

Pendant la pandémie et après [N°3]

Vécus et analyses de professionnels du soin et de l'accompagnement

Enquête sur la première vague de la Covid-19

1 INTRODUCTION : OBJECTIFS, MÉTHODOLOGIE ET LIMITES DE L'ENQUÊTE
[P.8]

4 LES DIFFICULTÉS INÉDITES
[P.32]

7 S'ADAPTER ET FAIRE FACE AUX CHANGEMENTS : UNE DIVERSITÉ DE POSTURES ET DE PRATIQUES
[P.49]

2 DES MOTS POUR DIRE DES VÉCUS
[P.18]

5 AU TRAVERS DES DIFFICULTÉS : DES ENJEUX DE RECONNAISSANCE
[P.36]

8 APPORTS ET LIMITES DU CONCEPT DE SOUFFRANCE ÉTHIQUE
[P.59]

3 LES DIFFICULTÉS EXACÉRBEES PAR LA CRISE
[P.25]

6 LES PROFESSIONNELS FACE AUX MARQUES DE RECONNAISSANCE ET AU MOUVEMENT D'HÉROÏSATION
[P.42]

9 DES CONCLUSIONS ET DES POINTS D'ATTENTION
[P.69]

Pendant la pandémie et après [N°3] Vécus et analyses de professionnels du soin et de l'accompagnement

Enquête sur la première vague de la Covid-19

PAR ANNE-CAROLINE CLAUSE-VERDREAU,
MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE,
RESPONSABLE DE L'OBSERVATOIRE
DES PRATIQUES ÉTHIQUES, ESPACE DE
RÉFLEXION ÉTHIQUE ILE-DE-FRANCE

PAUL-LOUP WEIL-DUBUC,
DOCTEUR EN PHILOSOPHIE,
RESPONSABLE DU PÔLE RECHERCHE,
ESPACE DE RÉFLEXION ÉTHIQUE
ILE-DE-FRANCE, CHERCHEUR AU CESP
(INSERM/PARIS-SACLAY)

→ EMMANUEL HIRSCH
PROFESSEUR D'ÉTHIQUE MÉDICALE, UNIVERSITÉ PARIS-SACLAY

« Comment annoncer un cancer, le visage masqué, assis sur le banc d'un abribus devant l'hôpital ? »

Ce médecin responsable d'une unité de soins de support d'un centre anti-cancéreux, évoque avec son équipe les journées si particulières de confinement : « il fallait, dit-elle, aller à l'essentiel et préserver l'essentiel. »

L'évocation de ces moments inattendus, hors normes qui, selon son expression, incitaient à « tomber la blouse » se poursuit : « Nos malades étaient souvent plus seuls encore face au cancer. Ils ne pouvaient pas se faire accompagner pour les consultations. Il nous fallait être davantage présents et disponibles, renonçant parfois au cadre protecteur qui nous permettait habituellement de maintenir une certaine distance. Nous avons été obligés parfois de nous retrouver hors des murs de l'hôpital pour partager l'annonce de la maladie. Il m'était plus délicat aussi de communiquer une information difficile à une personne que je savais isolée chez elle en ce temps de confinement. Dans ces circonstances, les soignants sont forcément plus exposés, les fragilités s'entremêlent. Et ce qui est surprenant, c'est que votre interlocuteur le comprend, ce qui permet un rapport plus simple, dépouillé, peut-être plus vrai. »

Entre fragilités qui s'entremêlent et vérité dans la relation, s'exprime déjà la tension et l'exigence éthiques éprouvée en ces temps de pandémie. Je n'oublierai pas ce radiothérapeute qui m'a confié il y a quelques jours : « jamais je n'aurais pensé vivre l'expérience d'une cancérologie de guerre... »

Ceux qui nous soignent et accompagnent nos vies dans ces moments de fragilité extrême, n'ont pas été compris lorsqu'ils ont exprimé la souffrance morale d'avoir été contraints à des pratiques parfois inconciliables avec les principes qui animent leurs engagements.

Ces multiples expressions de la souffrance restituées dans ce document repère de l'Espace éthique évoquent l'épuisement, la fatigue et le désenchantement partagés par nombre des intervenants les plus exposés sur le front de nos urgences. Il nous importait non seulement d'y être attentifs, mais également de donner voix aux vécus et aux témoignages, de les inscrire dans l'histoire de la pandémie. Les valeurs du soin et de l'accompagnement sont celles de notre démocratie, en termes de dignité, de sollicitude, de souci du bien commun et de justice. Nous souhaitons rendre

hommage à l'esprit d'engagement de ceux qui les ont honorées, parfois en s'y consacrant « quoi qu'il en coûte » pour eux.

Gérer la pénurie ou éviter le pire est devenu pour eux l'obsession de chaque instant. L'inattention, voire le dédain à l'égard de ceux qui sur les terrains sont les plus exposés aux menaces de la rupture du lien social, de la disqualification, de l'exclusion, voire de la mort sociale, de ceux qui interviennent souvent avec le sentiment de résister seuls, n'est ni compréhensible, ni acceptable.

Il est inquiétant que ces professionnels investis dans l'innovation thérapeutique, la prévention et le traitement des maladies, le soutien bienveillant des personnes en situation de perte d'autonomie, qui s'efforcent d'apaiser les douleurs et les souffrances existentielles, témoignent d'un sentiment de maltraitance qu'ils ne supportent plus. Comment saisir la signification de leurs « souffrances éthiques », comment en analyser la réalité au quotidien mais également tirer de ces observations des perspectives de refondation et des évolutions structurelles ?

L'abrasement des capacités d'intervention à l'hôpital, dans les établissements médico-sociaux ou à domicile, a fait l'objet de multiples alertes avant la pandémie : elles n'ont pas su être comprises par les pouvoirs publics et considérées comme une urgence nationale digne d'une véritable reconnaissance. Comme si l'espace le plus sensible de notre bien commun, voué à la sollicitude et à la protection dans les circonstances où la solidarité vraie est notre rempart à l'indifférence ou à l'abandon, avait été déconsidéré en ce qu'il incarne. Renoncer à cette hospitalité publique, n'est-ce pas anéantir ce qui fait société au moment même où s'exprime un tel besoin de cohésion nationale ?

Un chef de service de réanimation me confiait que son équipe avait appris durant des mois chaotiques et contrastés que le « quoi qu'il en coûte » les engageait plus qu'elle ne le pouvait. Il ajoutait : « pourtant on ne lâchera rien, nous irons jusqu'aux limites du possible. Mais nous craignons que nos possibles aient leurs limites et malheureusement que nous devrions composer avec le manque de moyens et assumer l'échec d'un soin bienveillant ! »

Alors que je lui demandais ce qui avait véritablement changé depuis le début de la crise, sa réponse quelque peu désabusée exprimait un certain ressentiment : « En mars, au cours du premier confinement, nous étions les héros qui protègent et sauvent. Un an plus tard nous sommes les salauds, ceux qui déçoivent de ne pas être parvenus à juguler la pandémie. Voilà que l'on doute de nous... Nous serions à la fois les mauvais augures et ceux qui assignent la société à des mesures sanitaires contraignantes... Nous voilà affublés du mauvais rôle ! Mais dans ce temps médiatique, celui de l'instant présent où rien ne reste tant la réflexion est éphémère, demain d'autres que nous seront voués à la vindicte... »

Il n'est pas possible de saisir de manière intuitive la nature si spécifique de missions qui mobilisent des compétences et une

expertise dont on ne perçoit que les apparences. Sait-on au juste le coût moral, l'investissement humain que représente l'intervention dans un contexte de vulnérabilités partagées? Les compensations financières du « Ségur de la santé » sont d'une moindre portée que ne l'aurait été un retour d'expériences et des évolutions organisationnelles permettant d'apporter les adaptations indispensables au suivi dans le temps des différentes phases de la pandémie. Ce n'est pas tant de désenchantement et de pertes de sens du métier qu'il est alors question que d'usure, d'abrasement des valeurs et des repères.

Ces quelques observations ne font-elles pas apparaître une « fatigue démocratique » d'une toute autre nature que l'usure psychologique interprétée comme la conséquence d'un trop long temps d'inquiétude, d'incertitude et de contraintes professionnelles?

À l'heure où paraît ce document, de nombreux services et établissements de soin et d'accompagnement traversent une phase particulièrement critique de leur existence : difficultés de recrutement, départs de personnels, notamment infirmiers, situations de souffrance éthique et de tension. Cette désorganisation des systèmes de santé et du médico-social n'a pas commencé en mars 2020 mais elle a été précipitée par la pandémie et ses effets, que nous ne pouvons encore entièrement mesurer et qui touchent aussi bien la disponibilité des ressources que les motivations à être ou à devenir un professionnel du soin et de l'accompagnement. Pourtant, la plupart des professionnels, soignants ou personnels administratifs, de tous les métiers, restent profondément attachés à ce que chaque patient ou personne accompagnée reçoive un soin de qualité et, tous les jours, s'emploient à ce que cette promesse soit tenue. À l'hommage facile, à l'héroïsation ou encore à la victimisation aujourd'hui très répandus, nous avons préféré l'écoute et la discussion. Nous pensons qu'en rendant ainsi compte des vécus et des analyses des personnes interrogées, nous pouvons contribuer à rendre manifestes le sens ou plutôt les sens multiples que revêtent ces métiers pour les professionnels et, de cette manière, servir à améliorer les relations de travail et de soin.

Ce document constitue ainsi le rapport d'une enquête menée auprès de 38 professionnels du soin et de l'accompagnement entre mars et octobre 2020. Avec les personnes interrogées, nous souhaitions discuter librement de ce qu'elles étaient en train de vivre ou de ce qu'elles avaient vécu pendant la première vague épidémique¹. Nous leur demandions aussi dans quelle mesure les changements auxquels ils faisaient face dans leurs pratiques bousculaient leurs habitudes et représentations professionnelles antérieures. Dans le prolongement des documents repères consacrés respectivement aux établissements accueillant des citoyens âgés (Gzil, Espace éthique Île-de-France, 2021) et à l'accompagnement des personnes en situation de handicap (Claeys, Espace éthique Île-de-France, 2021)², il nous a semblé pertinent d'enquêter plus largement auprès d'une grande diversité de professionnels travaillant dans les secteurs du sanitaire, du médico-social ou du social. Parmi eux, certains sont soignants, d'autres non ; certains ont pris en charge des patients atteints de la Covid-19, d'autres non.

À l'issue de ce travail, nous tirons au moins trois leçons.

En premier lieu, l'enquête nous invite à mesurer la richesse des vécus et points de vue des professionnels et à nous garder de toute homogénéisation abusive. Il y eut beaucoup de souffrance, mais aussi de la colère, de la sidération, de l'étonnement, de la gêne, de l'embarras ; il y eut parfois aussi le sentiment de se trouver à sa place ou la satisfaction du devoir accompli ; et il y eut en-

fin, plus rarement certes, de l'enthousiasme. Il apparaît essentiel de rendre visibles et explicites, au-delà de la souffrance des professionnels, les analyses parfois divergentes des professionnels.

Or, ces analyses nous livrent précisément une deuxième leçon sur ce qui met les professionnels en difficulté : au travers des manques de personnels et de moyens, au travers des tensions, des dilemmes et des conflits, ce sont très souvent des enjeux de reconnaissance que les professionnels expriment. La plupart souffrent de la méconnaissance du public et des institutions à l'égard des réalités de leur métier. L'héroïsation, dont ils ont fait l'objet et qui a inspiré colère et malaise chez la plupart d'entre eux, a mis en lumière cette méconnaissance, voire une certaine méprise : ce n'est pas parce qu'ils se mettent en danger, prennent sur eux et attendent à leur vie privée, qu'ils considèrent cela comme légitime et n'aspirent pas à de meilleures conditions de travail. Nous en concluons qu'il reste un travail important à réaliser pour faire connaître et revaloriser socialement la signification et les missions des différents métiers du soin et de l'accompagnement aussi bien auprès des professionnels eux-mêmes, que des institutions et des citoyens.

Enfin, au-delà même de la reconnaissance, notre enquête met au jour une crise de sens des métiers du soin et de l'accompagnement. Quelles que soient leurs positions, les professionnels partagent en effet le sentiment d'être considérés comme des exécutants dont les opinions et les vécus ne comptent pas ou pas suffisamment. Dans certains cas, la crise pandémique majore ce sentiment ; dans d'autres cas, lorsque des initiatives ont pu être menées sous l'impulsion de professionnels, elle le minore. Mais, globalement, le sentiment demeure. Aussi défendons-nous la nécessité que se développe une culture de la concertation, du dialogue et de l'écoute entre les professionnels eux-mêmes et entre les professionnels et les décideurs. Cela passe notamment par la participation d'un maximum d'entre eux à des temps de réflexion éthique mais, plus fondamentalement, par un changement dans les relations quotidiennes de travail et les méthodes de gouvernance et d'organisation. Il y va du sens que les professionnels pourront trouver dans leurs métiers et, ainsi, de leur capacité à tenir les engagements dont on leur confie la responsabilité.

1 Cette première vague peut être approximativement circonscrite à partir des dates de début et de fin du premier confinement en France, soit du 17 mars au 11 mai 2020.

2 Ces documents sont respectivement disponibles aux adresses suivantes :
<https://www.espace-ethique.org/repere-ethique-ehpad>
https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/211210_fiche_handicap.pdf

1 INTRODUCTION : OBJECTIFS,
MÉTHODOLOGIE ET LIMITES DE
L'ENQUÊTE
[P.8]

6 LES PROFESSIONNELS FACE AUX
MARQUES DE RECONNAISSANCE
ET AU MOUVEMENT
D'HÉROÏSATION
[P.42]

2 DES MOTS POUR DIRE
DES VÉCUS
[P.18]

7 S'ADAPTER ET FAIRE FACE
AUX CHANGEMENTS :
UNE DIVERSITÉ DE POSTURES ET
DE PRATIQUES
[P.49]

3 LES DIFFICULTÉS
EXACÉRBERÉES PAR LA CRISE
[P.25]

8 APPORTS ET LIMITES
DU CONCEPT DE SOUFFRANCE
ÉTHIQUE
[P.59]

4 LES DIFFICULTÉS
INÉDITES
[P.32]

9 DES CONCLUSIONS
ET DES POINTS D'ATTENTION
[P.69]

5 AU TRAVERS DES
DIFFICULTÉS : DES ENJEUX
DE RECONNAISSANCE
[P.36]

1 Introduction : objectifs, méthodologie et limites de l'enquête

« Le mot de souffrance, c'est quand même une façon de stigmatiser des gens qui, dans notre représentation, pourraient être considérés comme faibles ou plus faibles et seraient les prochains sur la liste » (psychiatre libérale).

Genèse et objectifs de l'enquête

Le 11 mars 2020, l'Espace de réflexion éthique Ile-de-France se dote, sous l'impulsion de son directeur Emmanuel Hirsch, d'un Observatoire « Covid-19, éthique et société ». Il s'agissait de développer avec l'ensemble des parties prenantes les conditions d'un partage des expériences et des savoirs. Il s'agissait aussi d'apporter de l'intelligibilité face aux réalités imprévues, inédites, violentes, sidérantes de ce printemps 2020 dont témoignaient certains soignants sur le terrain, notamment en réanimation et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et dont les médias se faisaient les échos parfois déformants. Des réunions téléphoniques se sont tenues chaque semaine consacrées à divers domaines et questions – grand âge, handicap, grande précarité, réanimation, fin de vie et rites funéraires, aide à la décision en contexte d'urgence, communication en contexte de crise.

C'est dans ce contexte que nous avons entrepris un travail d'enquête au long cours auprès de professionnels du soin et de l'accompagnement. Notre intention première était d'en savoir plus sur ce qu'on nomme parfois la « souffrance des soignants », devenue dès le printemps 2020 une préoccupation des institutions et un thème médiatique, auxquels ont fait

écho dans les rues des villes de France les applaudissements de 20h.

Avec les professionnels que nous avons interrogés, nous souhaitons discuter librement de ce qu'ils étaient en train de vivre, savoir comment ils analysaient les situations qu'ils rencontraient, et ce que ces changements parfois brutaux de leurs pratiques généraient de continuités et de ruptures au regard de leurs habitudes et représentations professionnelles antérieures.

Notre intuition était que ce *leit-motiv* de la « souffrance des soignants » pouvait paradoxalement faire écran à la compréhension et à la reconnaissance des vécus, des convictions, des réflexions des professionnels sur le terrain. Non, bien évidemment, que ces derniers, pour une grande part, n'aient pas « souffert », aussi bien avant la crise que pendant ses phases les plus aiguës ou après, et ne souffrent pas aujourd'hui. Mais les professionnels avec lesquels nous avons échangé ont aussi, dans le même temps, émis des avis sur les décisions prises dans leurs services ou par les autorités publiques, consolidé ou révisé leurs attentes et pris des initiatives : bref, ils ont aussi mis en œuvre *leur sens critique*. Comme espace de réflexion éthique, nous devons être attentifs à cette élaboration d'une réflexion sur le terrain, à l'enrichir dans le cadre d'approfondissements, en tirer les enseignements à promouvoir. Par ailleurs, le concept de « souffrance » renvoie aux « douleurs physiques et morales »¹, dont les manifestations et les causes sont nombreuses : stress, angoisse, surmenage, gêne, colère, sidération, etc. Il convient ainsi de témoigner

de cette diversité de vécus négatifs. À quoi il faut ajouter enfin, nous le verrons, que les professionnels témoignent aussi de vécus positifs.

En raison de cette intuition que nous avons sur les effets partiellement négatifs des discours sur la «souffrance des soignants», nous souhaitons aussi échanger avec les professionnels sur les façons dont ils concevaient leur fonctions sociale et jugeaient les représentations que s'en faisaient les institutions et la société civile, dans la crise et de façon générale. Dans le prolongement de l'enquête réalisée sur les établissements accueillant des personnes âgées (Gzil, Espace de réflexion éthique Ile-de-France, 2021), il nous a semblé pertinent d'enquêter plus largement auprès d'une grande diversité de professionnels travaillant dans les secteurs du sanitaire, du médico-social ou du social. Parmi eux, certains sont soignants, d'autres non ; certains ont pris en charge des patients atteints de la Covid-19, d'autres non.

Ces questionnements ne sont pas neufs mais cette première vague de la Covid-19 appelait à les renouveler et à les reformuler. La crise est ce moment où il n'est plus possible de vivre comme avant. Elle n'est pas seulement un temps d'exception et de suspension, mais une période de radicale incertitude dont on ne connaît ni la durée ni l'issue. Mais paradoxalement, alors que la crise nous plonge brutalement dans l'incertitude du futur, elle nous fait aussi mieux voir notre présent : nos valeurs, ce à quoi nous tenons, mais aussi les désaccords, les dysfonctionnements, les injustices qui, d'ordinaire cachés dans les replis de nos habitudes mentales et pratiques, se révèlent. C'est pourquoi il nous a semblé essentiel de discuter avec les professionnels à ce moment précis, alors que la violence et le caractère inouï de cette vague les forçaient à réviser leurs représentations, leurs pratiques de soin et d'accompagnement, leurs jugements éthiques sur l'acceptable et l'inacceptable.

Enfin, soulignons l'objectif principal de cette enquête : contribuer, de façon modeste et limitée, à une réflexion sur les activités de soin et d'accompagnement dans le but de réfléchir aux conditions de leur amélioration.

Si les vécus et les analyses des professionnels nous importent, c'est parce que nous nous soucions du sens qu'ils trouvent dans l'exercice de leur métier mais c'est aussi, et indissociablement, parce que nous nous soucions des personnes qu'ils soignent et accompagnent. En effet, la façon dont ces professionnels vivent et analysent leurs pratiques au cours de cette période constitue un enjeu majeur de santé publique du fait des répercussions potentielles sur leur propre santé et, par ricochet, sur la qualité des activités de soin et d'accompagnement (Canoui, 2003). Ce rapport se conclura ainsi sur un ensemble de propositions qui, en tenant compte des vécus et des analyses des professionnels, pourraient selon nous atténuer les facteurs contribuant à la pénibilité, à la souffrance, au malaise, à l'inconfort, à la détresse, au stress vécus aussi bien par les professionnels que par les usagers et les citoyens.

Positionnement au regard de travaux portant sur la même thématique

Les souffrances et vécus des professionnels du soin et de l'accompagnement font l'objet d'une multitude d'enquêtes quantitatives et qualitatives depuis les années 1980. Depuis les années 2000, avec l'essor des notions de «risques psychosociaux» et de «qualité de vie au travail», plusieurs rapports publics ont paru sur ces questions. En 2011, à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, paraît un rapport d'experts intitulé «Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser». Connu sous le nom de rapport Gollac, ce document interdisciplinaire fait référence dans le champ de la souffrance au travail et de la prévention des risques psychosociaux. Sa contribution réside notamment dans une classification des risques psycho-sociaux en six catégories : l'intensité et le temps de travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et la reconnaissance au travail, les conflits de valeur et l'insécurité de la situation de travail. Dans le champ du soin et de l'accompagnement, et pour l'ensemble des personnels y travaillant, aussi bien administratifs que soignants, citons notamment les actes d'un séminaire organisé en 2013 conjointement par la Haute autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT). Les intervenants y affirment l'importance de la qualité de vie au travail comme critère de la certification des établissements. Enfin, un numéro de la revue *Études & Résultats* éditée par la DRESS, paru en novembre 2021, porte sur les contraintes liées aux conditions de travail, notamment dans le secteur hospitalier. L'étude porte sur la période 2016-2019 et fait apparaître une détérioration perçue des conditions de travail au regard de la période 2013-2016 : quantité de travail jugée excessive, difficultés à faire face au travail émotionnel du soin, aux conflits de valeur et aux contraintes horaires.

Pour en rester à la souffrance et aux vécus de ces professionnels *pendant la crise de la Covid-19 en France*, ce travail d'enquête s'inscrit dans un paysage déjà varié et riche de ressources. Nous citons ici, sans prétendre à l'exhaustivité, quelques études sur ces questions.

→ *Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés ? Un document repère pour soutenir l'engagement et la réflexion des professionnels*, Espace éthique Ile-de-France, par Fabrice Gzil, janvier 2021. Ce document, rédigé à la demande de Brigitte Bourguignon, ministre déléguée en charge de l'Autonomie auprès du ministre des Solidarités et de la Santé, vise à fournir aux professionnels

des établissements accueillant des personnes âgées (EHPAD, USLD, résidences autonomie, etc.) des repères pour les orienter face aux arbitrages et aux décisions difficiles à mettre en œuvre pendant la pandémie et après. Le document est basé sur une enquête nationale menée auprès de ces professionnels entre le 13 novembre et le 8 décembre 2020. Plus de 1800 personnes y ont répondu, représentant plus de 35 métiers différents.

L'enquête que nous proposons complète ces travaux sur lesquels nous reviendrons. Elle se différencie des enquêtes médico-psychologiques portant sur la santé mentale des soignants. Et comme nous l'avons écrit, au-delà de la souffrance et du *burn-out*, elle vise à mettre en lumière des vécus et analyses variés, parfois divergents, auprès d'une grande diversité de professionnels du soin et de l'accompagnement.

→ *Pour une clinique philosophique du burn-out des professionnels de santé*, Chaire de Philosophie à l'Hôpital, par Valérie Gateau et Cynthia Fleury, juin 2020. Ce rapport propose des éclairages sur la souffrance au travail, puis sur les spécificités de la souffrance professionnelle des soignants. Les auteures mettent l'accent sur le *burn-out* et les outils philosophiques susceptibles d'être développés pour prévenir les situations de *burn-out*: elles proposent à cet égard une «clinique philosophique du *burn-out*», qui consiste notamment à enquêter au plus proche de ce qu'éprouvent les soignants et à soutenir l'émergence de discussions collectives et de récits communs.

→ Clément Tarantini a réalisé, dans le cadre du projet de recherche Covid-Ethics porté par l'équipe R2E (CESPU1018/Inserm/Paris-Saclay) et l'Espace de réflexion éthique Ile-de-France, une enquête ethnographique entre novembre 2020 et juin 2021 au sein de plusieurs services de réanimation et de maladies infectieuses de Paris et de Marseille-. Il s'intéresse notamment aux façons dont les soignants de ces services ont composé avec les multiples incertitudes diagnostiques, thérapeutiques et éthiques².

Méthodologie de l'enquête

■ Pour traiter notre objet d'étude, nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative par entretiens auprès de *professionnels du soin et de l'accompagnement*. Nous avons inclus dans cette catégorie des personnes travaillant dans des services de soin ou d'accompagnement médico-social ou social, y compris des professionnels qui ne se considèrent pas habituellement ni ne sont considérés comme «soignants» (travailleurs sociaux, personnels administratifs, personnels techniques, agents d'entretien). Nous avons également mené deux entretiens auprès de bénévoles ayant aidé en EHPAD.

