectivité, croyons-nous, détourne de la tâche de soigner.* » (Deneux, 2008, para. 10).

Pourtant, il est désormais admis, grâce au courant de la communication constitutive des organisations (CCO), que ces échanges, qui correspondent au pendant réel des pratiques prescrites et des textes globaux, constituent l'organisation et sont indispensables à sa continuité (Mayère, 2014).

### **Retour sur la problématique**

Vu les résultats des observations et des entretiens menés au sein du service, l'hypothèse selon laquelle « *La mise en place par l'hôpital d'espaces d'expression à disposition de son personnel infirmier a un impact positif sur la prévention des RPS chez ce dernier grâce à la parole libre et aux interactions qu'ils permettent.* » semble se confirmer.

Il apparaît en effet que la parole libre et les interactions sur le lieu de travail offrent plusieurs bénéfices aux membres du personnel infirmier, en termes de prévention des RPS.

En premier lieu, la parole libre et les interactions permettent aux membres du personnel infirmier de créer collectivement du sens à leur travail, ce qui est primordial dans un métier confronté en permanence à la souffrance d'autrui et à la mort. La création de sens commun comprend l'émergence d'une cohésion d'équipe, d'une culture professionnelle et d'une identité professionnelle, des éléments qu'il est nécessaire de développer pour

continuer à trouver un sens à ce que l'on fait au quotidien. Ce sens commun se crée aussi bien au travers des discussions « exutoires » que « détendues » et « fonctionnelles » du personnel infirmier.

Ensuite, la parole libre et les interactions entre infirmiers/ères, au travers de discussions « fonctionnelles », les aident à structurer et organiser leur travail et lieu de travail, et à améliorer la coordination entre les équipes, ce qui est primordial pour le bon fonctionnement du service et la cohésion de l'équipe.

La parole libre et les interactions, au travers des discussions « exutoires », offrent également l'opportunité aux membres du personnel infirmier d'exprimer leur souffrance et de voir cette souffrance reconnue et validée par les autres. Échanger permet donc non seulement d'extérioriser la souffrance ressentie mais également de constater que d'autres personnes sont dans le même cas, ce qui rassure et déculpabilise.

Enfin, la parole libre et les interactions permettent aux membres du personnel infirmier d'élaborer collectivement des solutions à des impasses ou des situations problématiques rapportées. Ces solutions ne sont pas structurelles, mais elles permettent néanmoins de rendre le quotidien des infirmiers/ères vivable, parfois même agréable.

Grâce aux apports des lectures scientifiques, des observations et des entretiens faits sur le terrain, il apparaît que ces bénéfices engendrent effectivement un bien-être au travail auprès du personnel infirmier et une diminution des RPS, même si ces derniers n'en ont pas spécialement conscience. Plus encore, ils semblent avoir besoin de la parole et des interactions et des bénéfices qu'elles engendrent dans leur travail quotidien.

Il convient cependant de nuancer la partie de l'hypothèse qui soutient que l'hôpital est responsable de la mise à disposition, ou non, d'espaces d'expression pour son personnel infirmier. Suite aux observations et aux entretiens, j'ai pu constater que l'espace d'expression qui permet les échanges entre infirmiers/ères n'est pas forcément délimité physiquement,

ni mis en place et prévu par l'hôpital puisqu'il leur arrive aussi de discuter à des endroits à priori non conçus pour favoriser les échanges, tels que devant les ordinateurs ou avec les patients. C'est donc le personnel infirmier qui semble décider de la forme, du lieu et du moment de cette expression.

Je voudrais terminer en précisant que les espaces d'expression, néanmoins, ne constituent pas une solution miracle à la prévention des RPS ou à tous les autres enjeux du milieu hospitalier. Comme le prévient Blondeau, « *Ces dispositifs n'ont pas vocation à modifier en quoi que ce soit les structures.* » (Blondeau, 2004, para. 94).

Néanmoins, j'estime que ces espaces sont malgré tout indispensables si l'on veut instaurer un milieu de travail collectif sain et vivable, où la parole et l'écoute d'autrui sont considérées à leur juste valeur, ce qui est à la base du bien-être au travail et de la prévention des RPS.

Puisque l'hypothèse mise en avant dans la problématique de ce mémoire semble se confirmer, la réponse à la question de recherche « *Dans quelle mesure des espaces d'expression en milieu hospitalier peuvent-ils influencer la prévention des RPS chez le personnel infirmier ? Le cas du Centre Hospitalier Medixi (Belgique).* » peut se formuler comme suit :

Suite à une recherche empirique menée au sein d'un des services du Centre Hospitalier Medixi, il apparaît que les espaces d'expression en milieu hospitalier ont un impact positif sur la prévention des RPS chez le personnel infirmier car ils permettent l'expression d'une parole libre et des interactions qui engendrent, à leur tour, au travers de discussions « détendues », « exutoires » et « fonctionnelles », des bénéfices tels que la création de sens commun au travail réalisé et à la profession exercée, la structuration et l'organisation du travail et du lieu de travail au quotidien, la reconnaissance et la validation de la souffrance par les pairs et l'élaboration collective de solutions face à des impasses ou des situations problématiques.