■ Au total, nous avons mené 38 entretiens semi-directifs (dont la liste figure ci-après) d'une durée moyenne de 53 minutes et comprise entre 20 minutes et 2 heures et 2 minutes. Un tableau détaillant les professions des personnes interrogées et les changements d'exercice auxquels ils ont dû faire

LES OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE, EN BREF

→ Restituer et questionner les vécus et les analyses de professionnels du soin et de l'accompagnement.

→ Mieux identifier les conceptions de professionnels relatives à leur fonction sociale et leurs réactions face aux représentations et aux marques de reconnaissance de la société civile et des institutions.

→ Contribuer à une réflexion sur les activités de soin et d'accompagnement dans le but de réfléchir à des pistes d'amélioration.

face pendant la première vague figure en annexe (annexe B, pp. 79-80). Sans rechercher l'exhaustivité ni la représentativité, nous avons défini, en amont, un large panel de métiers du soin et de l'accompagnement qu'il nous semblait juste d'appréhender dans le contexte de la première vague. Nous avons ensuite constitué un échantillon de professionnels à partir du réseau de l'Espace de réflexion éthique Ile-de-France, puis, par capillarité, en demandant des contacts à chacune des personnes interrogées. Nous avons, autant que possible, veillé à diversifier le genre, l'âge, les lieux et contextes d'exercice, les niveaux d'expérience, etc.

Il serait inexact de dire que nous avons obtenu une saturation des données avec ce corpus d'entretiens, tant les vécus et expériences semblaient (assez logiquement étant donné la diversité des personnes interrogées) différer d'un entretien à l'autre. Il aurait été pertinent de mener également des entretiens auprès d'étudiants, de pharmaciens, de médecins généralistes, de biologistes, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, de professionnels issus des métiers de l'hôtellerie, de la lingerie ; nous aurions pu envisager des rencontres systématiques dans tous les types de services hospitaliers, d'établissements médico-sociaux, de services d'aide sociale et de réinsertion. La liste pourrait être beaucoup plus longue. Nous avons toutefois choisi de clôturer notre enquête à l'issue de ces 38 entretiens car, à ce stade, il nous a semblé avoir recueilli suffisamment de données pour contribuer à faire avancer la réflexion d'une manière cohérente et pertinente. Toutefois, inévitablement, et même si nous avons formulé des conclusions et des points d'attention, ces questionnements sur le soin et l'accompagnement, en particulier en période de crise, ne sauraient se trouver un jour définitivement et totalement résolus.

■ L'ensemble de ces entretiens ont été réalisés par téléphone et ont été enregistrés au dictaphone, avec l'accord des participants, puis retranscrits.

■ Après chaque entretien, nous notions nos impressions générales, nos réflexions sur le vif, ainsi que les nouveaux questionnements que les échanges avaient permis de faire émerger afin d'enrichir notre guide d'entretien pour la suite de l'enquête.

■ Les 38 entretiens ont été réalisés du 13 avril au 15 octobre 2020. La grande majorité d'entre eux (36) a eu lieu pendant la première vague. Lors des deux entretiens restants, menés pendant le premier déconfinement, nous avons demandé aux enquêtés de revenir sur la première vague.

■ Les questions posées peuvent être synthétisées en quatre points essentiels :

1. Vécus. Où les professionnels interrogés ont-ils travaillé pendant la première vague ? Quelles étaient leurs fonctions ? Comment ont-ils vécu

cette période de crise ? Utiliseraient-ils le mot « souffrance » pour qualifier ces vécus ? Sinon lesquels ? Quels en ont été les événements marquants pour eux ? Et en quoi cette période a-t-elle marqué une différence par rapport à la pratique ordinaire ?

2. Analyses des vécus. Comment les professionnels analysent-ils ces vécus positifs ou négatifs ? Quelles en sont, selon eux, les causes ?

3. Stratégies d'adaptation. Comment ont-ils fait face, comment se sont-ils adaptés aux situations qu'ils rencontraient ?

4. Réactions aux marques de reconnaissance. Comment ont-ils réagi aux diverses marques de reconnaissance qui leur étaient destinées ? Comment ont-ils réagi au mouvement d'héroïsation dont ils ont fait l'objet ?

■ Nous avons interrogé :

→ **7 infirmières et infirmiers** dont : une infirmière mobilisée en réanimation alors qu'elle était en formation pour devenir infirmière anesthésiste après plusieurs années en réanimation, une infirmière formatrice en Institut de formation d'aide-soignants (IFAS), une infirmière et un infirmier à domicile, un infirmier en USIDATU³ exerçant dans un hôpital public-, un infirmier exerçant en équipe de pool dans un hôpital public, une infirmière en santé au travail en entreprise ;

→ **6 personnels administratifs** dont : une directrice d'EHPAD, un responsable de la politique des soins dans plusieurs résidences autonomie, une responsable qualité dans une fondation d'utilité publique disposant de plusieurs établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, une directrice et une chargée de projets travaillant dans une Maison de l'adolescent, une assistante médico-administrative exerçant dans un hôpital public ;

→ **6 psychologues** dont trois psychologues exerçant dans un hôpital public (respectivement : équipe mobile de soins palliatifs, médecine interne, psychologue auprès du personnel), un psychologue libéral, une psychologue exerçant en Centre médico-psychologique et une psychologue exerçant en EHPAD ;

→ **5 médecins** dont un médecin coordinateur en EHPAD, un médecin de soins palliatifs exerçant dans un hôpital public, un psychiatre exerçant en libéral, une réanimatrice pédiatrique exerçant dans un hôpital public et occupant pendant la première vague une fonction de réanimatrice adulte, un médecin interniste exerçant dans un hôpital public ;

- 3 cadres de santé dont deux cadres de santé exerçant dans un hôpital public et une cadre de santé exerçant en EHPAD ;
 - 2 aides-soignantes dont une personne exerçant dans un hôpital public (Unité de soins continus) et une en EHPAD ;
 - 2 travailleurs sociaux dont une assistante sociale travaillant dans un centre d'hébergement pour des femmes en situation de précarité et un éducateur travaillant dans un centre d'hébergement ;
 - 1 assistante de soins en gérontologie exerçant en hôpital de jour dans un groupe associatif ;
 - 1 auxiliaire de vie libérale ;
 - 1 technicien hospitalier exerçant dans un hôpital public ;
 - 1 agente d'entretien exerçant dans un hôpital public ;
 - 1 sage-femme exerçant dans un hôpital public ;
 - 2 bénévoles en EHPAD, dont un étudiant en école d'ingénieur et une personne exerçant un métier dans le champ de la communication.
- L'ensemble de ces personnes interrogées exercent leur activité professionnelle (ou de bénévolat) dans la région Île-de-France. Parmi les personnes, on compte 30 femmes et 8 hommes, dont les âges varient de 28 ans à 65 ans.
 - À l'issue de notre enquête, nous avons mené un travail de synthèse – en suivant une méthode d'analyse thématique (regroupement des verbatims par thèmes et sous-thèmes) – et de mise en perspective de notre corpus d'entretiens semi-directifs.
 - Il convient de préciser qu'au niveau des verbatims utilisés, nous avons choisi de conserver les passages où certains professionnels parlent du vécu d'autres professionnels présents dans leur entourage, en par-

À QUI S'ADRESSE CETTE ENQUÊTE ?

- Aux professionnels du soin et de l'accompagnement. A partir des entretiens que nous avons menés, nous avons cherché à expliciter des différences de positionnement et de point de vue entre professionnels. Les incompréhensions, entre corps de métiers et entre pairs, en étant souvent issues, nous espérons que cette enquête, contribuera à apaiser les tensions et conflits, et à poser les bases d'une discussion.
- À l'ensemble de la société. Ces réflexions nous concernent tous, au-delà des professionnels sollicités, puisqu'elles mettent en jeu l'avenir du soin et de l'accompagnement. Il est de la responsabilité de chaque citoyen et citoyenne de s'approprier les enjeux relatifs aux vécus de ces personnes.
- Aux personnels d'encadrement et de direction ainsi qu'à l'ensemble des professionnels du soin et de l'accompagnement. L'enquête souligne la nécessité de garantir et de défendre le développement de temps et d'espaces de réflexion éthique dans les établissements et services et, plus généralement, la nécessité qu'une culture de la concertation irrigue les interactions ordinaires entre professionnels.

ticulier lorsque sont mentionnés les étudiants en santé dans la mesure où nous n'avions pas pu en interroger directement.

■ Au travers de sept contributions extérieures, nous mettons ce document à l'épreuve des points de vue et des critiques de personnes qui ont déjà proposé des réflexions sur les vécus ou les souffrances des professionnels du soin. Il nous semblait important de soumettre à discussion nos analyses et d'ouvrir un espace d'expression à d'autres. Ces contributions extérieures sont intercalées entre les chapitres de ce document.

■ Enfin, une série de monographies de professionnels interrogés est présentée aux pages 16 et 17. Ces très courtes vignettes visent à décrire quelques parcours professionnels pour que les lecteurs puissent inscrire les paroles citées tout au long de ce document dans des contextes de vie.

Portée et limites de l'enquête

1. Représentativité limitée de notre échantillon

Si nous avons veillé, par le choix de nos interlocuteurs, à diversifier autant que possible les métiers, les niveaux d'expérience, les contextes et les lieux d'exercice, notre enquête ne vise pas à être représentative des vécus et des analyses de l'ensemble des professionnels du soin et de l'accompagnement. Compte tenu du large spectre de notre échantillon, le nombre de personnes interrogées est trop restreint pour que nous puissions prétendre à la représentativité et à l'exhaustivité. L'enjeu n'était cependant pas pour nous de représenter par un échantillon les analyses de l'ensemble des professionnels du soin et de l'accompagnement, mais de mettre en lumière des tendances sur nos questionnements, et surtout de pouvoir saisir, dans l'épaisseur de nos entretiens, les nuances dans et entre les discours. La durée, la récursivité et la dimension dialogique d'une conversation sont de nature à susciter la confiance et ainsi à faire émerger aussi bien des affects que des valeurs, soit ce qui compte, ce qui importe pour les personnes interrogées. À cet égard, des rencontres physiques – rendues difficiles, voire impossibles soit par l'état de crise et d'urgence dans lequel se trouvaient certains services, soit par leur fermeture – auraient été préférables aux échanges téléphoniques.

2. Discordances de temporalité entre les entretiens

Réalisés entre le 13 avril et le 15 octobre 2020, ces entretiens ne s'inscrivent pas dans une unité de temps : ce que nous appelons la « première vague »

est en réalité une succession de vagues plus ou moins hautes, plus ou moins submersives, assorties d'un niveau d'incertitude plus ou moins fort. Cette évolutivité des vécus est d'autant plus forte dans les services accueillant en grand nombre des patients atteints de Covid-19. Par exemple, il va de soi que les professionnels exerçant dans des services de réanimation, en EHPAD ou en USLD n'expriment pas les mêmes vécus selon qu'ils sont interrogés à la fin du mois de mars 2020 ou dans le courant du mois de mai 2020. Dans le premier cas, le nombre des malades crée des effets de sidération, les prises en charge sont encore très tâtonnantes face à une maladie encore méconnue et on ne voit pas le bout du tunnel. Dans le second cas, la pression sur les services s'atténue, le nombre de morts décroît, la maladie est mieux comprise et le déconfinement commence. Ces écarts temporels donnent lieu à divers tonalités et récits. Les résultats de cette enquête ne sont donc pas à considérer comme ceux d'une radiographie à un instant T, mais plutôt comme représentatifs d'une période, elle-même marquée par des moments variés.

3. Forte hétérogénéité de la catégorie « professionnels du soin et de l'accompagnement »

Soulignons encore la forte hétérogénéité des professionnels du soin et de l'accompagnement. Il y a certes une part d'arbitraire dans le choix de cette catégorie. Nous aurions tout aussi bien pu élargir le spectre de notre enquête à d'autres professions fortement impactées par la crise, comme le souligne une personne interrogée : « *Celui qui fait le ménage, celui qui travaille à la supérette du coin, il prend tout autant de risques, il faut arrêter* » (psychiatre libérale). Nous aurions pu à l'inverse nous focaliser sur les services de réanimation, par exemple, ou bien sur un corps de métier particulier. Si nous avons choisi de nous en tenir à cette large catégorie, c'est en présupposant qu'elle faisait unité en un certain sens, dans la mesure où les secteurs du soin et de l'accompagnement font système aussi bien objectivement, par l'interdépendance de leurs activités, que subjectivement, par la conviction partagée par l'ensemble ou la plupart de ces professionnels qu'il existe, entre les multiples métiers de ces secteurs, un certain cousinage. Bien qu'abritant une multitude d'identités professionnelles et de « mondes sociaux » (Francfort et al, 1995) en tension, les services de soin et d'accompagnement constituent, comme les entreprises, le ciment d'une « culture » (Piotet, Sainsaulieu, 1994), c'est-à-dire d'un langage, d'une histoire et de pratiques communs.

4. Risque d'induire de la souffrance ou d'accroître les difficultés existantes

Que faisons-nous quand nous nous interrogeons sur les vécus, et notamment les vécus pénibles et les souffrances d'une catégorie de personnes ? En particulier, en employant le mot « souffrance », ne risquons-nous pas de mener insidieuse-

ment les répondants à se penser comme souffrants, en leur suggérant la pertinence d'un tel concept pour penser leur expérience de la crise ? Pour reprendre le terme de Michel Foucault, ces entretiens n'ont-ils pas des effets de «subjectivation»? Une personne interrogée va plus loin encore : «*Le mot de souffrance, c'est quand même une façon de stigmatiser des gens qui, dans notre représentation, pourraient être considérés comme faibles ou plus faibles et seraient les prochains sur la liste*» (psychiatre libérale). Conscients de cette difficulté, nous avons veillé à attirer l'attention des personnes interrogées sur notre emploi du mot «souffrance», en formulant des questions du type *diriez-vous que vous êtes ou que vous avez été en souffrance ?/comment qualifieriez-vous vos vécus de cette première vague ?/le mot «souffrance» vous semble-t-il pertinent pour décrire votre état en ce moment?* Nous avons aussi pris garde à ce que les entretiens ne se focalisent pas sur les seuls vécus des personnes interrogées, en invitant ces dernières à formuler des opinions argumentées. Enfin, nous avons veillé à ce que les enquêtes ne prêtent pas à ces entretiens une fonction thérapeutique, en leur précisant explicitement au début de l'entretien que nous menions un travail en éthique qui allait donner lieu à un rapport. Si, cependant, les entretiens ont pu constituer pour eux ou une part d'entre eux un espace de libération de la parole, nous ne pouvons que nous en réjouir. Nous avons en tout cas cherché à ménager la possibilité que les personnes interrogées puissent marquer des réserves à l'égard du mot «souffrance», en récuser la pertinence, se sentir autorisées à qualifier autrement leurs vécus, mais aussi exprimer des intuitions ou des opinions et élaborer des analyses.

Plan du rapport

Dans le **premier chapitre** de ce rapport, nous avons présenté les objectifs et la méthodologie de notre enquête.

Les quatre chapitres suivants portent sur les vécus des professionnels interrogés et les façons dont ceux-ci perçoivent et analysent les difficultés qu'ils ont rencontrées pendant la première vague de la pandémie. Nous présentons successivement les mots utilisés par les personnes interrogées pour exprimer leurs vécus (**deuxième chapitre**), les difficultés exacerbées par la crise (**troisième chapitre**), les difficultés inédites (**quatrième chapitre**) et les enjeux de reconnaissance qui transparaissent au travers de l'ensemble de ces difficultés (**cinquième chapitre**).

Nous analysons, dans le **sixième chapitre**, les réactions aux marques de reconnaissance – émanant des institutions, des pairs, du public – et aux discours d'héroïsation.

Dans le **septième chapitre**, nous mettons en évidence diverses façons de s'adapter aux changements générés par la crise.

Le **huitième chapitre** est consacré au concept de souffrance éthique (*moral distress*): nous en discuterons la pertinence à la lumière de nos entretiens.

Le rapport se conclut par un ensemble de conclusions et de points d'attention (**neuvième chapitre**).

Remerciements

Nos vifs remerciements sont d'abord destinés aux 38 professionnels qui ont accepté de prendre de leur temps, cher et souvent rare, pour s'engager dans des échanges intimes et évoquer des moments toujours douloureux. Qu'ils soient tous très chaleureusement remerciés.

Nous remercions aussi l'ensemble des personnes qui ont accepté de contribuer à ce document, en l'enrichissant par leurs commentaires et leurs développements : Franck Rolland, Fabrice Gzil, Catherine de Brabois, Éric Galam, Marie-José Del Volgo, Nicolas Pujol et Valérie Gateau.

Nous remercions Anne Fenoy et Soline Sénépart qui se sont succédées comme stagiaires à l'Espace éthique Ile-de-France pour leur aide dans le travail de retranscription et d'interprétation des entretiens.

Nous sommes très reconnaissants à Patrice Dubosc, Pierre-Emmanuel Brugeron, Fabrice Gzil et Emmanuel Hirsch pour leurs relectures attentives et minutieuses du document, leurs critiques constructives sur le fond, leurs conseils dans la formulation et la présentation des idées.

Nous remercions enfin chaleureusement, au-delà de ceux déjà cités, tous les membres de l'Espace de réflexion éthique Ile-de-France : Virginie Ponelle, Sébastien Claeys, Catherine Collet, Léo Coutellec, Alexa Lecuyer, Vincent Israel-Jost, Amélie Petit, Alexis Rayapoullé et Clément Tarantini.

- 1 Selon l'édition parue en 1995 du dictionnaire Le Petit Robert. communication donnera lieu à une publication dans les actes du colloque.
- 2 Citons notamment une communication de Clément Tarantini et Léo Coutellec intitulée « L'essai face au soin. Caractériser l'expérience éthique en situation de crise » à l'occasion du colloque EPANCOPI qui s'est tenu les 16 et 17 février 2021 à la Maison des Sciences de l'Homme de Clermont-Ferrand. Cette
- 3 Unité sanitaire interdépartementale d'accueil temporaire d'urgence : dispositifs expérimentaux sur la région Ile-de-France destinés à aider et à soutenir les institutions et/ou familles de personnes autistes ou présentant des Troubles envahissants du développement.

Nous présentons ci-dessous neuf monographies de professionnels du soin et de l'accompagnement à partir des entretiens que nous avons réalisés. En complément des verbatims cités dans ce rapport, ces monographies visent à faire ressortir les singularités des parcours et des expériences. Nous avons choisi des professionnels qui nous semblaient représentatifs, dans leur diversité, de l'ensemble des personnes interrogées.

Madame P. est une jeune réanimatrice pédiatrique. Lors de la première vague, on lui a demandé de prendre en charge des patients adultes alors qu'elle n'avait jamais travaillé en réanimation adulte. Après un temps de «*débat intérieur*», elle explique avoir finalement «*choisi de s'embarquer*». Bien préparée et encadrée dans ses nouvelles missions, Madame P. se sentira vite rassurée quant à ses compétences. Elle décrit une grande entraide à la fois entre médecins mais également avec les personnels soignants non médicaux. Elle parle même de «*belles rencontres*». Par ailleurs, elle dit avoir pu compter sur ses proches pour la soutenir. Concernant les applaudissements de 20h, Madame P. estime que les soignants sont trop mis en avant comparativement à d'autres professions. Avant le début de l'épidémie, Madame P. envisageait de changer de mode d'exercice (quitter la réanimation) mais finalement, à l'issue de cette expérience qui a renforcé son estime d'elle-même et qui lui a fait «*aimer son métier*», elle n'est plus aussi certaine de vouloir prendre cette décision.

Madame M. est une assistante sociale d'une trentaine d'années. Lors de la première vague, elle travaillait dans un centre d'accueil pour femmes en situation de grande précarité. Pour pallier les nombreux arrêts de travail au sein de la structure ainsi que l'absence de référent au niveau médical, elle explique s'être vue endosser plusieurs rôles : infirmière, femme de ménage, animatrice, etc. Madame M. ne s'est pas sentie concernée par les applaudissements de 20h. Bien qu'elle considère légitime le fait que les soignants aient la primeur, elle regrette le manque de visibilité et de reconnaissance de sa profession. Madame M. rapporte un manque de compréhension et de soutien de la part des membres de son entourage. Ces derniers lui demandaient en effet de ne pas se rendre sur son lieu de travail afin d'éviter de les contaminer. Madame M. sortira de cette première vague épuisée et incapable de «*repartir*» comme avant. Même si, momentanément elle envisage une année sabbat-

rique pour se reposer, à aucun moment, elle ne remet en question le choix de sa voie professionnelle. Elle déclare même que cette période l'a confortée dans l'idée qu'elle était faite pour ce métier. Lors de notre entretien, Madame M. s'apprête à changer de poste, profitant d'une proposition qui lui a été faite. Elle ajoute que cette expérience l'a encouragée à devenir plus militante, en se mobilisant pour faire valoir les droits de sa profession.

Monsieur V., âgé d'une quarantaine d'années, est responsable de la politique des soins et de l'accompagnement dans le secteur du médico-social. Infirmier de formation, il s'est retrouvé, pendant la première vague, à réaliser des soins sur le terrain : «*On m'a pas demandé de le faire (...) c'est moi qui suis allé direct (...) il fallait le faire et voilà.*» Monsieur V. voit dans les applaudissements de 20h l'expression d'une reconnaissance attendue depuis longtemps mais il craint qu'elle ne s'épuise avec le temps. Concernant son devenir professionnel, à l'issue de cette période, Monsieur V. trouve «*compliqué*» le fait de «*reprendre sa position [de responsable de la politique des soins]*». Il éprouve la nécessité de redonner du sens à ses missions.

Madame D. est agente d'entretien, âgée d'une cinquantaine d'années. Elle travaille à la maternité d'un hôpital public ainsi que dans d'autres services hospitaliers. La crise n'a pas directement affecté son activité ; elle ne signale aucune difficulté nouvelle dans l'exercice de ses fonctions et n'a pas contracté le coronavirus. Toutefois, diabétique et atteinte d'hypertension, fréquemment fatiguée, elle a été arrêtée dix jours à la fin du mois de mars, sous la pression forte de sa famille, qui craignait pour sa santé et la sentait plus fatiguée que d'ordinaire. Lorsque nous lui avons demandé si elle s'était sentie concernée par les applaudissements, elle a marqué son étonnement face à cette question, en nous répondant qu'elle était «*femme de ménage*», qu'elle n'était pas soignante.

Madame F., âgée d'une cinquantaine d'années, travaille dans la culture et la communication. Pendant la première vague, alors qu'elle n'a aucune expérience dans ce domaine, elle s'est spontanément proposée pour apporter son soutien en tant que bénévole dans un EHPAD. Elle explique avoir fait beaucoup de rangement et d'archivage ainsi que des missions d'accueil. Madame F. dit avoir bien vécu cette expérience qui lui a permis «*un peu égoïstement*» de pouvoir «*s'aérer*» pendant cette période

de confinement. Elle précise ne s'être jamais sentie concernée par les applaudissements, n'ayant pas eu de « *responsabilité réelle* ». Elle déplore, par ailleurs, que « *toute la responsabilité [ait] reposé sur eux [les soignants]* ».

Monsieur H. est étudiant en école d'ingénieur. Son stage ayant été suspendu en raison de la Covid-19, il propose son aide dans une résidence. Ce fut sa première expérience d'accompagnement de personnes âgées. Sa mission principale était de tenir compagnie aux résidents (aide pour la prise des repas en chambre, promenade avec les résidents « un par un » dans le jardin). Monsieur H. s'est senti « complètement » concerné par les applaudissements dans la mesure où il passait « *[ses] journées à essayer de remonter le moral des personnes âgées qui n'allaient pas bien* ». Il considère enfin qu'il aurait fallu deux ou trois bénévoles de plus car il ne pouvait pas, à lui seul, emmener en promenade l'ensemble des résidents.

Madame Z. est sage-femme. Âgée d'une trentaine d'années, elle exerce ce qu'elle appelle sa « *vocation* » au sein d'un hôpital public. Lors de la première vague, elle a été amenée à effectuer plus de gardes que d'habitude pour pallier le manque de personnel. Elle explique avoir souffert pendant cette période de la difficulté à « *trouver [sa] place en tant que sage-femme* » ainsi que du manque de reconnaissance (« *on l'a fait mais personne ne le saura jamais* »). En outre, elle critique avec véhémence les conditions de travail dans lesquelles elle et ses collègues sont amenés à exercer leur métier; elle mentionne notamment le manque de moyens mais également le défaut de collégialité au sein des équipes (« *les médecins [...] ne nous incluent pas* »). Par ailleurs, Madame Z. décrit le phénomène d'héroïsation comme « *horrible à vivre* ». Elle l'a en effet ressenti comme un abandon de la part d'une société pour qui travailler à l'hôpital doit nécessairement aller de pair avec un esprit de sacrifice. Elle a néanmoins vivement apprécié le fait que cette période ait permis de retrouver le sens du travail en équipe et que, ponctuellement, « *les directeurs [aient] arrêté de penser rentabilité* ».

Monsieur S., âgé d'une cinquantaine d'années, est technicien hospitalier. Si la première vague s'est traduite pour lui par une « *surcharge énorme de travail* », il déclare toutefois avoir été « *content de participer* ». Il se réjouit de la solidarité retrouvée entre professionnels au décours de cette période mais il déplore des différences de reconnaissance selon les métiers (prime accordée ou non, etc.) à l'origine de divisions au sein des équipes. Monsieur S. ne s'est pas senti concerné par les applaudissements dans la mesure où « *ils n'applaudissent pas le technicien* ». Selon lui, il serait de la responsabilité des médias de parler davantage des services supports (les « *petites mains derrière* »), notamment pour que « *les gens dans l'hôpital nous reconnaissent* ». Cette

période n'a pas modifié le regard que Monsieur S. porte sur son travail. Il déclare : « *je suis toujours là pour aider les autres* ».

Madame B. est aide-soignante. Âgée d'une soixantaine d'années, elle exerce en service de Soins de Suite et Réadaptation gériatrique. Lors de la première vague, elle est allée « *donner un coup de main* » dans une Unité de Soins Continus car elle avait une expérience en service de réanimation. Pour elle, la difficulté n'a pas été prioritairement ce changement de service (« *ça m'a pas beaucoup changé en fin de compte, dans le sens où j'avais l'habitude* ») mais plutôt le sentiment d'avoir « *loupé quelque chose* » au niveau des accompagnements de fin de vie. Elle parle également de la souffrance de ses collègues dont elle a été témoin et exprime à ce propos la difficulté « *de se soutenir alors que vous êtes dans la même souffrance* ». Elle explique avoir pris sur elle « *pour [ses] enfants* ». Déléguée du personnel, Madame B. se bat pour que les responsables politiques et institutionnels « *[arrêtent] de prendre le personnel soignant pour des idiots* ». Par ailleurs, elle espérait que cette épreuve collective aurait permis de retrouver le « *respect des soignants* » qu'elle avait connu au début de sa carrière. Mais, devant le retour des « *mêmes agressivités* » et insultes à l'encontre des professionnels de santé, elle en déduit amèrement : « *ils [les usagers] ont toujours rien compris* ». Quoi qu'il en soit, Madame B. n'a pas l'intention de changer de voie car, pour elle, son métier reste « *un des plus beaux au monde* ».

2 Des mots pour dire des vécus

«Le mot, c'est vraiment ça, c'est de la colère»

(IDE en santé au travail).

«J'ai peur, je suis fatiguée» (agente d'entretien, hôpital public).

«On a l'impression qu'on a été un peu abusé»

(aide-soignante, hôpital public).

«J'ai compris pourquoi je me levais tous les jours»

(assistante sociale, centre d'hébergement).

«La souffrance des soignants, c'est quelque chose qu'on

a complètement oubliée» (sage-femme, hôpital public).

Émotions « négatives »¹

Parmi les professionnels que nous avons interrogés, certains reprenaient à leur compte le terme «souffrance» (que nous utilisions nous-mêmes dans nos entretiens), souvent en association avec d'autres ressentis, pour raconter leur vécu de cette période: «Au début, il faut faire, il faut faire, aller au front. Petit à petit, c'est devenu lourd (...) quelque chose d'un peu traumatique avec l'accumulation des décès et les circonstances assez lourdes, parfois brutales (...) Les cercueils, j'en ai jamais vu autant que là, ce que j'ai vu pendant le Covid (...) J'ai souffert de cette période, des événements qui se sont passés, un peu dans l'après coup» (psychologue, EHPAD); «j'ai été en souffrance avant de débiter mon activité au sein des adultes, pour des problèmes, on va dire, de projection, avec l'inquiétude déjà des compétences, sur mes compétences professionnelles, en me disant que j'avais jamais rencontré de patients adultes et que je ne connaissais pas, que ce n'était pas mon domaine de confort entre guillemets» (réanimatrice, hôpital public); «de la souffrance à plusieurs titres, de l'épuisement. C'est une usine de consultation, nous n'avons pas de temps de répit» (psychologue, CMP); «J'ai été en souffrance, je trouve, au déconfinement (...) J'ai eu un sentiment de vide à la sortie du confinement (...)

J'ai tout donné et je n'arrive pas à repartir» (assistante sociale, centre d'hébergement); «il y a beaucoup de professionnels du social qui sont en souffrance» (éducateur, centre d'hébergement); «La souffrance, c'était vraiment une souffrance physique parce qu'on a beaucoup beaucoup travaillé (...) et psychique parce qu'on ne comprenait pas comment ça pouvait aller aussi vite (...) d'un résident à un autre, d'un étage à un autre, sans qu'on comprenne pourquoi» (aide-soignante, EHPAD); «on a constaté une énorme souffrance que j'étais vraiment loin d'imaginer» (cadre de santé, hôpital public); «je pense qu'il va y avoir des dégâts, des dégâts de souffrances. Il va falloir vraiment... et j'entendais à la radio, ils en parlent, la souffrance post-traumatique des soignants, oui» (cadre de santé, hôpital public); «pour les étudiants infirmiers qui ont été mobilisés, ça a été très très difficile en termes de souffrance parce que les étudiants, ils vivent chez leurs parents et du coup, quand ils rentrent chez eux, ils ont peur de le transmettre à leur famille. Parfois, ils ont des parents malades. Eux, ils avaient la peur au ventre tout le temps» (infirmière, réanimation, hôpital public); «la souffrance que je peux ressentir, c'est cette non-reconnaissance du métier, que ce soit à l'extérieur ou à l'intérieur de l'hôpital» (sage-femme, hôpital public); «comme si c'était normal. Il y a quand même eu un sacrifice, ou un investissement important, au prix de souffrances émotionnelles pour beaucoup de personnes» (psychologue, EHPAD); «il y a eu des choses qui se sont passées qui étaient très fortes entre les patients de Covid et ces soignants, dans le sens où ils voyaient les patients tellement en souff-

france et puis diminués physiquement, sans visites. Et là, c'était, pour un soignant, une souffrance» (cadre de santé, hôpital public); «moi, j'y arrive plus. J'arrive pas avec cette détresse. J'arrive plus à emmagasiner toute cette souffrance» (auxiliaire de vie)

Certains professionnels utilisaient également des mots qu'il est possible d'interpréter comme étant des modalités de souffrance :

- **Traumatisme, ébranlement, sidération**: «C'était traumatisant» (cadre de santé, EHPAD); «je pense que déjà ils souffrent de ne pas pouvoir parler de leurs souffrances, ils n'ont pas les mots pour la dire et ils n'ont pas les gestes pour aller vers. Ils sont un peu sidérés.» (psychiatre libérale); «[Pleurs]oh excusez-moi, vous voyez la souffrance des soignants. Je suis un peu ébranlée mais bon, c'est pas grave» (cadre de santé, hôpital public); «ça m'a vraiment ébranlé et ça allait à l'encontre de mes valeurs à moi. Et d'ailleurs, on a finalement laissé rentrer des proches» (réanimatrice, hôpital public).
- **Impuissance, désarroi, fragilité**: «Tous ceux qui m'ont contacté et tous ceux qu'on m'a orientés, clairement, c'était de la résurgence de trauma: j'ai été violé dans mon enfance, j'ai été victime, j'ai été femme battue... Je me retrouve dans la même situation d'impuissance» (psychologue, hôpital public); «je me sentais très impuissante par rapport à ça, de ne pas pouvoir les protéger» (assistante sociale, centre d'hébergement); «quelque chose de totalement affreux qui fait que les gens vont relativement bien et en huit heures, ils peuvent partir. Ça, c'est vraiment extrêmement dur à vivre. Enfin, il y a vraiment cette impuissance de ne pas pouvoir contrôler, maîtriser tout ça» (psychologue libéral); «on a eu vraiment une sensation d'impuissance par rapport à ce qui se passait, et ça c'est vraiment nouveau dans l'accompagnement des résidents» (cadre de santé, EHPAD); «on faisait tous face au même désarroi» (aide-soignante, hôpital public); «je me suis sentie fragile de bout en bout» (psychologue, hôpital public).
- **Désespoir**: «Il y a un moment, on s'est dit: ça y est, c'est la fin du monde, la vie ne sera plus jamais comme avant. Il y a eu des moments de désespoir quand même» (IDE, réanimation).

La plupart des professionnels utilisaient encore d'autres mots pour dire leurs vécus et, selon nous, ces derniers semblent se dissocier, complètement ou partiellement, des vécus de souffrance. Il nous est apparu important de mettre au clair ces émotions et ressentis pluriels afin que les vécus singuliers de ces professionnels interrogés ne se retrouvent pas, dans la retranscription qui en est faite, estompés et limités par l'usage d'un vocable uniformisant et généralisant, à savoir l'expression fréquemment utilisée de «souffrance des soignants». Réciproquement, afin de

ne pas oublier ou dénaturer les souffrances bel et bien vécues par certains professionnels, il convient de veiller à ne pas les confondre avec des ressentis distincts, comme la colère ou la peur par exemple.

Nous avons choisi d'ordonner ces vécus pluriels en les regroupant dans les champs lexicaux suivants :

- **Anxiété, peur, sentiment d'insécurité**: «En définitive, franchement, moi, j'ai pas été en souffrance. J'étais dans l'action, donc j'étais franchement pas en souffrance. J'étais inquiète mais pas en souffrance» (cadre de santé, hôpital public); «moi, les premières semaines, j'avais des troubles du sommeil, des troubles digestifs, des troubles menstruels. Là, j'ai de l'eczéma, allez, c'est un peu, voilà, beaucoup de signes anxieux, des cauchemars un petit peu...» (psychologue, hôpital public); «mon mari a une pathologie chronique, donc mon stress, mon angoisse est de le ramener à la maison» (assistante de gérontologie, groupe associatif); «j'ai été prise dans l'espèce de panique générale avec l'idée que de toute façon, les vieux allaient mourir» (médecin coordinateur, EHPAD); «une telle peur panique des soignants qui a quand même amené à avoir (...) 80 % d'absentéisme à un moment donné» (cadre de santé, EHPAD); «les consignes données par les instances étaient désorganisées et je pense que cela crée du flou, cela crée de l'insécurité. On l'a bien vu au début où beaucoup de soignants rapportaient cette peur, cette insécurité» (psychologue, EHPAD).
- **Colère (souvent associée au sentiment d'être maltraité ou abusé)**: «Il y a un truc qui m'a agacé et qui a agacé tout le monde: on disait qu'il y avait du manque de matériel et ce qu'on voyait à la télé, c'était des gens habillés en cosmonaute. Ce qu'on avait en réalité, c'était même pas le quart du demi de... C'est ça qui a choqué. Ce n'est pas de la souffrance. C'est ça qui est à l'origine de la colère.» (psychologue, hôpital public); «l'élément qui m'a beaucoup mise en colère, c'est l'absence de tests et de masques» (médecin coordinateur, EHPAD); «le mot, c'est vraiment ça, c'est de la colère» (IDE en santé au travail); «avec une colère derrière en disant: en fait, au mois de novembre, quand on est descendu dans la rue, vous nous avez pas applaudis» (psychologue, hôpital public); «la colère continue. Il y aura des comptes qui seront demandés après le déconfinement» (psychologue, CMP); «C'est de la maltraitance au quotidien parce que les gens ne peuvent pas prévoir leur vie» (sage-femme, hôpital public); «on a l'impression qu'on a été un peu abusé» (aide-soignante, hôpital public).
- **Pénibilité, épuisement, surmenage**: «C'était éprouvant, c'est le mot que je dis plutôt» (médecin interniste, hôpital public); «pas en souffrance. En fatigue, oui. Et si la fatigue continue, ce sera une souffrance» (psychiatre libérale); «J'ai peur,

je suis fatigué (agente d'entretien, hôpital public); «*elle [la directrice], elle s'est épuisée à vouloir absolument qu'on tienne le coup*» (assistante sociale, centre d'hébergement); «*on est tous épuisés*» (aide-soignante, hôpital public); «*j'aime bien ce que je fais mais, depuis janvier, c'est quand même très difficile.*» (directrice d'EHPAD); «*se faire presser le citron*» (infirmier, hôpital public); «*je pense que je suis usée par cette crise. Mais usée de chez usée! J'ai plus de ressorts. Je n'arrive plus à... Et c'est là aussi où je pense que c'est un vrai épuisement psychique effectivement. Je fais les tâches mécaniques, j'avance parce qu'il faut que j'avance*» (cadre de santé, EHPAD); «*je me suis senti plutôt en surmenage qu'en difficulté*» (technicien hospitalier, hôpital public); «*moi, j'ai l'impression, des fois, qu'une semaine c'était un mois. Tous les soirs, je rentrais courbaturée, épuisée comme jamais*» (médecin interniste, hôpital public).

→ **Incertitude**: «*J'ai vraiment un sentiment d'être sur un truc où on a tous été un peu au charbon, en tout cas très mobilisés. Et là, il y a une espèce d'attente mais qui n'est pas du tout confortable, avec une espèce d'inconnu qui devrait retomber*» (médecin, soins palliatifs, hôpital public); «*dans l'attente, en amont, on se demande ce qui va nous arriver. Est-ce que ça va nous arriver? Est-ce qu'on est prêt? Est-ce qu'on va être capable de...? Enfin bon, voilà, on est un peu dans le doute, on a peur... des choses comme ça*» (cadre de santé, hôpital public).

→ **Gêne**: «*L'héroïsation, ça m'a un peu embêté. Et surtout, mon père me disait: dans les supermarchés, il faut que tu doubles tout le monde pour aller faire tes courses. Mais non, je ne ferai jamais ça. J'ai des collègues soignantes, ça ne les dérangeait pas de faire ça. Moi, ça me gêne énormément*» (infirmière, réanimation, hôpital public); «*Je me disais: je suis quand même très confortable d'être dans mon bureau à faire les choses à distance. C'est même un peu une gêne. Je sais que des membres de mon équipe sont allés à l'EHPAD, etc.*» (responsable qualité, fondation); «*C'était un peu bizarre. Le fait d'être en télétravail mélange un peu l'aspect privé et professionnel. Je m'accordais des pauses, mais en même temps, après, j'avais un sentiment de culpabilité*» (directrice, maison de la prévention).

→ **Solitude, abandon**: «*Les mômes, ils se retrouvent en EHPAD tout seul sur un étage, c'est pas possible*» (infirmière, formatrice en IFAS); «*C'est dingue, on doit gérer la crise de façon isolée (...) le fait d'être isolée, de faire beaucoup de choses, mais quelque part sans témoin, sans personne...*» (assistante, maison de la prévention); «*on a été très isolé pendant cette période. Chaque centre a géré un peu à sa manière mais on a été quand même assez isolé. Cela a été encore plus accentué*

par la crise» (assistante sociale, centre d'hébergement); «*après, moi, je ressens quand même un abandon pour les EHPAD. J'ai beaucoup souffert du manque d'information et là aussi, je me suis sentie très abandonnée*» (médecin coordinateur, EHPAD); «*il y a des élèves infirmières qui sont arrivées pour aider, et très clairement, elles ont eu l'impression d'être laissées à l'abandon, d'être maltraitées, d'être pris pour des larbins.*» (psychologue libéral).

→ **Culpabilité, honte**: «*C'est très compliqué parce qu'au bout d'un moment, on se dit que c'est de notre faute. Parce que nous, le confinement a été fait bien avant le vrai confinement, et du coup on se dit: mais c'est pas possible, c'est nous qui l'avons refilé à certains*» (aide-soignante, EHPAD); «*nous aussi, sages-femmes, on a culpabilisé de ne pas être ces héros-là*» (sage-femme, hôpital public); «*ma souffrance à moi, ça va plus se jouer au niveau de la culpabilité, de ne pas avoir été là pour les collègues.*» (infirmière, formatrice en IFAS); «*la culpabilisation est présente partout. Elle est vraiment très présente entre collègues. C'est l'histoire de la patate chaude*» (psychiatre libérale); «*en discutant avec les soignants, j'ai des soignants qui m'ont dit: le soir, quand les gens applaudissent, j'ai honte parce qu'on fait quand même pas grand-chose et je me sens pas forcément concerné par les applaudissements*» (cadre de santé, hôpital public); «*j'ai presque honte d'avoir dit à des moments aux équipes: ce n'est pas grave, ce sont des gouttelettes, il faut rester à distance et se laver les mains*» (médecin coordinateur, EHPAD).

→ **Tristesse**: «*Ça m'a fait de la peine parce que je me dis qu'on prend les mêmes risques que les soignants*» (éducateur, centre d'hébergement); «*les gens se sont inquiétés. Tout le monde a eu mal au coeur, de la peine ou de l'angoisse face aux morts*» (psychologue, hôpital public).

→ **Déception**: «*Cette période m'a permis d'avoir un éclairage sur les personnalités de mes collègues ici sur le site. J'ai été extrêmement déçue*» (cadre de santé, hôpital public).

Sentiments de contentement, de fierté ou de joie

Certains professionnels tirent, malgré les difficultés, un bilan positif de cette période. A cet égard, nous avons identifié essentiellement trois motifs de contentement, de fierté ou de joie :

- **Sentiment d'avoir été à sa place.** Certains professionnels semblent éprouver une certaine satisfaction, une fierté, d'avoir pu participer à l'effort collectif. Par exemple, un technicien hospitalier déclarait : *« J'étais content d'amener ma pierre à l'édifice. J'étais content d'aider »* (technicien hospitalier, hôpital public). De même, un bénévole en EHPAD (par ailleurs étudiant en école d'ingénieur) parle d'une *« expérience positive »* et déclare : *« J'en sors quand même avec le sentiment du devoir accompli. Enfin, j'ai vraiment le sentiment d'avoir aidé des gens. (...) Je suis content de l'avoir fait. (...) C'était une belle expérience. »*
- **Sentiment d'avoir pu sortir de sa place habituelle.** Certains professionnels disent s'être sentis embarqués dans une « aventure », une expérience qui les a « désinhibés », qui les a fait sortir des rouages habituels de leur pratique : *« Clairement, je pense que personne n'aurait eu l'idée de prendre en charge des patients adultes en dehors de cette période-là et je suis contente que mon chef de service ait eu confiance en son équipe pour le faire et c'est vrai que ça a désinhibé je pense »* (réanimatrice, hôpital public). Ils décrivent un moment d'« euphorie », d'« émulation », comme une libération temporaire de leur quotidien routinier : *« On est sorti de nos fiches de poste habituelles (...) Je souffrais avant d'une certaine manière. Mais là, il y a un sentiment de pouvoir sortir du cadre habituel. Intellectuellement, de pouvoir être amenée à participer à l'amélioration des conditions de travail, avoir le sentiment de sortir de ma fonction première, pouvoir montrer qu'on réfléchit, qu'on a une pensée qui peut contribuer à quelque chose, cela fait bien longtemps que ce n'était pas arrivé. C'est paradoxal mais, en fait, il y a du mieux. Pour une fois, j'ai le sentiment que ma fonction de psy est utilisée dans sa pleine fonction, je ne suis pas bridée dans ma fonction intellectuelle de réflexion »* (psychologue, hôpital public).
- **Sentiment d'avoir retrouvé sa place.** Pour certains professionnels, cette période a été l'occasion de retrouver le sens de leur métier, comme une expérience « révélatrice » : *« Il m'est arrivé pendant cette période d'être seul dans le bus avec le chauffeur. Et je me suis posé une question : si les personnes*

avec qui je prenais habituellement le bus ne sont pas là, pourquoi moi je prends le bus ? La réponse était simple : de la même manière que le chauffeur du bus était chauffeur, moi, le travail social, c'est quelque chose que j'avais intégré, c'est ça qui me faisait prendre ce risque, donc j'ai compris pourquoi je me levais tous les jours. C'est intéressant comme révélation. (...) On m'a toujours dit que j'avais les prédispositions, que j'avais la vocation pour faire du social, mais je me suis jamais vraiment arrêté sur cette question-là, donc c'était une révélation. Parce que paradoxalement, malgré les risques que j'avais dans les transports, dans mon lieu de travail, malgré le manque de moyens, je me sentais bien, j'avais envie au quotidien de faire ce travail » (éducateur, centre d'hébergement).

Temporalités distinctes

Les mots que les professionnels emploient nous disent aussi quelque chose du statut temporel de cette période au regard des expériences passées et des perspectives à venir. Nous identifions trois schémas différents :

- **Continuité avec la période précédente** (« Le réseau plie mais ne rompt pas »). Ce sont les professionnels qui décrivent un vécu assez proche de leur pratique habituelle. Même si le rythme pouvait bien sûr être plus intense, ils déclarent « n'avoir fait que leur métier », quoique dans des conditions encore plus difficiles.
- **Rupture** (« Rien ne sera plus jamais comme avant »). Certains professionnels décrivent une expérience de « sidération », d'« ébranlement », voire un vécu traumatique, avec un avant et un après.
- **Fragilisation.** Un certain nombre de professionnels nous ont fait part d'un sentiment de grande fragilité et d'instabilité. *« Je me suis sentie fragile de bout en bout »* (psychologue, hôpital public). Ils se sentent (ou se sont sentis) en situation de déséquilibre, comme au bord de la rupture (« Je ne sais pas combien de temps je vais tenir comme ça mais, si ça continue, c'est certain que je vais finir par craquer pour de bon »).

Ces distinctions sont à replacer dans un contexte particulier. Nous avons interrogé ces professionnels au décours de la première vague et nous nous sommes entretenus avec chacun d'entre eux à un instant précis de cette première vague. Par conséquent, certains ont pu vivre un moment de rupture postérieur à notre entretien ou au contraire se sentir fragilisés au moment où nous les avons rencontrés puis retrouver un

équilibre par la suite. Par ailleurs, il importe de préciser que cette typologie schématique ne se recoupe pas avec les situations objectives des professionnels, au sens où ceux qui témoignent par exemple d'un vécu traumatique, avec un avant et un après, ne sont pas nécessairement ceux qui ont été confrontés à un changement majeur dans leur modalité d'exercice ou dans leurs missions.

- 1 La souffrance pourrait être considérée moins comme une émotion proprement dite que comme un état qui trouverait son origine dans une ou plusieurs émotions « négatives » présentes en excès (voir notamment : Lecours, 2016).

POINTS CLÉS

- Si certains professionnels utilisent le terme « souffrance » pour rendre compte de leurs vécus de cette période, la majorité expriment leurs vécus par d'autres termes telles que colère, anxiété, impuissance, épuisement, solitude ou encore culpabilité.
- En termes de temporalité, les professionnels se situent soit dans une certaine continuité avec la période précédente, soit dans une rupture, soit encore dans un état de fragilisation.
- Malgré les difficultés, certains professionnels expriment des sentiments de contentement, de fierté ou de joie tirent un bilan positif de cette période parce qu'ils ont eu le sentiment d'avoir été à leur place pendant cette période ou, au contraire, d'avoir pu sortir de leur place habituelle ou encore d'avoir retrouvé le sens de leur métier.

«TRAVAILLER, EST-CE SOUFFRIR?»

→ FRANCK ROLLAND, PSYCHOLOGUE CLINICIEN ET INTERNE EN PSYCHIATRIE DOCTORANT EN ÉTHIQUE MÉDICALE (CESPU1018/INSERM/PARIS-SACLAY)

Travailler, est-ce souffrir? Ce mot trouve dans ses origines étymologiques la notion de souffrance. Or, les soignants, s'ils ne manquent pas de travail, en particulier dans un contexte de pandémie mondiale, font aussi de la souffrance l'une de leurs « matières premières ». Et si la médecine se drape dans une blouse de science comme pour se prémunir des dommages collatéraux à l'art de guérir, elle n'en reste pas moins une praxis qui place une personne face aux maux de l'Autre. Si la souffrance est une matière première, elle implique de nombreux outils maniés au sein de la relation de soin : l'empathie, le sens de la responsabilité, la reconnaissance de valeurs éthiques, alors même que l'hôpital, le système de santé ou même le monde entier entrent, et demeurent, dans une crise profonde et d'allure soudaine... à première vue.

Car n'oublions pas l'histoire. Si le SARS-Cov-2 est un catalyseur de l'effondrement des soignants et du système de santé, il n'est qu'un réactif qui exagère une réaction en marche depuis plusieurs années. A l'aube du mois de Décembre 2019, déjà, un cortège imposant de soignants avertissaient sur l'état d'alerte rouge « cramouisi » de l'hôpital public. La matière première des soignants s'est transformée : les maladies chroniques, la demande de soin, les conséquences d'une médecine en exponentiel progrès et l'exigence de soins de qualité génèrent des souffrances nombreuses et nouvelles. Les outils des soignants sont impactés : comment être empathiques lorsque nous ne sommes plus assez nombreux pour prendre soin dignement? Comment être responsables lorsque nous ne pouvons plus assurer des soins de même qualité, pour toutes et tous, dans un monde rationné par des contraintes économiques sur l'hôpital ou des pressions sur un système de santé où les lits ferment avant, pendant et probablement après une pandémie mondiale? Comment reconnaître dans des soins « en conditions dégradées » les valeurs éthiques qui animent les professionnels de santé? Où trouver le temps, l'énergie et l'impérieuse nécessité de les défendre, et ainsi, de défendre les personnes qui viennent trouver du soin? Comment ne pas s'épuiser, et souffrir de (moins bien) soigner?