## **Conclusion**

Vu la propagation des RPS et l'explosion du nombre de cas de burn-out professionnels auprès du personnel infirmier ces dernières années, ce mémoire propose d'explorer la piste des espaces d'expression en milieu hospitalier en tant que moyen pour prévenir les RPS chez ce personnel.

Les termes « espaces d'expression », repris dans ce mémoire, désignent des lieux, formels ou informels, physiques ou intangibles, qui permettent aux infirmiers/ères de relâcher la pression, de décompresser, de dialoguer avec leurs collègues à propos d'un patient, d'un problème, ou simplement de la pluie et du beau temps et donc de se détendre, d'évacuer le stress.

L'objectif de ce mémoire est donc de déterminer si les espaces d'expression en milieu hospitalier constituent un moyen pour prévenir les RPS chez le personnel infirmier et dans quelles mesures.

Une recherche théorique a été menée sur la place et le rôle de la parole et du langage au travail et au sein de l'organisation ainsi que sur les espaces d'expression en milieu hospitalier. Il en ressort que l'expression de la parole libre et les interactions au travail, rendues possibles au sein des espaces d'expression, engendrent différents bénéfices pour les collaborateurs d'une organisation (création de sens, expression de la souffrance, structuration du travail, etc.) et que les espaces d'expression en milieu hospitalier, pourtant encore à l'état embryonnaire, constituent une réelle nécessité pour le personnel soignant.

Pour vérifier le potentiel des espaces d'expression, une recherche empirique, faite d'observations et d'entretiens, a été menée auprès du personnel infirmier d'un des services du Centre Hospitalier Medixi (Belgique). Cette recherche montre que les espaces d'expression en milieu hospitalier ont un impact positif sur la prévention des RPS chez le personnel infirmier car ils permettent l'expression d'une parole libre et des interactions qui engendrent, à leur tour, au travers de discussions « détendues »,

« exutoires » et « fonctionnelles », des bénéfices tels que la création de sens commun au travail réalisé et à la profession exercée, la structuration et l'organisation du travail et du lieu de travail au quotidien, la reconnaissance et la validation de la souffrance par les pairs et l'élaboration collective de solutions face à des impasses ou des situations problématiques.

Les espaces d'expression ne constituent cependant pas une solution miracle, car le problème est bien plus vaste et complexe. Néanmoins, à la lumière de cette recherche, j'estime que ces espaces restent indispensables si l'on veut instaurer un milieu de travail collectif sain et vivable, où la parole et l'écoute d'autrui sont considérées à leur juste valeur, ce qui est à la base du bien-être au travail et de la prévention des RPS.

Des recherches supplémentaires mériteraient d'être menées afin de comparer les résultats récoltés avec ceux d'un milieu hospitalier où le personnel infirmier ne dispose pas d'un espace d'expression qui laisserait libre cours à la parole et aux interactions. Par ailleurs, il conviendrait aussi de clarifier les termes « espaces d'expression » et d'en fixer une définition.



## **Recommandations**

À la lumière des constatations faites sur le terrain durant les observations et les entretiens et des lectures scientifiques sur le sujet, cette partie propose un résumé, non-exhaustif, de bonnes pratiques en matière d'instauration d'espaces d'expression en milieu hospitalier.

-Prévoir, mettre en place, organiser un moment, un espace ou un moment et un espace dédiés à l'expression des membres du personnel infirmier. Cette recommandation peut sembler tomber sous le sens, mais la considération de l'importance des moments d'échanges entre collègues n'est pas la même dans tous les établissements.

-Concevoir l'instauration de cet espace ou de ce moment sur le long terme, de sorte qu'il s'inscrive peu à peu dans la routine des équipes et se transforme en bonne habitude.

-Faire participer l'infirmier/ère chef(fe) de service (n+1) à ces groupes. Inviter la hiérarchie des niveaux supérieurs à y participer de temps en temps ou à lire des comptes rendus, à condition qu'il y ait de la confiance, de la bienveillance et de l'écoute entre les deux parties et de la considération à l'égard du projet mis en place.

-Éviter la présence surplombante et oppressante d'une hiérarchie ou d'un conseiller, psychologue, animateur externe au sein de l'espace/du moment d'expression. Dans la même logique, éviter l'établissement d'objectifs fixes et uniques ainsi que des règles qui empêcheraient la libre expression.