Dans une étude menée auprès des professionnels de santé durant la première vague épidémique, l'analyse des verbatims sur les éléments générateurs de stress retrouvait un sentiment d'exposition et d'insécurité par défaut de matériel et de directives nationales cohérentes. Le devoir de protéger les patients dans un contexte de crise sanitaire trouvait du sens dans une forme de danger à affronter. Il persistait également une inquiétude à l'idée de devoir réinventer un « vivre ensemble » dans l'incertitude d'une pandémie qui s'installait... Aujourd'hui, l'effet peut-être stimulant qui redonnait du sens au métier de soignant à l'aube de la pandémie s'en est allé, comme les applaudissements (même si ceux-là n'étaient pas attendus). Et la fatigue se généralise...

La pandémie a-t-elle aggravé l'état d'épuisement des soignants? S'il est difficile d'imaginer qu'elle n'ait eu aucun impact, notamment rien qu'au regard des 20 à 30% de postes désormais vacants à l'hôpital public, il ne faudrait pas réduire la problématique de la souffrance des professionnels de santé à la situation pandémique actuelle. A titre d'exemple, en 2017, une étude nationale sur la santé mentale de 22.000 étudiants et internes en médecine révélait que près de deux tiers d'entre eux manifestaient des signes d'anxiété pathologique, près d'un tiers des signes de dépression et presque un quart d'entre eux avaient des idées suicidaires¹. Quatre ans plus tard, dans un entre-deux vagues de la pandémie Covid-19, l'étude est réactualisée auprès de 12.000 étudiants et internes de médecine. Les résultats sont accablants : 75% d'entre eux ont des signes d'anxiété pathologique, 40% manifestent des signes de dépression, et pour près de 20% des idées suicidaires². Faut-il supposer que l'augmentation des chiffres ne s'expliquerait que par une vague épidémique, ou a-t-on davantage envie de penser que le système de soin a poursuivi son funeste déclin au point d'aggraver encore la santé mentale des jeunes et futurs soignants, et qu'ainsi, la pandémie est venue porter quelques coups de grâce à la tragédie?

Et pourtant, depuis cette crise sanitaire, la santé mentale et l'éthique n'ont jamais été aussi évoquées : la démultiplication des « cellules éthiques » à l'hôpital, masquant peut-être parfois une tendance à vouloir institutionnaliser une procédure éthique qui n'aurait plus grand-chose de réflexive, ou encore l'explosion exponentielle des cellules de soutien psychologique, qui complètent un discours de management-bien-être en vogue pour ne pas investir davantage de moyens (financiers et humains) dans l'hôpital qui s'essouffle... Et si l'appel à

l'éthique ou la mise en lumière de la santé mentale constituaient des leurres consensuels pour dissimuler une errance, une indifférence voire un abandon des politiques pour le système de soin ?

Prendre soin est sans doute «le dernier rempart face à l'indifférence de notre monde»³, comme l'écrit Didier Sicard. L'indifférence s'est invitée dans le monde de la santé depuis plusieurs années. L'indignation, à la Hessel, ne semble pas réveiller les consciences. Une léthargie s'empare des soignants épuisés, sur le front depuis bien longtemps, en première ligne contre le coronavirus depuis deux ans. Dans la dépression, la souffrance morale peut être parfois si forte que la personne développe une «anesthésie affective» : elle ne ressent plus rien, tout en continuant d'en souffrir. Délesté de cette sensibilité, penser, exercer ou travailler le soin perd de son sens : il s'agirait de travailler la matière première en étant privé des outils indispensables. En ce sens, la souffrance est destructrice du sens : elle génère des soignants en burn-out ou inanimés, traitant des maladies en recopiant des protocoles de manière froide, cynique et désincarnée (pour se protéger?).

La souffrance est un symptôme. Elle appelle à être soignée. Non seulement à l'échelle du soignant, mais à celle du système dans lequel elle se constitue. C'est en ce sens qu'on développe un soin et une éthique holistiques.

1 Résultats d'une étude menée et rendue publique en 2017 par deux intersyndicales d'internes de médecine (ISNI/Isnar-IMG) et l'Association des étudiants en médecine de France (Anemf).

2 Résultats d'une étude menée par les mêmes organisations en 2021.

3 Didier Sicard, «Prendre soin», la Lettre de l'Espace éthique AP-HP, n° 15-18, hiver/été 2002, p. 2. Citation entière : «Prendre soin, c'est donc assumer notre métier pour en faire peut-être le dernier rempart face à l'indifférence de notre monde, le dernier refuge de l'humanité de notre société.»

3 Les difficultés exacerbées par la crise

«**Toutes les directives ou les situations de terrain sont contradictoires : protéger l'autre et se protéger, mais sans avoir rien pour se protéger et protéger l'autre. C'est paradoxal. On ne peut pas**» (psychiatre libérale).

«**Au moment des crises, ça révèle les difficultés de chacun. (...) Cette espèce de différence — nous, on est directement avec le patient et toi, tu l'es pas — elle n'existe pas forcément. La pression qu'ils ont eux subie, nous on l'a d'une autre manière**» (assistante médico-administrative, hôpital public).

Parmi les difficultés invoquées par les professionnels pour expliquer leur vécu de cette période, la grande majorité concerne des problématiques déjà présentes avant la crise de la Covid-19 : «*Il faut une crise sanitaire majeure pour prendre conscience réellement des difficultés dans le monde hospitalier*» (cadre de santé, hôpital public). Ces facteurs explicatifs sont, de près ou de loin, attribuables, au moins partiellement, à des défaillances sur le plan organisationnel (El-Hage et al., 2020).

Un manque de moyens matériels et de personnel

Faute d'anticipation, l'immense majorité des établissements et services de soins et d'accompagnement ont été confrontés, en particulier au début de la crise sanitaire, à une pénurie d'équipements de protection individuelle, notamment de masques, et à une insuffisance de personnel : «*Ce qui m'énerve le plus si vous voulez, c'est que ce genre de situation, c'était prévisible, ça allait nous tomber sur le dos un jour ou l'autre, et ça recommencera, et donc j'espère juste que les gouvernements X ou Y ne referont pas les mêmes erreurs et que, cette fois, on préparera les choses en amont, et qu'il y aura ce qu'il faut pour soi-*

gner les patients» (infirmier à domicile). Si le déficit de personnel et «*cette éternelle bagarre de matériels*» (aide-soignante, hôpital public) ne sont pas des phénomènes nouveaux dans le champ de la santé, la pandémie les a rendus particulièrement manifestes. En effet, pendant la première vague, plusieurs dizaines de milliers de soignants ont été contaminés par la Covid-19 sur leur lieu de travail, notamment à cause du manque de masques (Olivier C. et al., 2020). En outre, la gestion de la réserve sanitaire n'a pas été optimale puisqu'un certain nombre de soignants, qui s'y étaient inscrits pour intervenir en renfort, disent n'avoir jamais été appelés : «*On a demandé aux filles de faire des heures sup à gogo (...) et quand tu disais 'moi je peux venir', on ne te demandait pas de venir*» (infirmière, formatrice en IFAS). En raison de ces insuffisances et de ces dysfonctionnements, celles et ceux qui restent «*sur le front*» se voient attribuer une charge de travail très importante et risquent, tôt ou tard, de se retrouver en situation d'épuisement professionnel.

Les professionnels du soin et de l'accompagnement sont tenus de suivre des recommandations sans toutefois disposer des moyens pour y parvenir : «*Toutes les directives ou les situations de terrain sont contradictoires : protéger l'autre et se protéger, mais sans avoir rien pour se protéger et protéger l'autre. C'est paradoxal. On ne peut pas*» (psychiatre libérale). Si la crise sanitaire a mis en exergue ce type d'injonctions paradoxales, cette impossibilité de soigner correctement chaque patient – qui donne aux professionnels le sentiment de mal faire leur tra-

vail – ne date toutefois pas d’hier, comme l’explique cette sage-femme exerçant à l’hôpital public : « Les femmes qui n’ont pas de place pour avoir une péridurale parce que c’est plein. Tu dois faire de l’administratif en même temps et du coup, tu n’as pas le temps de libérer la salle de naissance à temps pour qu’une autre arrive. Les femmes, elles hurlent, elles attendent leur péridurale. Et tu entends la souffrance, tu les entends crier, mais tu ne peux rien faire. On est là pour ça, pour prendre en charge la douleur. Quand tu sors de ta garde, tu te dis : cette dame-là, elle a eu mal parce que je n’ai pas eu le temps de m’en occuper. »

Dans le contexte de la pandémie, l’absence de stocks d’équipements de protection individuelle suffisants pour se protéger soi-même augmente le risque d’être contaminé par le coronavirus et donc de contaminer d’autres personnes, comme l’exprime cet éducateur travaillant dans un centre d’hébergement : « On a travaillé plusieurs jours sans masque. Ce qui fait que déjà, à un niveau personnel, on courait des risques. Je fais courir aussi des risques à ma famille, voire même aux personnes que nous rencontrons sur le trajet maison-travail. Le fait qu’on n’ait pas eu de masques, le fait qu’il n’y ait pas eu de communication claire là-dessus. »

Le manque de moyens matériels et en personnel a créé ou rendu plus aigus des dilemmes éthiques qui auraient pu être évités ou, en tout cas, moins prégnants si certains aspects avaient été mieux anticipés. Beaucoup de professionnels se sont retrouvés dans l’inconfortable situation de devoir choisir entre protéger les membres de leur famille ou protéger les personnes qu’ils soignent et/ou accompagnent, comme l’énonce cette assistante sociale travaillant dans un centre d’accueil pour femmes en situation de grande précarité : « Rentrer chez moi et ne pas savoir : est-ce que je le ramène chez moi ? Je vais potentiellement le ramener auprès des personnes avec qui je vis. Parce qu’on me disait : non mais n’y vas plus, protège toi et protège nous ! Et en même temps, non, je ne peux pas, il faut aussi que j’aie là-bas les protéger, les dames. » En outre, en raison des effectifs réduits de personnel, certains soignants peuvent hésiter à se mettre en arrêt lorsqu’ils présentent des symptômes : « On sait pas si nous, voilà, on peut être quelquefois un peu fiévreux tout ça, et puis se dire voilà, est-ce qu’il faut continuer à aller travailler ou pas, ou s’arrêter, enfin c’est compliqué quoi, sachant qu’en plus on manque de personnel » (infirmier à domicile).

Enfin, l’absence de ressources suffisantes a pu contraindre certains professionnels à prendre des décisions assimilables à une forme de tri entre les personnes soignées et/ou accompagnées. Cette priorisation de certains patients a pu être décrite notamment au niveau des lignes d’urgence, comme le 115 (numéro d’urgence pour les sans-abri) ou le 15 (SAMU) : « J’ai vu des gens qui étaient vraiment effondrés parce qu’ils ne pouvaient pas répondre en temps réel aux appels et qu’ils se rendaient bien compte qu’en mettant en attente quelqu’un qui appelait le 15 pendant 20-30 minutes, c’était évident que derrière, on pouvait aller à la catastrophe » (cadre de santé,

hôpital public). Dans un service de réanimation, une infirmière évoque la difficulté de décisions générant, selon elle, des pertes de chance : « Le médecin, il a appelé 18 réanimations d’Île-de-France, il n’y avait de la place nulle part. Donc ça c’est difficile parce que c’est des gens qui sont en détresse respiratoire. La patiente, elle avait 56 ans. On l’aurait prise normalement et là, on a décidé de ne pas la prendre et le lendemain pareil, un autre patient de 72 ans, on l’a pas pris parce qu’il n’y avait pas de place. »

A distance de cette période critique, des soignants reconsidèrent les décisions qu’ils ont été amenés à prendre, comme par exemple cette médecin en EHPAD : « Pour moi, c’était une évidence, je n’avais donc pas de difficultés à expliquer aux familles que la réanimation aurait un effet plus délétère que bénéfique. Mais là où j’ai trouvé que mon discours a été discutable, c’était sur le fait qu’il n’y ait pas d’intérêt à l’hospitalisation. Je me questionne pour savoir pourquoi j’ai tenu ce discours et cela me met un peu en difficulté. »

Solidarité, soutien et dialogue : des expériences très contrastées

Dans certains services, un regain de solidarité ou encore un « retour au collectif » a été décrit au décours de la crise. En effet, le fait de se battre pour un objectif commun – lutter contre la Covid-19 – a pu contribuer à ressouder les équipes, comme l’expriment ces quatre professionnels exerçant dans des contextes différents :

« Travailler en équipe pour une cause juste. Avec le Covid, on retrouve ce qu’on a perdu. Avec toute cette activité, tous ces trucs administratifs, on a perdu ce côté collectif. Ce qui fait la force de l’hôpital public, c’est le collectif, des équipes différentes avec des expériences différentes. On met ça en commun et on travaille collectivement. La surcharge de travail nous a rendu plus individualistes. Mais là, on avait la même cause : le Covid-19. On allait le combattre ensemble. Cela a ressoudé les équipes » (sage-femme, hôpital public).

« Des rapports humains beaucoup plus authentiques qui ont transcendé les différences de métiers (...) un lien plus direct, plus humain, avec des gens qui ont des postes importants (...) tout le monde sur un pied d’égalité face à la menace (...) c’est ça aussi qui a participé à ce sentiment de solidarité » (psychologue, hôpital public).

« On s’est vraiment ressoudé parce qu’on a tous à peu près la même vision des choses, c’est-à-dire que notre but, c’est qu’ils soient bien, qu’ils soient confortables » (aide-soignante, EHPAD).

« En gros toutes les semaines je voyais des médecins des différents services de l’hôpital qui arrivaient

que je ne connaissais pas et avec qui je n'avais jamais bossé. Gastroentérologues, néphrologues, qu'on formait et qui étaient volontaires et qui étaient très... Enfin il y a eu vraiment une entraide incroyable. Donc ça c'était assez exceptionnel» (médecin interniste, hôpital public).

Néanmoins, la crise sanitaire a également pu faire ressortir des conflits sous-jacents entre les corps de métiers, exacerbant ainsi toute une série de lignes de tension déjà présentes auparavant.

Il y a notamment « *cette guéguerre soignant-administratif* » décrite ici par une aide-soignante exerçant en hôpital public : « *Je pense que tout le monde a été dans la même bataille mais peut-être que les administratifs étaient moins à l'écoute. (...) On entendait dire : 'ah mais il y en a que pour les soignants !' Oh, détendez-vous. Vous, vous êtes tranquilles chez vous. Nous, on est au front. Et après coup, on a toujours ce ressenti de se dire : ils ne savent pas d'où on vient.* » Toutefois, comme le spécifie une assistante médico-administrative, dans cette « *espèce de scission* » entre ceux qui sont « *directement avec le patient* » et ceux qui ne le sont pas, « *il y a des choses qu'on ne prend pas en compte* » en matière de pénibilité au travail.

Dans un contexte de hiérarchie hospitalière, il y a également « *une espèce de protectionnisme des soignants contre les médecins* », « *une rivalité de corps* » qui découlerait notamment de « *cette impression que les médecins sont toujours les nantis* » (psychologue, hôpital public). Décrivant une situation issue de la première vague, une auxiliaire de vie justifie, quant à elle, cette scission par un manque de considération de la part de certains médecins vis-à-vis des infirmiers et aide-soignants : « *L'infirmière, elle a alerté lorsqu'elle a vu qu'il avait 39°. Elle a dit 'c'est pas normal' et le médecin a dit que c'était rien ! Vous vous rendez compte ? (...) Certains médecins – je ne parle pas de tous, il y a des médecins qui sont super bien – mais certains médecins ont tendance, de temps en temps, à ne pas écouter le personnel.* »

Par ailleurs, dans la déroute des premières semaines de l'épidémie, des réactions d'hostilité ont également pu se manifester à l'encontre de l'encadrement. Une cadre de santé en EHPAD rapporte avoir été confrontée à « *l'agressivité très importante* » de ses salariés. Elle interprète cette agressivité comme la traduction d'une peur sous-jacente mais, précise-t-elle, « *je n'ai jamais rencontré autant de violence collective face à moi dans une équipe* ». Elle ajoute que, sur une équipe de trente, elle n'a pu réellement compter que sur cinq salariés « *qui étaient là, qui étaient tolérants, qui comprenaient que ce soit aussi compliqué et difficile pour nous* ».

D'autres lignes de tension sont à distinguer non pas seulement entre les corps de métiers mais aussi entre pairs, entre collègues. Elles ne sont pas nouvelles mais elles apparaissent sans doute de manière plus marquée en période de crise. Ainsi, certains professionnels travaillant sur le terrain n'ont pas hésité à exprimer leur irritation à l'égard de ceux qui étaient en télétravail : « *Parmi les psychologues de l'hôpital*

où je travaille, il y a aussi une grande partie qui s'est planquée [rires] et qui est restée chez soi, qui se cachait derrière ses téléconsultations pour surtout pas mettre un pied à l'hôpital, en assumant plus ou moins d'avoir peur » (psychologue, hôpital public). De la même manière, les professionnels moins occupés qu'à l'accoutumée, notamment en raison des déprogrammations, pouvaient se voir reprocher leur inaction : « *C'étaient des cadres des unités qui ont été non-covid donc leur activité voilà, elles en avaient entre guillemets plus rien à f... (...) et jamais se proposer pour venir en aide quoi!* » (cadre de santé, hôpital public).

Les soignants en arrêt de travail ont pu faire l'objet, à certains endroits, de critiques et d'accusations violentes : « *Elle [la directrice] disait des autres collègues : non mais lui, il est juste en arrêt parce qu'il a peur, il nous laisse tomber, nous l'équipe et les dames. Et ça a créé un climat de tension au sein de l'équipe. Je ne sais pas si c'était intentionnel mais elle a clivé l'équipe entre ceux qui sont restés et ceux qui se sont mis en arrêt* » (assistante sociale, centre d'hébergement). Une cadre de santé en EHPAD n'hésite pas à les qualifier de « *déserteurs* », de lâches, de professionnels « *incapables d'assumer leurs missions* ». Elle indique en riant avoir souhaité « *que les pelotons d'exécution pour désertion soient remis* » parce qu'elle en avait « *quelques-unes à passer sur le peloton d'exécution* ». De plus, certains soignants sur le terrain se montrent suspicieux quant à la véracité de ces arrêts maladie, comme par exemple cette directrice d'EHPAD : « *On sait bien par les réseaux sociaux qu'effectivement, ils ne sont pas malades et qu'ils expliquent aux collègues qu'ils sont bien idiots de venir travailler et prendre des risques.* » Une aide-soignante exerçant à l'hôpital public rapporte elle aussi les critiques adressées, dans son service, aux femmes enceintes bénéficiant d'un arrêt : « *Les gynécologues chez nous ont arrêté directement les personnels qui étaient enceintes. Ce qui est, en soi, logique. Bah c'était pas apprécié quand même hein ! Mais vous êtes enceinte, vous n'êtes pas malade ! Bah oui mais on va peut-être pas prendre de risques!* »

Une autre ligne de tension oppose, d'un côté, les professionnels qui s'occupent de patients atteints de la Covid-19 – en particulier en réanimation et aux urgences – et, de l'autre côté, les professionnels qui, tout en participant à l'effort collectif, se culpabilisent malgré tout de ne pas se trouver « *dans le charbon direct* », comme l'exprime cette sage-femme : « *Je n'arrivais pas à trouver ma place en tant que sage-femme dans ce truc de guerre. On était culpabilisé de se dire qu'en réanimation, ils travaillent énormément.* » Ainsi, certains rôles et certaines fonctions ont pu être davantage valorisés que d'autres – en particulier le fait d'être « *dans l'action* » et dans une action « *efficace* » ; ce qui a pu conduire certains professionnels à ré-interroger la légitimité de leur métier, à l'instar de cette psychologue exerçant en EHPAD : « *Sur le sens de mon travail, sur mes compétences. (...) Un moment de rejet, de vraie remise en question du travail de psychologue, mais aussi de moi en tant que psychologue*

(...) Mon métier, c'est pas du concret vraiment (...) on est dans des choses humaines, relationnelles, qui ne peuvent pas forcément s'expliquer ou se standardiser (...) En période de crise, il y a quelque chose de l'ordre de l'action et du 'faire'.»

Selon l'analyse d'un psychologue intervenant notamment auprès des professionnels eux-mêmes, ce défaut de solidarité et de soutien au sein des équipes – entre les différentes «lignes» – aurait pu (et pourrait) se trouver atténué s'il y avait davantage de temps et de lieux réservés à l'échange, au dialogue et à la réflexion collective sur le sens des pratiques : *«Il y a des endroits où on a une certaine culture de la solidarité ou du travail d'équipe, où ça se parle ensemble et où, par exemple, ils vont faire des réunions tous les matins, certes pour faire le point, mais aussi pour se soutenir et pour avoir une équipe qui se crée et qui va vers un objectif commun»* (psychologue libéral).

Les failles de la formation et de l'encadrement

L'expérience de l'incertitude qui, en temps normal, confronte les professionnels aux limites de la médecine ainsi qu'à leurs propres limites (Fox, 1988) était ici exacerbée par le caractère largement inconnu de cette maladie et des mécanismes de sa contagion, en particulier dans les premiers temps de la pandémie (Tarantini, 2021). De surcroît, en raison de la réorganisation des services pour accueillir les patients atteints de la Covid-19, les professionnels étaient nombreux à devoir s'adapter, du jour au lendemain, à un nouveau cadre de travail et à de nouveaux collègues : *«De base, ils sont perdus. Ils sont sur une ouverture d'unité, ils sont sur une pathologie qu'ils ne connaissent pas. Ils ne connaissent pas le service, ils ne connaissent pas leurs collègues»* (cadre de santé, hôpital public). Dans ce contexte, ils sont nombreux à souligner l'impuissance ressentie face à la brutalité du phénomène : *«On ne comprenait pas comment ça pouvait aller aussi vite. Une épidémie aussi brutale, qui allait d'un résident à un autre, d'un étage à un autre, sans qu'on comprenne pourquoi.»* (aide-soignante, maison de retraite) ; *«Donc cette brutalité, cette multiplicité de diplômes... euh... cette multiplicité de symptômes, cette brutalité, et cette longueur de prise en charge»* (cadre de santé, EHPAD). Ce probable lapsus entre «diplômes» et «symptômes» vient peut-être souligner le fait que, dans ce type de situations, les formations et les diplômes ne leur étaient que d'un maigre recours pour faire face.

Les professionnels sont nombreux à déplorer qu'au lieu de les inciter à déployer leur créativité – une dimension essentielle dans le soin et l'accompagnement –, *«on a fait [d'eux] des exécutants purs*

et simples (...) on leur a demandé d'arrêter de penser et d'être créatifs (...) Il y a une créativité non stop dans le lien, il faut pouvoir s'ajuster, notamment avec les vieux patients déments, il faut pouvoir s'autoriser à faire avec l'étrangeté de l'autre» (psychologue, hôpital public). Ces propos confirment le constat déjà établi selon lequel les parcours de formation et d'encadrement dans le champ du soin et de l'accompagnement sont aujourd'hui fortement focalisés sur l'acquisition de compétences techniques ainsi que sur l'exigence de rentabilité alors que, parallèlement, les dimensions éthique et relationnelle sont trop souvent évincées (Grimaldi, 2009 ; Galam, 2012). Cette évolution des politiques hospitalières, que certains ont qualifiée de néolibérale (Pierru, Juven, Vincent, 2019), tend à faire prévaloir, dans certaines circonstances, la responsabilité technique sur la responsabilité éthique et, en cela, peut amener certains professionnels à perdre de vue le sens de leur métier.

Par ailleurs, à certains endroits, la qualité de l'encadrement des étudiants en santé, déjà mise en question depuis plusieurs années (Galam, 2012), a pâti du contexte de désorganisation de la première vague. Leurs rôles et leurs fonctions n'étant pas toujours clairement circonscrits, ils avaient parfois de la difficulté à comprendre ce qui était attendu d'eux. *«Il y a des élèves infirmières qui sont arrivées pour aider, et très clairement, elles ont eu l'impression d'être laissées à l'abandon, d'être maltraitées, d'être prises pour des larbins (...) Je crois que ce qui donne de la souffrance, c'est quand quelqu'un ne sait pas ce qu'on attend de lui. Et comme c'est des tâches qui ne sont pas habituelles, qui ne sont pas typiquement du travail infirmier, il y a une grande souffrance parce qu'ils ne savent pas ce qu'ils doivent faire»* (psychologue, hôpital public). Certains étudiants se sont retrouvés à devoir accomplir des missions au-delà de leurs compétences, comme l'explique cette infirmière formatrice en IFAS : *«On leur a fait prendre des responsabilités qu'ils n'avaient pas à prendre (...) Les mêmes, ils se retrouvent en EHPAD tout seul sur un étage, c'est pas possible. (...) Ils ne sont pas là non plus pour se faire du mal, ils sont là pour apprendre, pas pour vivre ce genre de choses.»*

Plus largement, cette problématique du changement ou du glissement de tâches a pu concerner des professionnels non-étudiants, comme l'explique cette assistante sociale, travaillant dans un centre d'accueil pour femmes en situation de grande précarité, qui s'est retrouvée à devoir endosser plusieurs rôles : *«On a dû être infirmière aussi, prendre des températures, des saturations. Il y a eu une période de flou et d'anarchie où tout était mélangé. On n'avait pas de référent au niveau médical.»*

Dans les circonstances de la Covid-19, l'exigence de rentabilité a pu, dans certains établissements ou services, être momentanément reléguée au second plan, replaçant ainsi le patient au cœur des préoccupations. Ce déplacement des priorités a été l'occasion, pour certains professionnels, de retrouver ce qui constitue pour eux l'essentiel de leur métier, comme en témoigne cet infirmier hospitalier : *«On a pu faire*

du soin comme on devrait faire du soin chaque jour (...) on était en nombre pour une fois (...) ce qui nous a permis d'être présent ici et maintenant, par exemple pour cette dame qui a perdu son mari, de pouvoir m'asseoir sur son lit et de prendre sa main et faire du soin relationnel (...) en termes de bien-être psychologique, de se dire qu'on a fait les choses bien, au moins pendant deux mois.» Toutefois, ajoute-il, «c'est reparti, le rendement, la course à l'acte, la rentabilité.»

Paradoxalement, il est parfois plus facile pour des personnes extérieures au monde du soin et de l'ac-

compagnement de s'adapter et de trouver leur place, comme cela a pu être le cas de bénévoles ayant spontanément proposé leur aide dans un EHPAD : «*Il [un bénévole] abordait les résidents un peu différemment que nous... enfin nous, en tant que soignants, on était un peu dans le pathos. Lui, il avait toujours des anecdotes, les résidents lui racontaient des tas de trucs. Moi, ça m'a bien aidée à me dire 'bah oui la vie continue'. Il n'y a pas que ceux qui meurent. Derrière, les autres, ils ont encore des choses à raconter. Ils vivent encore*» (cadre de santé, EHPAD).

POINTS CLÉS

- La grande majorité des difficultés invoquées par les professionnels au décours de la première vague concerne des problématiques déjà présentes auparavant et qui peuvent être, de près ou de loin, attribuées à des insuffisances ou des dysfonctionnements sur le plan organisationnel.
- A certains endroits, la qualité de l'encadrement des étudiants en santé, déjà mise en question depuis plusieurs années, a pâti du contexte de désorganisation de la première vague : rôles et fonctions flous, missions dépassant leurs compétences. Cette problématique du changement ou du glissement de tâches a également pu concerner des professionnels non-étudiants.
- Le manque de moyens, notamment en équipements de protection individuels, est venu intensifier certains dilemmes professionnels et personnels. Les professionnels ont dû faire face à une maladie et des situations inconnues et inédites.
- Dans les circonstances de la Covid-19, l'exigence de rentabilité a pu, dans certains établissements ou services, être momentanément reléguée au second plan, replaçant ainsi le patient au cœur des préoccupations. Ce déplacement des priorités a été l'occasion, pour certains professionnels, de retrouver ce qui constitue pour eux l'essentiel de leur métier.
- La crise sanitaire a exacerbé des lignes de tension déjà présentes antérieurement, entre les corps de métier mais aussi entre pairs. *A contrario*, dans certains services, c'est plutôt un regain de solidarité, un «retour au collectif», qui a été décrit au décours de la première vague.

LA CRISE SANITAIRE JUSTIFIE UNE VIGILANCE ÉTHIQUE PARTICULIÈRE MAIS NON PAS UNE ÉTHIQUE D'EXCEPTION ¹

→ FABRICE GZIL, DIRECTEUR ADJOINT DE L'ESPACE DE RÉFLEXION ÉTHIQUE ILE-DE-FRANCE, MEMBRE DU COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE, CHERCHEUR ASSOCIÉ AU SEIN DU CESP (INSERM/PARIS-SACLAY)

Ce document repère, qui a été élaboré en deux mois et demi, se compose au final de dix chapitres, qui signalent autant de points d'attention.

Chacun des chapitres peut bien sûr être lu indépendamment des autres. Mais lorsqu'on les considère dans leur globalité, on s'aperçoit que ces points d'attention renvoient, au fond, aux principes fondamentaux du soin et de l'accompagnement.

C'est la première conclusion de ce document : la crise sanitaire justifie, certes, une vigilance éthique particulière, mais non pas une éthique d'exception. Elle fait naître des questionnements inédits. Elle conduit la réflexion éthique à se réinventer. Mais au fond, il s'agit de savoir comment rester fidèle aux valeurs de l'accompagnement des citoyens âgés.

Les principes et les valeurs éthiques n'ont pas vocation à changer en fonction des circonstances. Ils constituent des repères qui permettent de s'orienter même dans les temps de crise. Plus encore, c'est parce qu'ils sont stables que l'on peut s'y référer et s'en servir de point d'appui lorsque nos certitudes vacillent.

La deuxième conclusion de ce document est que la pandémie a mis en évidence les faiblesses, mais aussi les forces des établissements accueillant des personnes âgées. Les faiblesses de ces établissements, et notamment des EHPAD, sont bien connues. Elles sont signalées dans de nombreux rapports, réalisés ou en cours. On pense en particulier aux importants travaux de Dominique Libault, Myriam El Khomri, Audrey Dufeu-Schubert, Dominique Piveteau et Alice Casagrande, Jérôme Guedj, Laurent Vachey, Luc Broussy, Claude Jeandel et Olivier Guérin. La crise sanitaire a rendu ces faiblesses plus manifestes encore, en particulier la nécessité – déjà pointée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement et plus récemment par les travaux du conseil de la CNSA – de passer d'un paradigme de la « prise en charge de la dépendance » à un paradigme de la promotion de l'autonomie dans toutes ses dimensions, de l'indépendance fonctionnelle à l'exercice de la citoyenneté.

Mais la pandémie a aussi fait prendre conscience de certaines forces de ces établissements, qui ne sont peut-être pas toujours assez mises en évidence. Contrairement à ce que pourraient laisser penser certaines analyses superficielles, la réalité de ce qui se vit dans ces structures est complexe. En interrompant la vie ordinaire des établissements, la pandémie révèle, en creux, que les résidents peuvent habituellement y trouver une vie sociale, qui rompt avec l'isolement qui était parfois le leur à domicile ; qu'ils peuvent y bénéficier d'activités culturelles et de loisir, de soins de santé et d'interventions psychosociales (visant à préserver l'autonomie physique, cognitive et sociale). La crise rappelle aussi que le rôle des familles continue quand les personnes entrent en maison de retraite ; que des bénévoles et de nombreux intervenants extérieurs sont d'ordinaire présents dans ces établissements ; et qu'il existe une grande diversité de métiers qui concourent, chacun à sa façon, à l'accompagnement des personnes.

La troisième conclusion de ce document est que la pandémie conduit à mieux percevoir le rôle crucial joué par les professionnels, les familles et les bénévoles pour accompagner les résidents de manière globale, pour leur apporter un soin physique, mais aussi un soutien pratique et un accompagnement relationnel, et les aider à conserver le sentiment de leur identité personnelle.

Nous aurons, dans le second volet de la mission, à expliciter et à détailler l'ensemble des valeurs qui sous-tendent l'engagement des professionnels du grand âge et de l'autonomie. Mais ce premier volet nous montre déjà qu'il est une préoccupation fondamentale qui sous-tend l'engagement de ces professionnels : c'est celle du respect inconditionnel de la dignité des personnes accueillies.

La crise sanitaire fait en effet ressortir l'éthique, d'ordinaire sous-jacente, implicite, des professionnels. Elle permet, en creux, de voir à quoi ceux-ci sont attachés, ce qu'ils s'efforcent d'apporter aux résidents, le sens profond qu'ils donnent à leur mission, ce qui fait qu'ils accordent de l'importance et de la valeur à leur métier.

Au cœur de cette éthique, qui se décline dans les dix chapitres suivants – et dont on voit qu'elle dépasse largement la crise sanitaire – il y a une idée fondamentale, qui est que l'avancée en âge, la maladie ou la perte d'autonomie fonctionnelle ne doivent en aucun cas impliquer une perte de liberté ou de citoyenneté, et que chaque vie a une égale dignité intrinsèque. Les droits fondamentaux

des personnes doivent être préservés quelle que soit leur situation de vie. Respecter l'identité, la singularité et l'intégrité des résidents, leurs liens, leurs attachements, faire preuve de solidarité et de sollicitude vis-à-vis des plus vulnérables, et reconnaître que même si les personnes âgées peuvent être plus fragiles que par le passé, elles n'en restent pas moins citoyennes : voilà ce qui est au cœur de l'éthique des professionnels, et ce qu'ils essaient de préserver, même en temps de pandémie.

Pour que ces valeurs puissent trouver une traduction dans la réalité, il faut que le secteur du grand âge dispose des ressources et des moyens matériels, humains, financiers à la hauteur des missions qui lui sont confiées. C'est le sens des réformes attendues et engagées.

Pour faire vivre ces valeurs, y compris dans le contexte si difficile de la pandémie, il faut aussi tout l'engagement, toute la compétence et toute l'inventivité des professionnels. C'est à soutenir cet engagement que voudrait contribuer ce document repère.

1 Ce texte est la reprise intégrale de la synthèse du document repère « Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés » située aux pages 15-17 (Fabrice Gzil, Espace de réflexion éthique Ile-de-France).

«[Sur les images de cercueils] Je ne sais pas si on va les oublier. Je ne sais même pas s'il faut qu'on les oublie. Je pense qu'on dormirait certainement mieux si on les oubliait mais je sais pas si notre subconscient va nous permettre de l'oublier. J'en sais rien» (directrice d'EHPAD).

«Les limites entre soignants et soignés sont tout le temps floues parce que, d'un moment à l'autre, on peut passer de l'autre côté de la barrière (...) Ça, c'est nouveau» (psychologue, hôpital public).

«Quand on accompagne quelqu'un en fin de vie, qu'il peut mourir tranquillement en voyant sa famille (...) il est mort, certes, mais on a fait notre boulot correctement. Là, c'est pas ça. Là, c'était traumatisant» (cadre de santé en EHPAD).

Indépendamment des difficultés déjà présentes avant la crise sanitaire et souvent exacerbées, les professionnels évoquent des difficultés spécifiques à la crise et en grande partie inédites et donc impréparées.

Confrontation aux morts brutales, violentes et en grand nombre

Certains professionnels sont régulièrement confrontés à la mort dans leurs pratiques quotidiennes mais, avec cette ampleur et dans ces conditions, nous sommes face à une situation totalement inédite. Dans les EHPAD en particulier, les professionnels soulignent unanimement la violence de certains symptômes et la brutalité des décompensations, provoquant en face un insupportable vécu d'impuissance, comme en témoigne cette aide-soignante : «Ne pas savoir comment les protéger [les résidents] (...) et être complètement démuni par rapport à ça (...) même si ça fait partie de mon métier de voir les résidents décéder, là c'était très brutal. (...) De toute façon, les situations très difficiles, ça a été vraiment quand ils étaient en grande souffrance respiratoire et que la question c'était 'qu'est-ce qu'on fait?', trouver le bon moyen pour les soulager.» Une aide-soignante exerçant à l'hôpital public souligne elle aussi la rup-

ture que cette période a constituée dans sa pratique de soin : «On nous dit : votre métier, vous l'avez choisi. Bien sûr qu'on l'a choisi, mais on a choisi de soigner les gens, on n'a pas choisi de les enterrer. (...) Moi, je regrette pas du tout d'avoir choisi mon métier – ça fait plus de 40 ans que je l'exerce – mais on n'est pas prêt à vivre des choses pareilles. On n'a pas été formé pour. On est formé pour avoir un décès par ci par là, dans le cycle de la vie, mais pas en nombre comme ça.»

Indépendamment de la rapidité des décès et de la dureté des tableaux cliniques, les professionnels sont nombreux à parler de cette vision d'horreur des cadavres qui défilent et s'accumulent devant leurs yeux : «Ils ont eu par exemple sept décès dans la semaine sauf qu'ils avaient trois housses mortuaires donc comment on gère ? Comment on gère ? Comment on fait quand on a quatre corps qu'on peut pas mettre dans une housse mortuaire ?» (médecin, soins palliatifs, hôpital public). Ainsi, aux dires de certains professionnels, «voir passer les cercueils» (responsable de la politique des soins, résidence autonomie) était plus difficile encore à vivre que le fait d'accompagner les résidents en fin de vie. Cette expérience est décrite comme traumatisante, notamment par cette directrice d'EHPAD : «[Sur les images de cercueils] Je ne sais pas si on va les oublier. Je ne sais même pas s'il faut qu'on les oublie. Je pense qu'on dormirait certainement mieux si on les oubliait mais je sais pas si notre subconscient va nous permettre de l'oublier. J'en sais rien.»

Cette accumulation des corps s'accompagnait d'un ressenti de déshumanisation et de «banalisa-

tion de la mort», comme l'exprime cette médecin en EHPAD : «*J'ai eu l'impression que nous étions dans un truc industriel. Je me suis dit qu'ils allaient mourir et que nous allions passer à autre chose.*» De surcroît, les procédures en vigueur pour prendre en charge les corps (mise en bière immédiate, absence de toilette mortuaire) ont été très difficiles à mettre en œuvre pour les professionnels : «*C'était très lourd moralement... refermer ces corps comme si on mettait les gens à la poubelle.*» (aide-soignante, hôpital public); «*Devoir mettre une personne décédée, sans faire de toilette, sans l'habiller, dans l'état dans lequel il est mort, directement dans une housse, directement dans une boîte, c'est abominable*» (cadre de santé, EHPAD). Ces décès à la chaîne rendent difficiles les distinctions et donnent l'impression que les patients se ressemblent tous, comme l'expose cette psychologue : «*J'ai des étiquettes dans les poches et je ne sais même plus qui sont ces gens. Je les ai tous vus mais je ne pourrais pas vous dire qui est qui, parce que j'ai vu cinq vieux derrière un masque à haute concentration en train d'asphyxier.*» Un responsable de la politique des soins (résidences autonomie) résume en disant : «*C'étaient les mêmes ! Ça, c'est la vision en fait que j'ai.*»

Dans ces conditions, les professionnels ne disposaient pas du temps nécessaire pour «*mentaler*» ces décès, «*élaborer ces départs*» (psychologue libéral), construire du sens à partir de ce qui se passait : «*Toute cette représentation autour de la mort et tout, ce n'était pas travaillé*» (médecin coordinateur, EHPAD).

Enfin, cette confrontation inédite à la mort de l'autre renvoyait immanquablement les professionnels à leur propre finitude : «*Les limites entre soignants et soignés sont tout le temps floues parce que, d'un moment à l'autre, on peut passer de l'autre côté de la barrière (...) Ça, c'est nouveau*» (psychologue, hôpital public). En raison de cette proximité inédite, extrême et répétée, avec la mort, il ne serait pas surprenant que ces nombreux professionnels souffrent aujourd'hui d'un «*syndrome du survivant*» et partagent ce sentiment d'avoir survécu au prix de la vie de ces nombreuses victimes de la Covid-19 (Goldenberg, 1987).

Interdiction et restrictions des visites

À la suite de l'interdiction des visites dans les EHPAD décidée le 11 mars 2020, les professionnels du soin et de l'accompagnement ont été parmi les témoins directs de l'isolement de nos aînés et «*il y a une grande souffrance de voir les gens finalement ne pas partir du Covid, mais aller de moins en moins bien avec l'isolement*» (psychologue libéral). De surcroît, ils

étaient aussi confrontés à la souffrance des familles de ces résidents : «*savoir que les familles étaient dehors, qu'elles ne pouvaient pas toucher leur proche, qu'elles ne pouvaient pas être présentes*» (psychologue, hôpital public). Nous renvoyons sur ce sujet au document repère *Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés ?* (Fabrice Gzil, Espace éthique Île-de-France, 2020), et notamment aux chapitres 3 et 4. Ces interdictions et restrictions des visites ont occasionné aussi bien des dilemmes entre la crainte de la contamination des services et le respect des valeurs et des besoins fondamentaux des résidents ou patients, des casse-têtes organisationnels que, par conséquent, des situations de «*souffrance éthique*».

La souffrance créée par l'interdiction des visites, et plus généralement par les restrictions des visites dans l'ensemble des services, était particulièrement manifeste dans les situations de fin de vie. En effet, même si les visites restaient a priori autorisées dans ces circonstances, elles n'ont pas toujours pu avoir lieu en pratique, parce qu'il y avait «*des résidents qui décompensaient d'un coup et avec des fins de vie très très rapides, où on avait pas le temps de mettre en place la démarche palliative*» (responsable de la politique des soins, résidences autonomie). À ce propos, une cadre de santé en EHPAD paraît minée par le fait de ne pas avoir pu «*traiter la douleur correctement*» et, plus largement, le sentiment d'avoir mal fait son travail. Elle explique : «*Quand on accompagne quelqu'un en fin de vie, qu'il peut mourir tranquillement en voyant sa famille (...) il est mort, certes, mais on a fait notre boulot correctement. Là, c'est pas ça. Là, c'était traumatisant.*»

Cette situation inédite a obligé de nombreux professionnels à agir en contradiction totale avec leurs valeurs fondamentales. Une réanimatrice (hôpital public) témoigne de son vécu en ces termes : «*J'ai été extrêmement choquée, mais vraiment, c'était très difficile pour moi d'envisager de ne pas laisser rentrer les proches pour des malades sévères, avec risque de décès. Ça m'a vraiment ébranlée et ça allait à l'encontre de mes valeurs.*» Une aide-soignante exerçant à l'hôpital public dit avoir eu «*une sensation très difficile de laisser tomber*» après avoir été obligée de dire au fils d'un patient qui «*passait des après-midis complètes avec son père*» qu'il ne pouvait plus venir lui rendre visite en raison de la Covid-19. Elle raconte : «*Quand on l'a appelé pour lui dire que son père venait de décompenser, quand il est arrivé, son père était parti. Et là, ça a été très dur moralement, comme si on avait loupé quelque chose, qu'on n'avait pas été à la hauteur. (...) Je me suis dit : comment j'aurais réagi si mon mari, je n'avais pas pu l'accompagner jusqu'au bout ?*»

Les professionnels sont nombreux à s'être retrouvés seuls dans une chambre à tenir la main d'un patient en fin de vie : «*Il y a eu une situation effectivement où je me suis occupé d'un résident (...) quand il est décédé, il n'y avait que moi en fait dans la chambre, alors qu'il avait de la famille et tout. Ça, c'était compliqué*» (responsable de la politique des

soins et de l'accompagnement, résidences autonomie). Pour les professionnels, se retrouver ainsi à faire «*des accompagnements de fin de vie sans famille*» ou «*des accompagnements de fin de vie [de patients par leurs proches] par téléphone ou par vidéos*», «*c'est quand même la première fois*», assure une cadre de santé en EHPAD. Elle déclare à cet égard : «*c'est une autre dimension.*»

POINTS CLÉS

- Même si certains professionnels sont régulièrement confrontés à la mort dans leurs pratiques quotidiennes, avec cette ampleur et dans ces conditions, ils se sont trouvés face à une situation totalement inédite. Dans les EHPAD en particulier, la violence des symptômes et la brutalité des décompensations provoquaient, chez les professionnels, un insupportable vécu d'impuissance.
- Les interdictions et restrictions des visites dans les EHPAD ont obligé de nombreux professionnels à agir en contradiction avec leurs valeurs fondamentales, les plaçant ainsi dans des situations de souffrance éthique.
- Aux dires de certains professionnels travaillant en EHPAD, cette expérience de «*voir passer les cercueils*» était traumatisante et plus difficile encore à vivre que le fait d'accompagner les résidents en fin de vie.

« RECRUTER DES SOIGNANTS EST DEvenu UNE GAGEURE, EN PARTICULIER LORSQU'IL S'AGIT D'INTERVENIR AU DOMICILE »

→ CATHERINE DE BRABOIS, DIRECTRICE ADJOINTE, FONDATION MAISON DES CHAMPS, FONDATION D'UTILITÉ PUBLIQUE EXERÇANT DANS LE DOMAINE DU SOIN À DOMICILE

À bientôt deux ans de cette première vague, les impressions qui nous habitent sont multiples.

Elles vont de la fierté au découragement; de l'espérance devant tout ce qui est possible à la lassitude devant tout ce qui ne l'est pas.

On avait cru que l'année 2020 serait la plus terrible; l'année 2021 qui a vu s'ajouter des difficultés de recrutement inédites aux deuxième, troisième et quatrième vagues a achevé le travail de sape.

Pendant des années, on a entendu la rengaine lancinante des soignants qui alertaient sur leurs conditions de travail, la baisse des effectifs et de la qualité des soins. Tout à coup, cette réalité a occupé le centre des préoccupations, sans pour autant qu'aucune solution n'ait été trouvée.

Les écoles d'infirmiers, d'aides-soignants, de travailleurs sociaux, ne font toujours par le plein alors que tant et tant de postes sont à pourvoir et que de nombreux lits sont fermés faute de soignants.

La médecine de ville n'est pas mieux lotie, chaque départ à la retraite d'un médecin généraliste laisse sur le carreau des patients sans médecin; recruter des infirmiers, des aides-soignants est devenu une gageure, en particulier lorsqu'il s'agit d'intervenir à domicile.

Ce sont pourtant de beaux métiers que ceux qui amènent à prendre soin, à veiller sur ceux qui, du fait de la maladie, du grand âge, de la précarité, du handicap, se trouvent un peu en marge de notre monde.

Ce sont des métiers où l'on voit très directement le bénéfice de nos engagements pour ceux auprès de qui l'on intervient, des métiers qui ont du sens, qui nourrissent nos aspirations à participer à un monde plus juste.

Alors quelle signification donner à la désaffection de ces formations?

Quelle signification aussi donner à l'impossibilité manifeste de promouvoir ces métiers dans l'opinion publique et d'en améliorer les conditions de travail afin de les rendre compatibles avec des horaires de vie de famille et/ou un loyer parisien?

En réalité, on ne saurait y voir une fatalité, il s'agit donc de choix.

En 1945, le législateur avait prévu que prendre soin des citoyens les plus fragiles, malades ou âgés, était une part non négociable du contrat social. Et que pour ce faire, il était nécessaire d'engager la solidarité de la société toute entière. De ces grandes intuitions était né notre système de sécurité sociale et la logique de nos cotisations.

La crise du COVID qui intervient après celle des gilets jaunes vient questionner encore plus fortement ce système et les choix de politique publique que nous avons fait depuis des années. Puisque notre système de santé ne permet plus à des soignants d'exercer sereinement leur métier et de ce fait, met en péril l'offre de soins, quel modèle alternatif existe-t-il?

Petit à petit les acteurs privés à but lucratif investissent ce champ du prendre soin. Peut-être est-ce l'ouverture d'une nouvelle ère, et d'un système de santé plus libéral? Sans doute est-ce la fin donc d'une époque où la solidarité nationale était une évidence.

En tout cas, l'enjeu est probablement, passé le coup de l'émotion, de la peur, de la tristesse, de la colère, de l'héroïsation des soignants, ... de savoir regarder cette évolution de la société et d'en prendre conscience, suffisamment, pour ne pas, une fois de plus, subir une situation qui risquerait de laisser de côté les plus fragiles.

5 Au travers des difficultés : des enjeux de reconnaissance

« On nous demande pas comment on va. On nous dit : vous avez tué des patients » (aide-soignante, hôpital public).
 « 3, 4 morts qu'il faut mettre en bière et un adjoint au maire qui vous dit : 'non mais moi, je sais pas, on attendra mardi'. Il y a vraiment un décalage très grand entre le vécu et la perception de l'extérieur qui crée là, vraiment, aussi un mal-être et un malaise » (psychologue libéral).

Au travers des difficultés précédemment développées, qu'elles soient inédites ou exacerbées par la crise, s'expriment souvent, de façon sous-jacente, des enjeux de reconnaissance. La grande majorité des extraits d'entretiens cités ci-dessus peuvent être relus sous ce prisme. Lorsqu'un infirmier exerçant à domicile constate et déplore le manque de moyens (cf. supra, p. 25), il met en cause, dans le même temps, un défaut d'anticipation des gouvernements qui témoigne, selon lui, d'un manque de considération tant pour les soignés que pour les soignants. Quand une aide-soignante de l'hôpital public réagit au discours commun selon lequel les soignants auraient « choisi » leurs métiers (cf. supra, p. 32), elle pointe une simplification et une dédramatisation du public qui visent à clore le débat et à ne pas être mêlé à ce que vivent réellement les soignants. Enfin, lorsqu'une réanimatrice (hôpital public) se dit « choquée » par les restrictions des visites dans son service (cf. supra, p. 33), elle critique autant la décision elle-même que le fait de ne pas y avoir été associée.