-Instaurer le respect de cet espace et de ce moment par tous les acteurs internes ou externes au service. Cela implique un respect de la durée pendant laquelle se déroule l'expression et de l'éventuel espace physique au sein duquel elle s'inscrit.

## **Bibliographie**

### **Articles scientifiques électroniques**

- Barley, S. (1990). Images of Imaging : Notes on Doing Longitudinal Field Work. *Organization Science* [En ligne], Vol. 1, No. 3, pp.220-247. URL : <http://www.jstor.org/stable/2635004>
- Blondeau, S. (2004). Du groupe et de la parole à l'hôpital. *Connexions* [En ligne], Vol. 82, No. 2, pp.19-48. DOI : 10.3917/cnx.082.0019.
- Boivin-Desrochers, C., & Alderson, M. (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail, et leur performance au travail. *Recherche en Soins Infirmiers* [En ligne], Vol.3, No. 18, pp.85-96. DOI : 10.3917/rsi.118.0085.
- Bonneville, L., & Grosjean, S. (2012). Pourquoi faut-il sortir de la parole instrumentalisée en milieu de travail ? *Communication* [En ligne], Vol. 30, No. 2. DOI : 10.4000/communication.3515.
- Deneux, A. (2008). Une pratique des groupes de parole de soignants à l'hôpital général. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* [En ligne], Vol. 50, No. 1, pp.123-132. DOI : 10.3917/rppg.050.0123.
- Godderis, L., & Vandebroek, S. (2013). Une étude sur le burn-out et l'enthousiasme chez le personnel médical et infirmier dans les établissements hospitaliers de Belgique. *Projets de recherche – Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale*. URL <http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=36139>
- Hachelafi, H., Bouameur, S., Chergue, A., & Fyad, A. (2011). Psychodynamique adaptée à la santé mentale au travail : conflit en

milieu hospitalier. *L'information psychiatrique* [En ligne], Vol. 87, No. 2, pp. 119-125. DOI : 10.3917/inpsy.8702.0119.

- Mayère, A. (2014). Communication et santé : étude des processus et dispositifs d'une rationalisation équipée. *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [En ligne], No. 4. DOI : 10.4000/rfsic.889.
- Pomerleau, D., Alderson, M., & Décarie, S. (2013). L'espace de parole au service des collectifs de travail : pour un milieu plus satisfaisant chez les infirmières dispensant des soins à domicile. *L'infirmière clinicienne* [En ligne], Vol. 10, No. 1, pp. 96-105. ISSN : 1923-5577.

#### **Articles électroniques**

- Van Reeth, C. (29<sup>th</sup> January 2018). De plus en plus de travailleurs au bout du rouleau : 28.000 Belges souffrent de burn-out. *Le Soir* [En ligne]. Retrieved from <http://www.lesoir.be/136828/article/2018-01-29/de-plus-en-plus-de-travailleurs-au-bout-du-rouleau-28000-belges-souffrent-de>

#### **Documents audio-visuels**

- Le Maire, J. (Réalisateur). (2015). *Burning out, dans le ventre de l'hôpital* [Film documentaire]. Belgique : Magellan Films.

#### **Ouvrages**

- Chabot, P. (2013). *Global burn-out*. Paris : Les Presses universitaires de France.
- Lacoste, M. (2001). Quand communiquer c'est coordonner. Communication à l'hôpital et coordination des équipes. In A. Borzeix & B. Fraenkel (Eds.), *Langage et Travail - Communication, cognition, action* (pp. 323-342). Paris : CNRS EDITIONS.



## Résumé

Ce mémoire s'intéresse à l'omniprésence de risques psychosociaux (RPS) chez les infirmiers/ères. Son objectif est de proposer un moyen susceptible d'enrayer le phénomène. Pour cela, il questionne l'impact de la parole et des échanges au travail sur la prévention des RPS chez le personnel infirmier, au travers des espaces d'expression en milieu hospitalier.

Grâce à des observations et des entretiens réalisés auprès d'une équipe et de son coin cuisine dans un centre hospitalier belge, il est apparu que ces espaces constituent une réelle nécessité pour la prévention des RPS chez le personnel infirmier et qu'ils engendrent plusieurs bienfaits, pouvant également bénéficier au fonctionnement du service.

Les échanges qui se déroulent au sein de ces espaces poursuivent en effet des objectifs de détente, d'extériorisation et de coordination, indispensables au quotidien du personnel infirmier. Plus encore, ils structurent et organisent le travail et le milieu de travail, participent à la création de sens commun accordé au travail, permettent la reconnaissance et la validation de la souffrance et mènent à l'élaboration collective de solutions.

## Mots-clefs

Santé au travail, personnel infirmier, espaces d'expression, parole libre, échanges.

Ruelle de la Lanterne Magique 14, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique

[www.uclouvain.be/comu](http://www.uclouvain.be/comu)