Plus généralement, c'est précisément lorsque les personnes interrogées évoquent ces enjeux de reconnaissance qu'elles semblent exprimer ce qui est le plus dur à supporter, ce qui pèse le plus lourd, au fond ce qui est le plus pénible. Inversement, le manque d'effectif ou de moyens matériels, quand ils en font état, peut se présenter à eux comme un problème stressant, fatiguant ou éprouvant mais pas toujours comme cause de pénibilité ou de souffrance. Ainsi, après avoir affirmé qu'elle avait vécu une expérience « passionnante », une médecin interniste

(hôpital public) déclare : « *Tout le monde s'est serré vraiment les coudes, mais on s'est pas dit c'est dur, non, on était plutôt en mode 'faut y aller' (...). On était en sous-effectif (...) mais on n'était pas en souffrance par rapport à ça, les gens se sont mobilisés.* »

Le sentiment d'être interchangeable

Les professionnels sont nombreux à se plaindre de mauvaises relations – voire d'absence de relation – avec leurs autorités, directions ou tutelles. Ils souhaiteraient que les décisions importantes soient prises en concertation avec toutes les parties prenantes plutôt que d'avoir à exécuter des « ordres », *a fortiori* lorsqu'ils n'approuvent pas leur contenu : « *Tout s'est fait dans l'urgence et de manière un peu autoritaire de la part de l'ARS : c'est comme ça, vous envoyez les jeunes sur le terrain et puis c'est tout. Et j'ai l'impression qu'il n'y a eu aucune discussion en fait entre les ARS et nous, les formateurs, pour savoir comment on aurait pu s'organiser. Il n'y a pas eu de discussion, il y a eu juste des ordres. Des ordres qui, à mon sens, sont absurdes* » (infirmière, formatrice en IFAS). En outre, comme l'exprime une directrice qualité, répondre à ces injonctions implique parfois de se mettre en porte-à-faux vis-à-vis des profession-

nels dont elle a la responsabilité : « *Au début, ce qui a été très difficile, c'est quand il y avait pénurie, parce qu'il fallait expliquer qu'un masque chirurgical, c'était comme un FFP2, mais tu sais très bien que ce n'est pas pareil en fait. Il fallait dire aux personnes que nous appliquions la doctrine, qu'elles allaient être bien protégées pour aller sur le terrain. En même temps, tu as vraiment envie que ce que tu dis soit vrai.* »

Un professionnel peut également se sentir nié en tant que sujet lorsque sa direction ne lui laisse pas le choix de son mode d'exercice, comme l'exprime avec colère une cadre de santé (hôpital public) : « *La RH, ils sont dans leurs bureaux et voilà, c'est des noms. J'ai une liste de noms et puis, en face, j'ai une unité de soins. Il me faut tant de noms. Hop, je glisse les noms et basta! Sans se préoccuper de se dire : quelle est son expérience? Est-ce qu'il veut? Est-ce qu'il veut pas?* » Ainsi, à certains endroits, l'urgence servant de justification, le choix des professionnels de travailler (ou pas) dans une unité Covid a pu ne pas être pris en considération. Certains ont aussi pu être assignés en service de réanimation alors qu'ils n'en avaient pas fait la demande et qu'ils ne souhaitaient pas y travailler. Ne pas tenir compte des préférences de ces professionnels apparaît, par principe, éthiquement condamnable et, de surcroît, cela peut leur occasionner un stress supplémentaire et impacter négativement leur bien-être au travail. Même si les professionnels de santé ne sont pas tenus d'accepter une assignation à un poste, certains recevraient néanmoins la demande comme non négociable : « *Une infirmière que j'avais dans mon unité m'a dit : 'Madame, ma cadre m'a demandé d'aller en réanimation mais j'en ai jamais fait. Elle me dit que c'est pas compliqué, qu'on a une formation...' Et je lui dis : 'Mais Marina, vous êtes en droit de refuser!' Elle était mais traumatisée la gamine!* » (cadre de santé, hôpital public).

Un autre point fondamental concerne la mission d'accompagnement des professionnels, autrement dit la prise en compte de l'aspect humain des soins. Si, dans le contexte de la crise sanitaire, cette fonction essentielle s'est trouvée revalorisée à certains endroits, elle est, depuis de nombreuses années, souvent mise à mal, étouffée par des exigences comptables, comme le souligne cette psychologue exerçant à l'hôpital public dans un service de médecine interne : « *Il y a un vrai besoin de retrouver cette fonction soignante dans sa globalité. (...) C'est-à-dire une reconnaissance de l'utilité relationnelle, humaine, et pas gestionnaire comme cela a été le cas ces dernières années (...) Cela va dépendre des conditions dans lesquelles on va laisser les gens travailler (...) Et puis quelle philosophie du soin on va réinstaurer* » (psychologue, hôpital public). Cette « reconnaissance de l'utilité relationnelle » ne peut se faire uniquement avec une revalorisation salariale ; il faudrait un changement complet de paradigme dans le fonctionnement du système de santé.

Les professionnels du soin et de l'accompagnement manifestent fréquemment le sentiment d'être considérés par l'administration comme des agents

interchangeables, sans considération pour leur vécu subjectif : « *Le directeur général s'est déplacé et il a pas du tout fait preuve d'empathie. Il n'a pas cherché à comprendre ce qui s'était passé pendant cette période. Il est venu pour exposer des faits. (...) Ne pas se mettre au niveau de l'autre et rester dans son propre langage qui va être des faits, des chiffres. Annuler l'émotion qu'il peut y avoir derrière. (...) Essayer de se mettre à la place de l'autre, et essayer de comprendre l'émotion, de comprendre l'histoire* » (psychologue, EHPAD).

Les professionnels malades : du soupçon à l'accusation

Le manque de reconnaissance peut aussi se traduire par une attitude de défiance vis-à-vis du personnel absent, en particulier sur la question de savoir qui, parmi ces absents, a vraiment contracté la Covid-19 et qui est un « déserteur ». C'est pourquoi certaines directions demandent des justificatifs à leurs salariés : « *On nous redemande une prise de sang pour savoir si on l'a vraiment eu quoi [la Covid]! Ils mettent le personnel dans le doute! Et ça, les gens le vivent très mal. Moi, j'ai été refaire la prise de sang. Bah évidemment, ils m'ont bien marqué Covid. J'ai dit : ça y est, vous êtes contents, là? (...) Mais t'as même pas à les avoir [les justificatifs]! Ça te regarde pas. T'es de la direction, t'es pas mon médecin! (...) Je leur ai mis sous le nez le bilan complet. J'ai dit : 'Voilà, vous avez tout. Mais, entre parenthèses, je vous le donne mais c'est complètement illégal hein.' Ils ont pas relevé hein* » (aide-soignante, hôpital public). Ainsi, à certains endroits, on soupçonne les professionnels de mentir sur leur statut Covid pour se retrouver en arrêt maladie et, en parallèle, ils peuvent aussi parfois être tenus pour responsables de la propagation du virus au sein de leur service : « *On nous demande pas comment on va. On nous dit : vous avez tué des patients.* » (aide-soignante, hôpital public).

La même logique a pu être observée dans certains immeubles : les soignants étaient vus comme de potentiels contaminants et ils suscitaient donc l'hostilité du voisinage. Enfin, il peut arriver qu'au sein même de sa propre famille, le professionnel soit accusé d'avoir « ramené » le virus chez lui : « *Il y a deux de nos collègues qui ont perdu aussi leur mari. Et j'ai une de mes collègues, ses propres enfants disent : c'est toi qui nous a ramené le microbe à la maison! Donc elle, pour le coup, elle n'a pas encore repris le travail. Elle n'y arrive pas* » (aide-soignante, hôpital public).

En somme, les professionnels paraissent parfois tenus de rester dans leur rôle social de professionnels sans jamais être autorisés à devenir eux-mêmes malades, de sorte que leur vulnérabilité d'être humain semble oubliée, voire niée. Cette attente impli-

cite, parfois inconsciente, est très diffuse et, comme les derniers exemples le montrent, elle peut provenir aussi bien des pairs et de l'institution que de la société civile. En regard ou en réponse à cette attente, nous pouvons supposer qu'un certain *habitus* du métier soit parfois intériorisé par les professionnels, à savoir l'impératif de se montrer résistant et adaptable à toute épreuve, tout en sachant mettre de côté ses propres appétences (comme dans l'exemple sus-cité (cf. p. 37) montrant qu'une assignation à un poste puisse être reçue par le professionnel comme non négociable). On peut aussi voir à l'œuvre dans ces représentations et ces attentes, à la suite du psychiatre et psychanalyste Christophe Dejours (2005), un éloge tacite et à peine masquée de la « virilité » qui peut notamment se traduire, chez les professionnels du soin et de l'accompagnement, par une certaine tendance à « se blinder ». Une cadre de santé (hôpital public) exprime une idée comparable lorsqu'elle parle de la « pudeur » de ces professionnels dans le contexte d'un groupe de parole mis en place pour eux dans son service : « *C'était vraiment bien dissimulé [la souffrance] (...) S'ouvrir et exprimer des sentiments, des émotions devant des gens que vous connaissez pas... Il y en a quelques-uns, c'est pas évident, c'est difficile pour eux (...) parce que par pudeur, par peur, par ceci, par cela, les soignants ne viendront pas d'eux-mêmes ou très peu. (...) On a cette pudeur de soignants : on soigne les autres mais on se soigne pas nous, hein.* » Or, la difficulté à exprimer et reconnaître sa propre vulnérabilité peut constituer le signal d'une difficulté à reconnaître et recevoir celle des autres. À l'extrême, le professionnel malade de son travail pourra chercher à se protéger en adoptant une attitude de détachement et de froideur émotionnelle. Ce qui constitue un des critères du syndrome d'épuisement professionnel ou *burn-out* (la déshumanisation de la relation à l'autre) (Freudenberger, 1987) et qui est décrit dans la littérature américaine par le « John Wayne syndrome » (le cow-boy viril et imperméable à toute émotion).

Hiérarchies symboliques entre métiers

La hiérarchisation implicite entre les différents métiers, assortie de tensions et de clivages persistants, peut conduire certains professionnels à déconsidérer le travail de leurs collègues : « *Si je dis que j'ai rendez-vous avec un patient, ça ne va pas empêcher peut-être le médecin de programmer une échographie. C'est pas un rendez-vous aussi important que les autres. (...) C'est un peu un sous soin. [rire] Le soin psychique est un peu un sous soin* » (psychologue, hôpital public). Pour aller dans le même sens, une partie du personnel se retrouve habituellement exclue de

la collégialité. Ainsi, par exemple, avant une prise de décision, certaines professions, comme les aides-soignants et les infirmiers, ne sont que très rarement consultés. Ils ont moins l'habitude (que les médecins notamment) de prendre la parole et s'ils la prennent, ils peinent à se faire entendre : « *J'en veux vraiment au gouvernement qui ne nous entend toujours pas, la direction qui ne nous entend toujours pas. (...) Il faudrait qu'il y ait une reconsidération du métier, que ce soit AS ou IDE. (...) Et l'Ordre infirmier, il sert à quoi? Il n'y a pas eu une seule prise de parole de l'Ordre infirmier!* » (infirmière libérale).

La non-reconnaissance comme méconnaissance

Les professionnels souffrent d'un décalage entre la réalité de leur métier et les représentations, souvent faussées et simplifiées, que s'en font leur direction, les politiques, la société : « *Ils [les politiques] n'ont jamais posé le pied dans un hôpital, ils ne savent pas combien de temps ça prend pour faire un soin* » (infirmière libérale).

S'il peut y avoir de temps à autre des tentatives de reconnaissance, elles peuvent être maladroitement en raison d'une méconnaissance de ces métiers, avec un décalage important entre les représentations véhiculées et la réalité des responsabilités portées par ces professionnels : « *C'est présenté comme 'oui donc à l'hôpital Y, on fait intervenir des coiffeurs, des barbiers, des masseurs, des psychologues' et ça devient finalement une prestation bien-être, indépendamment de tout le travail de fond qu'on fait et aussi de l'appartenance à l'institution* » (psychologue, hôpital public). De la même façon, pendant la première vague de la Covid-19, il a été considéré qu'une formation de quelques heures aux soins infirmiers pouvait suffire pour exercer la profession. Comme si suivre la formation classique devenait optionnel pour acquérir les compétences nécessaires et être en mesure d'endosser les responsabilités du métier. Les infirmières et infirmiers interrogés ont très mal vécu ce qu'ils ont interprété comme une dévalorisation de leur diplôme.

Cette méconnaissance est peut-être encore plus marquée s'agissant des métiers classiquement désignés comme « non soignants ». Nous pensons en particulier ici au personnel administratif : « *Les gens ne sont pas assez informés des postes de chacun. En fait, on ne connaît pas l'exactitude des postes. En tant qu'administrative, on est supervisé par une cadre infirmière qui ne connaît pas le travail des administratives. C'est toujours une surprise quand on leur apprend qu'on fait ci et ça. (...) Mes collègues soignantes ne savent pas ce que moi, je fais* » (assistante médico-administrative).

Non seulement il y a une méconnaissance du contenu de ces postes mais, en outre, le personnel administratif est souvent oublié et de fait exclu des échanges collectifs. Certaines informations ne leur sont pas transmises et cela peut les mettre en difficulté dans l'exercice de leurs missions, comme en témoigne cette personne qui décrit la pression et les inquiétudes des patients au téléphone : *« J'ai été prise au dépourvu. D'habitude, je suis capable de répondre aux patients. Là, j'étais incapable de répondre parce que je n'avais pas les informations et qu'on nous les transmettait pas. On ne pensait peut-être pas à nous informer parce que voilà. (...) Par ma voix, je représente l'hôpital, quand j'ai un appel, je suis un peu le porte-parole du médecin. Donc si moi-même je suis hésitante... »* (assistante médico-administrative).

En raison de cette méconnaissance, voire de cette indifférence, les réponses apportées en face sont perçues elles aussi comme étant en décalage total avec la réalité du terrain : *« 3, 4 morts qu'il faut mettre en bière et un adjoint au maire qui vous dit : 'non mais moi, je sais pas, on attendra mardi'. Il y a vraiment un décalage très grand entre le vécu et la perception de l'extérieur qui crée là, vraiment, aussi un mal-être et un malaise »* (psychologue libéral).

POINTS CLÉS

- Les professionnels sont nombreux à se plaindre d'une mauvaise communication – voire d'une absence de communication – avec leurs autorités, directions ou tutelles. Ils souhaiteraient que les décisions importantes soient prises en concertation avec eux plutôt que d'avoir à exécuter des ordres.
- Les professionnels paraissent parfois tenus de rester dans leur rôle social de professionnels sans jamais être autorisés à devenir eux-mêmes malades, de sorte que leur vulnérabilité d'être humain semble oubliée, voire niée.
- À certains endroits, dans l'urgence, les préférences des professionnels – de travailler (ou non) dans une unité Covid ou dans un service de réanimation – ont pu ne pas être prises en considération.
- Les professionnels souffrent d'un décalage entre la réalité des responsabilités qu'ils portent et les représentations, souvent faussées et simplifiées, que s'en font leur direction, les politiques, la société. Ce décalage semble en partie résulter d'une méconnaissance profonde de ces métiers.

→ ERIC GALAM MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN EXERCICE. PROFESSEUR DE MÉDECINE GÉNÉRALE À L'UNIVERSITÉ DE PARIS. CONSEILLER À L'ENTRAIDE POUR LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. EXPERT POUR L'OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL (ONQVT). RESPONSABLE DU DIU « SOIGNER LES SOIGNANTS ». MEMBRE DE L'ÉQUIPE EVITER L'ÉVITABLE (PRESCRIRE) EGALAM@HOTMAIL.COM

Si nous concevons les soignants comme des outils, il apparaît légitime de souhaiter qu'ils fonctionnent. Eux-mêmes semblent se reconnaître dans cette évaluation que la société leur renvoie : dévoués et admirables – voire super-héros – s'ils remplissent leurs missions, indignes et méprisables s'ils échouent. D'ailleurs, le serment d'Hippocrate ne se termine-t-il pas par ces mots redoutables : « Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque » ? Ce passage, qui marque la reconnaissance sociale à l'égard du médecin, se retrouve, quoique moins formellement, dans les autres professions de soin : il est intégré par les soignants dans leur ensemble et validé, plus ou moins explicitement, par la collectivité, les intervenants et les chercheurs du soin.

Il y a quelques années, j'avais présenté des « Récits de Situations Complexes Authentiques » (RSCA) produits par des internes de médecine générale sur l'erreur médicale. Ils y évoquaient leur vécu de situations dramatiques et, notamment, la sidération qui en résultait parfois. Ces récits poignants et au riche potentiel (pédagogique et conceptuel) avaient été taxés de « littérature » par une personnalité de premier plan. Pire, alors que je soulignais l'importance de l'accompagnement de ces soignants devenus « secondes victimes »¹, il m'avait été rétorqué que ce n'était qu'une question de « gestion de personnel ». Cette difficulté à tenir compte des soignants est très significative et mérite d'être éclairée.

Les soignants sont des techniciens dotés d'un savoir et d'une expérience. Ils sont soumis à des règles morales et juridiques, d'autant plus nécessaires qu'ils sont impliqués dans une activité sensible et à risques, non seulement pour leurs patients mais aussi pour eux-mêmes.

Devenir soignant nécessite une formation fondée sur trois registres plus ou moins explicites : (1) l'acquisition de connaissances toujours consistantes, (2)

le vécu d'expériences des soins auprès de ceux qui en bénéficient et (3) un parcours² identitaire visant à incarner au mieux une position et une intention. Ce processus de « conversion » progressive est marqué par l'adhésion tout aussi forte qu'implicite à des postures, comportements et valeurs de soin. Ces valeurs, qui s'incorporent individuellement, sont fondées sur une acclimatation et une adhésion progressives à des règles collectives non écrites qui constituent le « hidden curriculum ». Ce cursus identitaire du soignant comporte notamment les critères de qualité du « bon » soignant, ceux d'intégrité morale et professionnelle, la connaissance et la pratique plus ou moins développée du folklore. Ce cursus impose aussi d'apprendre à gérer ses zones d'ombre : idéaux, rituels, émotions, peurs, conflits, doutes, tentations, dysfonctionnements, défaillances, signes de faiblesse ou fragilités inavouables. Plus précisément, il enjoint les soignants à faire comme si tout cela n'existait pas. Et lorsque ces situations, stigmates d'humanité et de fragilité, s'imposent à eux, les soignants concernés ne sont absolument pas préparés à les gérer. Ils se sentent seuls impliqués et incompetents, voire traîtres et indignes de continuer à exercer leur profession. Ce « hidden curriculum » façonne les soignants à s'approprier la culture médicale dominante à mesure de leur maturation professionnelle. Il comprend toutes les choses que l'on apprend sans qu'on nous les ait enseignées, toutes ces « évidences » dont il est mal venu de parler publiquement : ne pas pleurer, ne pas hésiter, ne pas contester, ne pas être malade, ne pas demander d'aide...

Les soignants sont aussi des êtres humains qui méritent un abord spécifique pour au moins trois raisons : rentabilité, intérêt et humanité.

Rentabilité. Ce sont eux qui animent le système de soin (aussi perfectionné soit-il). De leur compétence et de leur implication dépendent largement les soins reçus par les patients. S'il fallait encore apporter des arguments sur ce dernier point, rappelons que l'attractivité des métiers du soin est indispensable en cette période où les besoins accrus viennent aggraver une pénurie déjà bien présente depuis nombre d'années.

Intérêt. La fonction de soignant professionnel est riche et complexe : elle oblige à la fois la présence et l'attention à l'autre et, dès lors, une posture professionnelle à travailler pour qu'elle soit juste et reste présente.

Humanité. L'implication des soignants dans l'une des relations qui fondent l'humanité légitime qu'ils soient aidés, comme tout un chacun, à réussir

leurs vies professionnelles et, par conséquent, leurs vies privées.

Or, l'un des problèmes majeurs qui entrave la prise en charge des soignants en difficulté est le déni des professionnels eux-mêmes (surtout des médecins). Ils ont du mal à demander de l'aide dans leurs activités ou même pour leur propre santé. Ce déni est partagé par la collectivité et les décideurs qui ont tendance à occulter le fait que la sérénité des soignants constitue l'un des critères fondamentaux de la qualité et de la sécurité des soins.

Depuis une quinzaine d'années, ce déni s'estompe tant les études sur l'épuisement professionnel des soignants se font multiples et inquiétantes et donnent lieu à la mise en place de dispositifs de soin spécifiques et à des déclarations d'intention institutionnelles plus ou moins affirmées. C'est ainsi qu'en décembre 2016, était promulguée par le Ministère de la Santé, la Stratégie Nationale pour la qualité de Vie au Travail (SNOVT)³ dont la devise était « Prendre soin de ceux qui nous soignent ». Elle est restée sans grand lendemain, cinq ans plus tard.

Lorsqu'est survenue le Covid-19, les besoins sanitaires se sont faits plus pressants, et la détresse et la fragilité potentielle des soignants plus flagrantes et plus inquiétantes. Cette crise sanitaire a eu un effet loupe (d'autant qu'elle se prolonge). Et se développent des promesses telles que celles du Ségur de la Santé, des dispositifs de soutien et toutes sortes d'enquête bienvenues mais pas toujours contributives.

Il est donc acté que les soignants sont aussi des humains et qu'ils ne sont pas « que » des outils pour ceux qu'ils soignent. Il est aussi acté que leur parole est nécessaire pour décrire et agir sur leur qualité de vie et mieux soigner leurs patients.

Le travail présenté ici s'inscrit dans ce contexte et cette dynamique. Il a le mérite de se placer sur le plan éthique et d'être de grande qualité méthodologique. Puisse-t-il s'enrichir et se prolonger tant il est vrai que, comme le montre Martin Buber⁴, le *Je* et le *Tu* sont intimement liés. Mon identité (*Je*) dépend, pour une très large part, de ma façon de me relationner aux autres (*Tu*). Réciproquement, le *Je* qui m'est adressé par la collectivité, à plus forte raison si je suis soignant, définit aussi en grande partie cette collectivité. On a les soignants que l'on mérite.

1 Eric GALAM. L'erreur médicale le burnout et le soignant. Paris Springer 2012

2 Galam E. Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale – EM consulte (em-consulte.com)

3 Une stratégie nationale pour « favoriser la qualité de vie au travail en établissements médico-sociaux » – Ministère des Solidarités et de la Santé (solidarites-sante.gouv.fr)

4 Martin Buber, *Je et Tu*, Aubier – Philosophie, 2012

6 Les professionnels face aux marques de reconnaissance et au mouvement d'héroïsation

«On utilise le narcissisme pour avoir ce qu'on veut, c'est le corbeau et le renard» (psychiatre libérale).

«Ils n'applaudissent pas le technicien ou l'administratif parce qu'ils ne se rendent pas compte qu'il y en a vraiment besoin et que, même nous, on allait au Covid» (technicien hospitalier, hôpital public).

Les propos rapportés dans le chapitre précédent témoignent du sentiment partagé parmi les personnes interrogées que leur travail n'est pas reconnu à sa juste valeur, qu'il est souvent méconnu, méprisé ou ignoré par le public, les pairs et les institutions. Ce sentiment majoritaire et répandu, comme le montre notre enquête, à tous les échelons et dans tous les métiers du soin et de l'accompagnement, semble *a priori* contraster avec les marques de reconnaissance et de soutien exprimées de toutes parts lors de la première vague : discours héroïsants des responsables politiques (et notamment du Président de la République), applaudissements, marques d'admiration au travers de *posts* sur les réseaux sociaux ou de banderoles sur les balcons des maisons et des immeubles, principalement destinés aux professionnels confrontés aux patients atteints de la Covid-19 (Atlani-Duault et al., 2020). Lors de nos entretiens, nous avons interrogé les professionnels sur ce que leur évoquaient ces marques diverses de reconnaissance et plus précisément leur héroïsation ou celle de leurs collègues. Au travers des réponses données à cette question, nous en apprenons davantage, tant sur les attentes des professionnels en matière de reconnaissance que sur l'écart éventuel entre ces dernières, d'une part, et les gestes ou attitudes de reconnaissance émanant (ou non) des institutions, du public ou de leurs pairs, de l'autre.

Les réactions des professionnels sont multiples. Certains, minoritaires (5 personnes), n'expriment pas de critiques à l'égard des discours et pratiques d'héroïsation dont eux-mêmes ou leurs collègues

ont fait l'objet ; ils semblent parfois la percevoir comme une récompense méritée. D'autres mettent en cause l'insincérité et l'opportunisme de l'héroïsation ; d'autres encore son caractère sélectif et inégal ; d'autres enfin ont pointé son caractère inapproprié ou disproportionné. Souvent, les personnes interrogées combinent les critiques de sorte qu'il est impossible de faire apparaître un discours majoritaire. Avant de détailler plus avant cette typologie, il convient d'insister sur les fortes émotions qu'a suscitées cette question chez les personnes interrogées. C'est souvent à ce moment de l'entretien que la colère, la tristesse, la fierté ou la gêne devenaient les plus perceptibles.

L'héroïsation appréciée

L'idée revient dans plusieurs entretiens que rien n'obligeait les soignants exerçant auprès de patients atteints de la Covid-19 à s'investir comme ils l'ont fait, ce qui leur vaudrait le statut symbolique de héros : «*Ce sont des héros franchement, oui, moi je leur tire mon chapeau... Oui vraiment c'est énorme le travail qui a été fait, cette mobilisation, ce soutien, sans compter les jours, les heures... Donc franchement ils le méritent. Alors les applaudissements le soir, moi,*

ça me met des émotions mais au plafond! (...) Ce sont des héros franchement» (cadre de santé, hôpital public). C'est, en effet, une caractéristique inhérente à ceux que l'on qualifie de héros que d'agir par-delà le devoir, de façon surrogatoire. Une auxiliaire de vie interrogée va plus loin en mettant en avant l'attitude sacrificielle, voire militaire, de certains professionnels en disant non seulement qu'ils ont «*fait plus que leur métier*» mais encore qu'«*ils auraient très bien pu dire "non, moi, j'ai des enfants, je suis désolé". Mais ils ont pas regardé, ils ont pas réfléchi, ils ont pas pensé.*»

Une autre personne interrogée, aide-soignante exerçant à l'hôpital public, semble toutefois hésiter sur le mot «héros»: «*Des héros, non. C'est des personnes qui ont fait leur métier, sans compter les heures. (...) On peut dire 'c'est des héros' dans le sens où ils ont fait des heures sans les compter et ils étaient face à... et on est toujours face à une pandémie où on ne sait pas où on va, on ne sait toujours pas. Mais moi, pour moi, en premier lieu, c'est resté des professionnels.*» Insistant, comme la cadre de santé précédemment citée, sur le fait que les soignants «n'ont pas compté leurs heures», cette personne hésite toutefois à les qualifier de héros en rappelant qu'ils ont «fait leur métier», ce qui semble témoigner d'une interrogation de fond sur les métiers du soin: ne seraient-ils pas par définition des métiers du surrogatoire exigeant de celles et ceux qui les exercent d'aller au-delà de ce qui leur est demandé?

Notons enfin que les trois professionnels cités ci-dessus ne s'incluent pas spontanément dans les «héros» et ne conçoivent ainsi aucune amertume à ne pas se sentir félicités ou héroïsés. Nous verrons ci-dessous que les discours critiques émanent soit de professionnels qui, confrontés au soin des personnes atteintes de la Covid-19, ont mal vécu l'héroïsation dont ils faisaient l'objet, soit de professionnels qui auraient jugé normal de l'être ou qui trouvent anormal de ne pas l'être alors même que d'autres le sont sans le mériter davantage. Le témoignage de ce bénévole en EHPAD, étudiant en école d'ingénieur, constitue néanmoins une exception, dans la mesure où il se sent légitimement récompensé par les applaudissements: «*Ah oui, je me sentais concerné. Complètement, oui, parce que je suis arrivé pile pendant la vague de décès et que vraiment, je passais mes journées à essayer de remonter le moral des personnes âgées qui n'allaient pas bien. Donc je me sentais concerné. Ça, il n'y a pas de doute.*» Ce point de vue peut s'expliquer par sa position extérieure à l'égard du secteur du soin et de l'accompagnement.

La critique d'une héroïsation opportuniste ou de circonstance

À l'inverse, l'héroïsation apparaît à certains comme un stratagème pour justifier une négligence collective: «*Ce truc de héros, c'était horrible à vivre. «C'est normal, allez crever à notre place». Cela justifiait qu'on n'ait pas de masque. Des soignants sont morts du Covid. Est-ce qu'ils étaient prêts à mourir en héros? Ce n'est pas parce qu'on travaille à l'hôpital qu'on veut mourir en héros*» (sage-femme, hôpital public). Le sentiment est répandu parmi les personnes interrogées d'avoir été placées dans une situation très difficile, provoquée par des décisions politiques ou institutionnelles qui ont abouti à un fort manque de moyens humains et matériels et à des conditions de travail dégradées, décisions auxquelles ils n'ont pris aucunement part. Théoriquement, les héros se portent volontaires pour affronter un danger extérieur que la communauté ne pouvait aucunement prévenir ni combattre. Or de nombreux professionnels se sont dits dans l'ensemble acculés et forcés de compenser par leur bonne volonté, et parfois à leurs corps défendant, les difficultés en partie dues à des déficits qu'ils pointent depuis longtemps: «*On a l'impression qu'on a été un peu abusé. C'est bien d'arriver en nous disant: 'c'est très bien, on vous remercie, vous êtes des héros.' Oui, mais c'est pas ce qu'on demande! On vous demande juste de ne pas derrière nous faire des coups bas*» (aide-soignante, hôpital public).

Plus encore, l'héroïsation aurait comme effet pervers de susciter chez les soignants un volontarisme irréflecti, de culpabiliser celles et ceux d'entre eux qui ne voudraient pas se mettre en danger ou encore de rendre impossible l'expression de souffrances, de peurs ou d'hésitations: «*Les héros ne demandent rien, n'ont pas peur, n'ont pas mal, n'ont pas le droit de souffrir. 'Soigne-moi et tais-toi'. Je trouve ça très dangereux. Du coup, les soignants ont toutes les peines du monde à s'autoriser à dire 'je souffre'*» (psychologue, hôpital public). Selon un psychologue libéral, l'héroïsation, comme tout phénomène d'idéalisation, précéderait d'une stratégie inconsciente de mise à distance de la réalité, et en particulier de celle, traumatisante, des services et établissements accueillant des patients atteints de Covid: «*Je crois que, dans l'héroïsation, il y a un petit peu ce côté: vous êtes vraiment merveilleux mais n'en parlez pas plus. Ça vise à écarter un peu la réalité*». Une psychologue en EHPAD semble voir à l'œuvre dans l'héroïsation, plus encore qu'une tentative de distraction, une démission: «*On nous applaudit mais à quel moment vous viendrez nous aider?*»

Ces réactions de défiance sont d'autant plus marquées que la crise du coronavirus fait suite au mouvement de l'automne 2019 au cours duquel des revalorisations salariales et des postes supplémentaires ont

été demandés, comme le souligne une réanimatrice (hôpital public): «*C'est presque un peu facile là, on a des primes parce que on s'occupe de patients Covid. Et en fait c'est écœurant parce que vu le nombre de primes qui vont être données, ça aurait pu être utilisé plus intelligemment pour des postes pérennes qu'on nous a refusés jusqu'à un mois avant cette infection. Nos infirmières, elles sont en grève depuis septembre quoi.*» Une infirmière libérale exprime la même idée de façon plus véhémement: «*C'est très gentil de leur part sauf que, quand il a fallu manifester, j'ai pas vu beaucoup de monde avec nous. On est scindé en deux: d'un côté, on a les applaudissements mais, d'un autre côté, on nous crache aussi dessus.*»

C'est plus généralement l'exceptionnalité de cette reconnaissance qui pose problème: «*Quelle gigantesque hypocrisie. Pourquoi vient-on me dire que je suis un héros du quotidien? Moi, je n'ai rien changé, je suis un professionnel qui travaille avec sa conscience. Je me lève tous les matins à 5h30, pas plus pendant la crise qu'avant ou après*» (réanimatrice, hôpital public). Or ce traitement d'exception est aussi limité dans le temps, de sorte qu'après la phase aiguë de la crise, certains professionnels sentent ou craignent que les habitudes reviennent au galop. Ainsi, une infirmière en réanimation raconte que «*le 13 mai, [elle a] applaudi, [elle a] discuté avec des voisins, et il y a une voix qui a dit «vous pouvez vous taire s'il vous plaît», concluant que «les applaudissements, ça dure jusqu'au 11 mai, et puis après c'est fini.*» Dans le même ordre d'idées, lors d'un entretien réalisé le 1er mai 2020, soit dans une période d'accalmie relative, une aide-soignante exerçant à l'hôpital public déclare: «*Moi, ça me donnait un peu la chair de poule [les applaudissements] et je me disais: est-ce que les gens ont enfin compris? Maintenant, je dis: ça y est, les gens, ils ont oublié. (...) Pour moi, ça a été de l'hypocrisie pure et simple: ils ont applaudi à ce moment-là et puis après, terminé.*»

La critique d'une héroïsation sélective et inégale

Une partie des critiques porte sur la distribution, jugée sélective ou inégale, des marques de reconnaissance en fonction des contextes, des lieux d'exercice et des professions. Ces critiques émanent aussi bien de celles et ceux qui regrettent de ne pas avoir été davantage reconnus, que d'autres professionnels, gênés ou mécontents d'avoir reçu des gratifications auxquelles d'autres auraient pu prétendre.

Un premier étonnement, mêlé d'un sentiment d'injustice, concerne la nette différence de traitement observée entre les soignants qui «sauvent des vies» et ceux qui accompagnent les fins de vie de patients atteints de la Covid-19: «*Je n'ai pas vu l'héroïsation*

du personnel des EHPAD», dit un psychologue libéral. La même idée est développée par une réanimatrice (hôpital public): «*Beaucoup de services accueillent les patients qu'on n'a pas accepté en réanimation, accompagnent ces malades, leur transmettent un peu d'humanité avant leur décès, se retrouvent en charge de ça du jour au lendemain alors que c'est pas forcément leur spécialité. Ça, je trouve que c'est effectivement héroïque et que ces services-là sont déconsidérés.*»

Par ailleurs, les «soignants non-Covid» se sont pour certains sentis lésés par rapport aux soignants Covid: «*Quand il y a eu tous ces dons, ça ne restait que sur les urgences et la réa.*» (aide-soignante, hôpital public). Une sage-femme exprime le sentiment que sa «souffrance» pendant cette période n'a pas retenu l'attention: «*Je pense que, dans l'inconscient collectif, la sage-femme n'a pas vu de Covid. Mais moi, j'ai eu des collègues qui ont été touchés par le Covid. On avait potentiellement un risque d'être contaminés. Il y a eu deux types de souffrance: la souffrance de se sentir un peu inutile sur le moment, et cette souffrance après de se dire: on l'a fait mais personne ne le saura jamais.*» Un cadre supérieur généralise le constat: «*Et les services non covid n'avaient pas de plateaux repas, et je pense que les... enfin c'est pas que je pense, je suis sûre que ça les a contrariés, si vous voulez, parce que: on est soignant, on est soignant quoi, que ce soit du Covid ou autre chose, on est soignant.*» Il est frappant que ce type de discours, en pointant une inégalité entre «soignants Covid» et «soignants non-Covid», semble justifier une autre inégalité, en l'occurrence entre soignants et non-soignants.

Or, certains professionnels interrogés, considérés comme non-soignants, ressentent fortement cette dichotomie soignant-non-soignant: «*J'étais dedans sans y être (...). Il y a une espèce de scission entre le personnel soignant et les autres: 'nous, on est directement avec le patient et toi, tu l'es pas'.*» (assistante médico-administrative, hôpital public). Cette représentation différenciée des mérites des uns et des autres était présente avant la crise selon cette assistante médico-administrative «*mais la crise l'a accentuée*»: «*On va voir que l'administratif, il est derrière son ordinateur, il est assis toute la journée, alors que le soignant, il est debout, il court toute la journée. Donc évidemment, quand on pense pénibilité au travail, les soignants vont être plus félicités que les administratifs, sauf qu'il y a des choses qu'on ne prend pas en compte. (...).*»

Ce sentiment d'injustice est plus marqué encore parmi celles et ceux des «non-soignants», qui se sont trouvés quotidiennement au contact de patients Covid-19: «*Dans les médias, on ne parle jamais de nous de toutes façons. Les applaudissements, je ne les ressentais pas pour moi. Alors que logiquement, il n'y avait pas de raison. Mais je me dis: les gens, ils applaudissent les médecins, les infirmières et les aide-soignantes. Ils n'applaudissent pas le technicien ou l'administratif parce qu'ils ne se rendent pas compte qu'il y en a vraiment besoin et que, même*

nous, on allait au Covid» (technicien hospitalier, hôpital public). Ce technicien hospitalier ne « ressentait pas les applaudissements pour lui ». Il en est de même de deux assistants sociaux que nous avons interrogés et d'une agente d'entretien exerçant en hôpital public, alors même que tous trois étaient exposés quotidiennement à de forts risques de contamination.

Face à cette reconnaissance publique des soignants directement confrontés à la Covid-19, deux personnes interrogées regrettent que d'autres professions fortement exposées au coronavirus ne bénéficient pas d'un même traitement : « Celui qui fait le ménage, celui qui travaille à la supérette du coin, il prend tout autant de risques, il faut arrêter » (psychiatre libérale). Une directrice d'EHPAD se dit « mal à l'aise » en entendant les applaudissements et se demande pourquoi on n'applaudit pas les éboueurs, les caissières par exemple ou encore les bénévoles qui ont, selon elle, « plus de mérites que les soignants ».

En somme, l'héroïsation tend à raviver le sentiment qu'il existe, au sein des professionnels du soin et de l'accompagnement, et au-delà, des hiérarchies arbitraires.

La critique ou l'embarras face à une héroïsation jugée inappropriée ou disproportionnée

Au contraire d'autres personnes interrogées qui insistent sur la dimension surrogatoire, voire sacrificielle du soin, quelques professionnels tiennent à rappeler que leur métier n'est qu'un métier : « Cette période m'a fait me rendre compte de choses importantes et que, finalement, je n'allais pas sacrifier ma famille et mes proches, donner toute mon énergie pour un métier. » (psychologue, EHPAD). Une idée analogue se trouve exprimée de façon plus véhémente par un infirmier exerçant à l'hôpital public : « Je ne suis pas moine. J'ai le droit de vivre moi aussi. Je suis un être humain bordel ! » (Infirmier, hôpital public). L'héroïsation entretient l'image du soignant dévoué qui en embarrasse certains : « c'est notre boulot quoi ! », dit une psychologue exerçant à l'hôpital public, à laquelle font écho une infirmière de réanimation (hôpital public) : « J'aimais pas trop les applaudissements. Je ne comprenais pas trop parce que, pour moi, on faisait que notre métier et ce qu'on faisait d'habitude » – et une aide-soignante exerçant en EHPAD : « Nous, on fait ce métier, ce n'est pas pour être un héros, on veut juste faire ça parce qu'on aime notre métier. »

Certains professionnels interrogés s'amusent par ailleurs de cette héroïsation en rappelant les forts taux d'absentéisme dans les services : « Applaudir les soignants, c'est aussi applaudir les 90% de déserteurs qu'on a eu nous hein [irises] » (cadre de santé,

EHPAD). Un bénévole en EHPAD dresse un constat similaire : « J'avais une idée des soignants un peu idéalisée (...) et, quand j'ai vu le taux d'absentéisme à la résidence, je me suis rendu compte qu'en fait, c'était juste un métier pour eux et qu'il n'y avait aucune vocation. Et donc après, applaudir à 20h, c'était assez marrant parce que, quand on était dans le truc, on voyait que la moitié des soignants posait des arrêts de travail. (...) Et donc ça, ça casse aussi un peu le mythe des soignants qui font leur travail avec abnégation et professionnalisme » (bénévole, EHPAD).

Enfin, un cadre supérieur exerçant à l'hôpital nous confie le sentiment de honte qu'il éprouve en entendant les applaudissements : « Le soir, quand les gens applaudissent, j'ai honte parce qu'on fait quand même pas grand-chose et je me sens pas forcément concerné par les applaudissements » (cadre supérieur de santé, hôpital).

Deux points attirent notre attention à l'issue de ce recueil des réactions à nos questions sur l'héroïsation. En premier lieu, celles-ci font apparaître un désaccord et une hésitation parmi les professionnels interrogés sur ce que sont les métiers du soin : certains assument que ces métiers exigent de celles et ceux qui les exercent qu'ils aillent au-delà de leurs obligations professionnelles, en puisant dans leur temps personnel, leurs affects, éventuellement leurs ressources corporelles ; d'autres tiennent à rappeler que leur métier n'est qu'un métier, ce qui implique certes des obligations, mais aussi des droits au respect de leur vie privée qu'ils n'entendent pas sacrifier (Bentué, 2020).

Toutefois – et c'est le second point que nous souhaitons soulever – ce désaccord s'exprime sur fond d'un consensus partagé par la majorité : les actes et marques de reconnaissance des institutions et du public à leur égard sont insuffisantes, inappropriées ou trop exceptionnelles pour être prises au sérieux et représenter pour eux une quelconque « récompense ». En somme, quand bien même le soin appellerait des actes surrogatoires, voire à certains moments un sens du sacrifice, les professionnels revendiquent d'être reconnus, ce qui suppose que leurs conditions de travail soient adaptées aux attentes et aux responsabilités qu'ils portent. Dans « la reconnaissance comme idéologie », le philosophe Axel Honneth tente précisément de distinguer les processus légitimes de reconnaissance de ceux qui, « au lieu d'exprimer effectivement une valeur, (...) veillent à assurer une disposition motivationnelle afin que s'effectuent sans résistance les devoirs et les tâches attendus » (p. 260, 2006). Axel Honneth cible les processus de subjectivation par lesquels des individus sont contraints ou incités à devenir, selon les cas, de « bons travailleurs », de « bons citoyens », de « bonnes servantes », pour se conformer aux tâches attendues. Or, c'est très précisément ce que mettent en cause les critiques, fort répandues, de l'héroïsation. Pour autant, Axel Honneth se distancie de la thèse, défendue par Louis Althusser notamment, suivant laquelle toute reconnaissance reviendrait à une forme d'assujettissement.

À condition d'être réalisés pour eux-mêmes – et non pour des fins autres –, à condition d'une adéquation entre les paroles et les gestes, les actes de reconnaissance ont un effet libérateur sur les personnes ainsi reconnues.

POINTS CLÉS

- Même si certains les approuvent, la plupart des professionnels se montrent sceptiques, embarrassés, irrités ou en colère à l'égard des marques de reconnaissance qu'ils reçoivent et, singulièrement, du mouvement d'héroïsation dont ils font l'objet.
- Une minorité approuvent ces manifestations de reconnaissance ; en général ces professionnels ne s'en considèrent pas comme les objets tout en appréciant que leurs collègues soient reconnus.
- Trois critiques de l'héroïsation sont identifiables : son caractère opportuniste, son caractère sélectif et inégal, son caractère inapproprié ou disproportionné.
- Une divergence éthique semble apparaître, parmi les professionnels, entre celles et ceux qui revendiquent la dimension surrogatoire, voire sacrificielle des activités de soin et d'accompagnement, et d'autres qui entendent faire respecter leur droit à une vie privée au même titre que d'autres professions.

→ VALÉRIE GATEAU, DOCTEUR EN PHILOSOPHIE, FORMATRICE EN ÉTHIQUE MÉDICALE ET BIOÉTHIQUE, CHERCHEUR ASSOCIÉ À LA CHAIRE DE PHILOSOPHIE DE L'HÔPITAL DU GHU PARIS, PSYCHIATRIE ET NEUROSCIENCES

Le rapport «*Pendant la pandémie et après. Vécus et analyses de professionnels. Une enquête pour réfléchir sur le soin et l'accompagnement*» présente l'intérêt majeur de donner la parole aux soignants et de faire place à leurs vécus pour penser les enjeux éthiques et relationnels du soin, au bénéfice des soignants comme des patients. Il présente aussi l'originalité de proposer une approche de ces questions par la philosophie et l'éthique (Recommandations 1), comme nous avons pu le faire par ailleurs (Gateau, Fleury, 2020).

L'enquête confirme l'intérêt de l'approche de la souffrance des soignants et accompagnants par l'éthique, parce qu'elle confirme qu'ils s'en saisissent eux-mêmes comme d'une ressource pour limiter la souffrance, le malaise ou l'inquiétude éthique. Cette proximité du soin et de l'éthique n'est pas surprenante. Le soin se fonde sur un engagement moral et génère de nombreux conflits de valeurs. Soigner confronte parfois au tragique, et inscrit les professionnels dans un «*quotidien où l'on parle beaucoup de souffrance et où l'on souffre aussi parfois soi-même*» (Hurst 2001). Cela engendre des questionnements complexes auxquels, précisément, l'éthique tente d'apporter des réponses (Hurst, 2001).

L'appétence des soignants et accompagnants pour l'éthique est d'autant plus importante que l'éthique permet d'exprimer et de discuter collectivement les expériences douloureuses, alors même que la souffrance génère le plus souvent des défenses psychiques qui «*orientent les façons de penser et d'agir en sorte d'éviter (...) la perception de ce qui fait souffrir*» (Molinier P., 2010). Il est donc fréquent que les personnes qui souffrent au travail s'en défendent par différents moyens (dénî, occultation, évitement etc.) qui compliquent la prise de conscience de la souffrance et son expression (Molinier, 2010). C'est particulièrement vrai dans les métiers soignants, où la difficulté à admettre sa souffrance est majorée (Gateau, Fleury, 2020), et où la souffrance est encore souvent considérée comme une faiblesse individuelle, ce dont témoigne une participante de l'enquête (voir p. 14).

Or l'éthique, et notamment les éthiques du care, rappellent que l'expérience de la souffrance n'est pas le fait d'une faiblesse individuelle, mais qu'elle fait partie de la condition humaine. Nous sommes tous vulnérables face à la souffrance, et tous susceptibles d'avoir à la traverser. La vulnérabilité constitue en fait «*une modalité irréductible de notre rapport au monde*» (Garrau M., Le Goff A., 2010). Les approches philosophiques qui rappellent l'universel et le commun du souffrir peuvent alors faciliter l'expression d'une parole autrement difficile à exprimer. En effet, «*parler de ses difficultés, de ce (...) qui embarrasse, qui gêne et dont on a honte, ne se fait pas spontanément*» (Edrei B., 2017). Des espaces éthiques de mise en récit collective des difficultés vécues par les soignants peuvent de ce fait – comme le suggère le rapport *Pendant la pandémie et après* dans ses Recommandations 1 – offrir des outils de résilience et de prévention, avant que le malaise éthique soit décompensé en souffrance. Les ateliers collectifs d'écriture sur le burn-out des soignants que nous organisons à la Chaire de philosophie à l'hôpital offrent d'ailleurs des dispositifs philosophiques de ce type. Bien sûr, ces dispositifs nécessitent que les conditions de la parole collective (indépendance vis-à-vis de la direction, respect de la confidentialité) et la qualité de l'écoute (écoute compréhensive, non jugement) soit garanties. Mais à ces conditions, la philosophie offre une approche collective, complémentaire des approches individuelles – nécessaires – de la souffrance au travail.

En effet, le risque des approches individuelles seules est de psychologiser le travail, en individualisant les difficultés. Le psychologue peut alors être conduit à interroger les incapacités individuelles, «*plutôt que remettre en question l'organisation collective de l'activité*» (Souffrance et Travail, 2021). C'est pourquoi le rapport *Pendant la pandémie et après* a raison d'insister sur le fait que la souffrance et le malaise éthique doivent questionner les organisations du travail soignant. Interroger ces organisations, cela signifie penser le travail avec les professionnels, à partir de leurs expériences, pour penser les conditions et organisations du travail qui leur permettent d'assurer un soin «bon». Cela suppose en effet (Recommandations 1) d'ouvrir des espaces de dialogue dans lesquels chacun contribue, depuis sa perspective, et au fil de désaccords normaux, à des solutions nouvelles (Clot Y., 2019).

Si l'éthique est tout à fait légitime pour penser et dépasser les désaccords, l'approche philosophique de ces questions doit aussi nourrir une réflexion plus générale sur la souffrance des soignants et les

conditions de la mobilisation de leur parole. En effet, s'ils sont consultés sans que leur parole contribue à des changements réels, le risque est que cela affecte leur santé. Comme le rappelle Yves Clot, « être consulté sans pouvoir influencer sur les décisions est (...) pire que tout » (Clot, 2019) ; cela expose à un sentiment de futilité particulièrement douloureux.

C'est pourquoi il nous semble fondamental que la parole des soignants contribue aussi au débat démocratique sur l'organisation du système de santé, afin « d'entendre tous les groupes sociaux ou professionnels concernés et, en fin de compte, de donner une réalité aux mots de démocratie sanitaire » (Tabuteau, 2008). Cela permettrait aussi de revenir au travail vivant, en redonnant aux soignants et accompagnants « la certitude confiante de pouvoir faire » (Ricoeur, P, 1994)

RÉFÉRENCES

- CLOT Y. Prendre ses responsabilités ? De la santé au droit, *Sociologie du travail* 2019 ; 61, n°2 : en ligne <https://journals.openedition.org/sdt/17345>
- EDREI B., 2017. « Demande et écoute risquées comme conditions de l'enquête et de l'action en psychodynamique du travail », *Travailler*, vol. 38, no. 2, pp. 223-238.
- FISCHER B. & TRONTO J. « Towards a Feminist Theory of Care », dans : *Circles of Care*: *Work and Identity in Women's Lives*. Abel E. Nelson M. (dir.), New York: State University of New York Press, 1991, p. 40.
- GATEAU V., FLEURY C., 2020. Pour une clinique philosophique du burn-out des professionnels de santé (En ligne) <https://chaire-philofr/wp-content/uploads/2020/11/BurnOutProfsante-WEB.pdf>
- GARRAU, M., LE GOFF, A., 2010. *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care*, Paris, PUF.
- HURST, S. « Quand la médecine se pratique « la mort dans l'âme ». La souffrance des soignants face au dilemme moral », *InfoKara*, vol. 16, no. 4, 2001, pp. 27-31.
- MOLINIER, P. 2010. « Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 10, no. 2, pp. 99-110.
- RICOEUR, P., 1994, « Le concept de responsabilité. Essai d'analyse sémantique », *Esprit*, n° 206, p. 28-48.
- SITE SOUFFRANCE ET TRAVAIL, (27/04/2020) « Nous ne pouvons pas soigner les soignants du sacrifice individuel qui leur est constamment réclamé » (En ligne) <https://www.souffrance-et-travail.com/magazine/dossiers/stress-travail-et-sante/nous-ne-pouvons-pas-soigner-les-soignants-du-sacrifice-individuel-qui-leur-est-constamment-reclame/>
- TABUTEAU D., 2008. La décision en santé, *Santé publique* 2008, volume 20, n° 4, pp. 297-31

7 S'adapter et faire face aux changements : une diversité de postures et de pratiques

«Il fallait tout de suite faire preuve d'innovation dans les pratiques pour s'adapter à la situation, pour ne pas perdre le sens de son travail et maintenir sa place et son utilité» (assistante, prévention).

«Je prends sur moi. Je me dis : il faut me relaxer et puis, de toutes façons, ça va passer, c'est un mauvais moment à passer. Que voulez-vous que je fasse d'autre?» (auxiliaire de vie).

«J'ai tout donné et je n'arrive pas à repartir» (assistante sociale).

Dans ce chapitre, nous nous sommes attachés à identifier les diverses postures qu'ont adoptées les professionnels interrogés pour s'adapter aux nombreux changements induits par l'irruption de la pandémie dans leur quotidien. Par «posture», nous entendons aussi bien la mise en place de stratégies permettant de faire face aux situations difficiles que le fait d'interpréter et de mettre en récit ces situations. Ces différences de postures contribuent souvent aux incompréhensions, tensions et conflits que nous avons précédemment mentionnés (cf. p. 26-28) et qui existent à la fois entre corps de métiers et entre pairs. Notre objectif est ainsi de proposer une grille de lecture qui rende visibles ces différences de postures et soit susceptible de dépassionner et d'apaiser les relations entre professionnels. Nous ne pouvons en effet établir de hiérarchie entre ces postures : chacun fait comme il peut suivant les ressources psychiques dont il dispose au moment *t*, le statut qui est le sien, les situations qu'il rencontre. Du reste, un même professionnel peut, selon les circonstances, adopter successivement ou simultanément plusieurs postures.

Au total, nous avons distingué quatre postures d'adaptation¹ : (1) composer ; (2) transformer ; (3) supporter ; (4) se retirer.

1. Composer

Cette première posture d'adaptation consiste, face aux difficultés qui se présentent, à agir sur la situation – en faisant preuve d'agilité, d'inventivité, de souplesse face à la règle ou encore d'esprit de conciliation – pour aboutir à un arrangement ou un compromis, œuvrant *in fine* à la préservation ou au rétablissement d'un certain équilibre.

Ce pragmatisme peut notamment se traduire par une célérité à proposer des solutions innovantes : «Il fallait tout de suite faire preuve d'innovation dans les pratiques pour s'adapter à la situation, pour ne pas perdre le sens de son travail et maintenir sa place et son utilité» (assistante, prévention). Ainsi, par exemple, certains se sont «réorganisés pour assurer le suivi de la file active par des visios ou des consultations téléphoniques» (psychologue, CMP). Au niveau des opérateurs du Samu, pour faire face à la flambée des appels qui «sont passés de 1000 à 6500 par jour», «il a fallu trouver des solutions, pour trouver des gens capables de répondre au téléphone» (cadre supérieur, hôpital). En matière de logistique, une cadre de santé en EHPAD déclare avoir été confrontée à une situation totalement inédite pour elle en quarante années de carrière :

«*C'était de la gestion de stock sans stock, enfin sans approvisionnement*». Pour gérer tant bien que mal cette situation, elle insiste sur «*l'obligation de se réinventer à chaque fois, d'appeler tous les prestataires, et de faire preuve de beaucoup d'imagination et de créativité pour trouver les circuits pour pouvoir se fournir en matériels*». En somme et plus largement, s'agissant de cette capacité à «se débrouiller» et à anticiper les difficultés, les établissements et services ne dressaient pas tous le même bilan à l'issue de la première vague. Ainsi, un médecin hospitalier déclare : «*Tout le monde dit qu'on a un coup d'avance. Je ne sais pas si c'est vrai mais, en tout cas, on a toujours essayé d'anticiper, de réfléchir, mais d'une manière pragmatique, je dirais. Et je pense que ça nous a aidé parce qu'en fait, on n'a jamais été sous la vague*» (médecin, médecine interne).

Composer avec la situation peut aussi se manifester par une certaine forme de désobéissance aux recommandations ou aux ordres à un moment donné. Certains professionnels ont ainsi pu décider, occasionnellement, de transgresser la «doctrine» ou, du moins, de déroger à la règle afin de rester en accord avec leurs principes. S'agissant par exemple des mesures de restriction des visites dans les établissements, une infirmière en réanimation raconte : «*On avait limité à deux les visites et j'ai des collègues qui rentraient dans le strict deux. Mais un patient qui est en fin de vie, s'il a sa femme et ses deux filles qui sont là, je ne vais pas dire : c'est deux, il y en a une qui ne rentrera pas. Je fais rentrer les trois parce que je passe au-delà de la règle par rapport à ma conscience.*» Cette infirmière estime s'autoriser cette marge de manœuvre en raison de son ancienneté et elle dit comprendre la réticence potentielle de certains professionnels moins expérimentés à adopter la même attitude : «*Je me sens prête à me confronter à ma hiérarchie si jamais ils ne sont pas d'accord, mais les gens qui viennent en renfort ou les étudiants, c'est normal qu'ils n'arrivent pas forcément à franchir ce cap-là.*» Afin de rester «en phase avec [ses] valeurs», une cadre de santé en EHPAD déclare avoir commis, elle aussi, quelques entorses au règlement : «*J'ai été confrontée à des familles qui ont sonné à ma porte, alors que je n'avais pas le droit de les faire rentrer pour pouvoir voir le cercueil partir ! Et ma consigne à moi, c'était : ils ne rentrent pas dans l'EHPAD. On fait quoi là, entre l'humain et... Alors, ils sont rentrés hein.*» De même, un responsable de la politique des soins et de l'accompagnement décrit une attitude de résistance individuelle face aux incohérences et aux revirements des recommandations officielles : «*D'un coup, on se retrouvait avec des doctrines qui nous disaient : bah si vous n'avez pas de surblouse, c'est pas très grave, vous n'en avez plus besoin. Alors là, j'ai tenu bon. J'ai été un peu à l'encontre de la doctrine nationale, j'ai fait passer le message au niveau du codir et on est resté droit dans nos bottes : oui, les EPI, on en a besoin et il faut qu'on trouve des solutions qui soient cohérentes.*» Cette résistance est également mani-

festé dans ce témoignage d'une infirmière en santé au travail qui n'a pas hésité à aller à l'encontre des ordres de sa hiérarchie : «*Un beau jour, on nous a dit : vous avez un tracking à faire sur les salariés qui ont le Covid. Dans le tableau à remplir, ils voulaient tout un tas de choses. Quand on a rentré les premières personnes, on nous a dit : mais dans les commentaires, il n'y a pas de détails. J'ai dit : tu n'auras pas de détails, tu as beau me donner l'ordre, je ne noterai pas. Je suis au secret médical.*» Pour résumer, ces actes de désobéissance se situent globalement du côté de l'objection de conscience mais ne semblent pas s'inscrire dans un mouvement collectif de révolte ou d'insurrection. Ils n'ont pas a priori pour objectif un changement ou un renversement du cadre réglementaire (du moins dans l'immédiat) ; il s'agit plutôt, pour ces professionnels, de s'autoriser une interprétation souple de la règle, voire de la contourner, afin d'accorder leurs actes à leurs principes.

Enfin, composer avec les difficultés peut aussi prendre la forme de la négociation avec les différentes parties prenantes. Cette attitude est portée par la conviction que, malgré l'existence de divergences entre les personnes et de contraintes de tout type, la discussion et le dialogue restent possibles et permettent le plus souvent d'aboutir à un compromis voire, dans l'idéal, à un consensus. Les propos de cette cadre hospitalière illustrent parfaitement cet esprit de conciliation : «*Il y a un moment donné où on est limité donc, à ce moment-là, c'est vrai qu'on peut considérer qu'on est contraint. On est contraint par le budget, on est contraint par des décisions administratives ou des directions qui font qu'on n'a pas forcément ce qu'on veut. Mais après, franchement, quand on discute avec les directions et qu'on leur met des choses extrêmement concrètes et avec des propositions derrière, on y arrive, on y arrive. Donc moi, je considère qu'on me laisse faire mon boulot et que ça fonctionne quand même pas mal. Ça fonctionne quand même pas mal. Je serai quand même plutôt positive au jour d'aujourd'hui.*» Cette démarche de négociation se retrouve également dans différentes fonctions de représentation, comme l'explique une aide-soignante en Unité de soins continus qui exerce en parallèle les responsabilités de délégué du personnel. Ces dernières consistent à «voir les revendications du personnel, aller au devant d'eux pour savoir quelles sont leurs attentes, essayer de négocier au mieux avec la direction, de leur présenter les attentes du personnel, être là en cas de conflit avec la direction.» Un travailleur social en centre d'hébergement nous expose lui aussi ses missions en tant que représentant syndical : «*Mon rôle, c'était aussi un peu d'être un soutien pendant cette période-là. J'ai fait des réunions avec la direction, notamment avec la commission santé et sécurité au travail, pour voir ce qui pourrait être mis en place, pour pouvoir remonter des problématiques.*» Enfin, cette recherche de solutions par la négociation peut être facilitée par l'entremise d'un collègue professionnel : «*Je suis représentante du collège des psychologues dans mon hôpital.*

(...) *Comme on est souvent un objet mystérieux à l'hôpital, cela se fait pas mal dans la corporation des psychologues de s'unir en collègue, c'est-à-dire dans une instance un peu mixte, qui n'a pas vraiment de reconnaissance officielle mais qui existe et qui permet aussi de faire corps un petit peu dans le dialogue avec l'institution*» (psychologue en unité mobile de soins palliatifs).

2. Transformer

Cette deuxième posture d'adaptation consiste, face aux difficultés qui se présentent, à agir sur la situation – par l'indignation ou la critique, par la mobilisation pour faire valoir ses droits, ou encore par l'entrée dans un rapport de force – pour aboutir à une transformation radicale du cadre, impliquant *de facto* une phase de rupture ou de déséquilibre.

Critiquer la gestion de la crise sanitaire par les membres du gouvernement ou encore dénoncer des injustices sont autant de manières, pour ces professionnels, de signifier que beaucoup de situations difficiles ou violentes auraient pu (ou pourraient), selon eux, être évitées : *«J'ai deux collègues qui sont morts. Si des choses avaient été faites, ils ne seraient peut-être pas morts. J'en veux vraiment au gouvernement qui ne nous entend toujours pas, la direction qui ne nous entend toujours pas. (...) Il faut vraiment que le gouvernement ouvre ses oreilles. Il y a un ras-le-bol, ça va partir en vrille.»* (infirmière en libéral) ; *«Lorsque j'ai appris l'hécatombe dans cet EHPAD, je vous assure que... et des gens que je connaissais hein. Ça fait froid dans le dos. Pourquoi autant de morts ? Qu'est-ce qui n'a pas été fait ? Je pense qu'il y a des choses qui n'ont pas été faites, hein, je suis désolée. Pour protéger les personnes âgées, il y a des choses qui n'ont pas été faites. Ils ont laissé mourir les gens comme ça. J'ai trouvé que c'était inhumain»* (auxiliaire de vie). Les deux derniers extraits d'entretiens expriment bien l'indignation ressentie face aux décès particulièrement tragiques, considérés comme potentiellement évitables, survenus lors de la première vague. Ces professionnels indignés ou révoltés par la situation sont souvent prompts à désigner des coupables ou des responsables, qu'il s'agisse des décideurs publics, comme exprimé plus haut, ou bien de leurs supérieurs hiérarchiques : *«Si le mode de management ne prend pas soin de moi, comment voulez-vous que je puisse prendre soin des autres ?»* (infirmier hospitalier).

Lorsqu'un professionnel considère que la situation est dysfonctionnelle et qu'aucune négociation n'est possible, ce constat peut le conduire à faire valoir ses droits, comme le relate cette aide-soignante :

«Une de mes collègues a fait son droit de retrait parce qu'il n'y avait pas de masques. Il y avait plusieurs patients Covid dans le service. Elle dit : non, moi, j'ai un petit garçon de 18 mois... Ils l'ont mise à pied. Mais on a dit : non, non, elle a tout à fait son droit ! Bon après, ils sont revenus sur leur décision parce qu'ils savaient bien qu'ils n'allaient pas avoir gain de cause» (aide-soignante, hôpital public). Une assistante sociale dans un centre d'accueil pour femmes explique que si, initialement, elle ne s'est pas posée de questions et a accepté une situation pourtant intenable en se disant *«il faut le faire»*, elle a réalisé rétrospectivement que les choses auraient pu se passer autrement. Elle affirme : *«On a eu une charge mentale en plus qu'on aurait pu ne pas avoir.»* Cette prise de conscience d'une responsabilité collective derrière ce qu'elle percevait comme une fatalité a contribué à modifier son rapport au travail : *«Cela a aussi renforcé mes convictions dans... Nous, travailleurs sociaux, on ne se mobilise pas assez pour nos droits, pour notre légitimité professionnelle, pour être mieux reconnu dans nos métiers. Donc cela a plutôt renforcé ça, d'être un peu plus militant.»* Contrairement à l'esprit de négociation et de compromis, mentionné dans la section précédente, qui vise à préserver un certain équilibre, se mobiliser pour faire valoir ses droits va souvent de pair avec l'idée que la situation n'est pas tenable et qu'une rupture devrait s'imposer.

Enfin, transformer le cadre peut aussi se manifester par l'entrée dans un rapport de force ou la provocation d'un conflit, comme l'exprime cette cadre de santé : *«Donc il a fallu que je gueule pour qu'on ait du matériel qui puisse fonctionner. (...) C'étaient des directeurs qui sont dans leur bureau (...) et qui ne sont absolument pas sur le terrain (...) Donc là, il a fallu aussi que je tape du poing sur la table.»* Cette professionnelle a estimé que la négociation n'était pas possible et qu'il fallait en passer par la confrontation. Une autre façon, pour les professionnels, d'imposer un rapport de force et de lutter collectivement, d'organiser peut-être une manifestation publique pour dénoncer la dégradation de leurs conditions de travail ou de lancer un appel à la grève, comme cela a pu se voir en août 2021 pour s'opposer à la vaccination obligatoire des soignants. A l'extrême, cette modalité d'adaptation peut aller jusqu'à des actes de violence de type insurrectionnel (actes toutefois non mentionnés dans notre corpus d'entretiens).

3. Supporter

Cette troisième posture d'adaptation consiste, face aux difficultés qui se présentent, à agir sur soi-même – en puisant dans ses ressources, en « tirant sur la corde », en se montrant perfectionniste, voire obstiné – pour tenter de conserver un équilibre, souvent instable.

Les professionnels sont nombreux à s'accommoder tant bien que mal des difficultés qui se présentent à eux, notamment en acceptant d'effectuer encore plus d'heures que d'habitude et en puisant, pour cela, dans leurs ressources physiques et émotionnelles : « J'ai peur, je suis fatigué » (agente d'entretien) ; « Se faire presser le citron. » (infirmier, hôpital public) ; « Moi, j'ai l'impression, des fois, qu'une semaine c'était un mois. Tous les soirs, je rentrais courbaturée, épuisée comme jamais » (médecin, médecine interne) ; « Les deux, trois premières semaines, j'ai sacrifié mon jour de repos et mon jour de recherche assez rapidement » (psychologue, équipe mobile de soins palliatifs). Les professionnels qui adoptent cette posture invoquent souvent la nécessité de bien faire leur travail : « Pendant le pic, on a vécu des choses affreuses mais, au moins, la souffrance était légitime et on souffrait pour des bonnes choses. En revenant à la maison, on se disait : je souffre mais au moins j'ai fait les choses bien, je l'ai accompagné » (infirmier, hôpital public). Il semble préférable à cet infirmier de « prendre sur soi » pendant un temps pour *in fine* pouvoir éprouver l'agréable satisfaction du devoir accompli. Prendre sur soi est aussi une façon de s'adapter face à une tension éthique ou face à un autre en souffrance : « Certains attendent votre passage avec impatience, mais nous n'avons pas le droit de les toucher, et ils ne comprennent pas. Le monsieur de chez qui je viens, il voulait à tout prix me toucher la main. Ce n'est pas facile de leur dire que nous n'avons pas le droit. Surtout moi qui travaille avec des personnes qui ont des troubles cognitifs. Quand vous arrivez avec un masque, ils ne regardent que vos yeux, j'imagine donc ce qu'ils doivent ressentir » (assistante gérontologue) ; « Lorsque je les entends parler, je prends toute leur souffrance. Comment vous expliquer ça ? Leur souffrance, c'est ma souffrance en même temps. (...) Je prends sur moi. Je me dis : il faut me relaxer et puis, de toutes façons, ça va passer, c'est un mauvais moment à passer. Que voulez-vous que je fasse d'autre ? » (auxiliaire de vie). Il y a, dans ce positionnement, l'idée que, quoi que l'on fasse (quelles que soient les conditions de travail, etc.), il subsistera toujours une tension ou une inquiétude éthique, de manière irréductible, au cœur des pratiques du soin et de l'accompagnement (Holcman, 2018). Pour supporter ces difficultés, les professionnels étaient nombreux à solliciter l'écoute et le soutien de certains

membres de leur entourage amical, familial ou professionnel : « J'ai une amie qui est infirmière avec qui, pour le coup, on échangeait beaucoup et on avait les mêmes ressentis en fait » (assistante sociale).

Adopter cette posture d'adaptation, c'est aussi parfois flirter avec ses limites, s'investir de façon excessive, dans une attitude relevant du défi, voire de la prise de risque, comme l'exprime lucidement cette cadre de santé : « Je me suis proposée parce que j'aime beaucoup les défis, donc je fonctionne un peu comme ça. (...) Je suis quelqu'un qui donne l'impression d'assurer. Alors donc j'ai assuré. Ça c'est sûr. Mais à quel prix ? [pleurs] Aujourd'hui, je me rends compte de ça. (...) Et donc s'adapter, s'adapter, s'adapter. Certes, je suis adaptable, mais c'est quand même une difficulté. » Et, lorsque nous lui demandons si elle serait prête à renouveler l'expérience, elle répond : « Oui, je le referai. Alors on est peut-être un peu kamikaze ou maso, je ne sais pas [rires] » Flirter avec ses limites peut aussi se manifester par un perfectionnisme extrême, pour contrer sa crainte de nuire à autrui : « Elle [une infirmière] me dit : 'mais moi, madame, le soir, quand je rentre, je rentre par la fenêtre de la salle de bain !' Pour se déshabiller, prendre sa douche et ne pas engendrer de risques chez ses quatre enfants et son conjoint. Donc ça va très loin » (cadre de santé). Ce fantasme de la perfection (ne nuire à personne, sauver tout le monde) risque bien souvent de se retourner contre les professionnels eux-mêmes : « [La cadre] est partie dans un état d'esprit de 'si on fait bien notre boulot, le virus n'entrera pas dans la résidence et il n'y aura jamais de problème'. C'était complètement l'état d'esprit inverse du mien. Moi, je me suis dit : 'de toute façon, le virus, il va rentrer'. (...) Pour moi, c'était évident que le virus allait rentrer et les soignants pensaient vraiment qu'ils allaient pouvoir sauver tout le monde. (...) Je pense qu'il y a aussi cette multiplication des décès qui a fait travailler l'imagination ; ils ont fini par imaginer que tous les résidents allaient mourir, et là ils sont passés d'une idée de 'sauver tout le monde' à 'tout le monde va mourir' » (étudiant en école d'ingénieur, bénévole en EHPAD pendant la première vague). Cette quête de perfection peut aussi se traduire par une volonté, teintée d'une certaine forme de toute-puissance, de remplir l'ensemble des rôles en même temps : « Et elle [la directrice], elle avait ce truc de 'je veux montrer (...) que j'ai géré ce centre, j'ai tout fait, et j'ai fait la femme de ménage, l'infirmière machin...' Ce truc de super héros en fait » (assistante sociale). Plus globalement, on retrouve assez fréquemment, chez les professionnels, le besoin de (se) prouver qu'ils peuvent s'en sortir seuls : « Elle [la directrice] dit : heureusement que j'ai été là. Et elle ne comprend pas pourquoi nous, on lui dit : mais non, en fait, c'est pas comme ça qu'il fallait faire » (assistante sociale). Ce qui va de pair avec une difficulté à demander de l'aide ou à déléguer des tâches, comme l'exprime cette bénévole en EHPAD : « J'ai dû insister pour qu'éventuellement, elle me trouve un rôle. Enfin, je veux dire par là que, d'abord, il y a le fait que les gens [les soignants] n'osent pas

demander. (...) Il y avait des gens qui voulaient aider et qui ne savaient pas comment s'y prendre». Un des principaux écueils de ce positionnement est d'aboutir, précisément lorsque le professionnel ne parvient plus à s'adapter, à un syndrome d'épuisement professionnel ou *burn-out*.

4. Se retirer

Cette quatrième et dernière posture d'adaptation consiste, en raison d'une « impuissance à dire et à faire », à se retirer de la situation – en se mettant en arrêt maladie, en changeant de poste, voire de métier, en commettant un passage à l'acte, en s'abritant derrière les recommandations – pour cesser de souffrir et/ou retrouver un nouvel équilibre.

Au décours de la première vague, les professionnels sont nombreux à avoir perdu, momentanément ou durablement, leur équilibre professionnel, voire le sens de leur vocation ou de leur métier : *« La souffrance était par rapport à la période et par rapport à quelque chose de plus général en fait. Des choses de l'ordre professionnel, sur le sens de mon travail, sur mes compétences. (...) Un moment de rejet, de vraie remise en question du travail de psychologue, mais aussi de moi en tant que psychologue, avec beaucoup de dévalorisation. (...) Je me sens plus en capacité de faire mon travail. Faut-il que je change de secteur ? ou bien que je change de métier ? (...) Mon métier, c'est pas du concret vraiment (...) on est dans des choses humaines, relationnelles, qui ne peuvent pas forcément s'expliquer ou se standardiser (...) en période de crise, il y a quelque chose de l'ordre de l'action et du 'faire' »* (psychologue en EHPAD). En termes de bouleversement du rapport au travail, les plus impactés ont sans nul doute été les étudiants et les jeunes diplômés : *« Je me compare à des petites jeunes diplômées qui elles, effectivement, ont été dépassées. Moi, ça m'a pas beaucoup changé en fin de compte, dans le sens où j'avais l'habitude »* (aide-soignante, hôpital public) ; *« Elles [élèves infirmières] sont arrivées pour aider et, très clairement, elles ont eu l'impression d'être laissées à l'abandon, d'être maltraitées, d'être prises pour des larbins. (...) Ce qui donne de la souffrance, c'est quand quelqu'un ne sait pas ce qu'on attend de lui. Il y a une grande souffrance parce qu'on ne sait pas ce qu'on doit faire »* (psychologue).

Nous proposons de réserver le terme de « souffrance » à l'expérience de la perte de sens et de l'« impuissance à dire et à faire » (Ricoeur, 1992). Le professionnel se sent dans une impasse, sans possibilité d'action et sans ressources. Il n'a alors pas d'autre choix que de se retirer de la situation. Ce qui pourra à minima se traduire par un arrêt maladie, le temps

de prendre du recul, de se ressourcer et, au mieux, de retrouver le sens de son métier. Le professionnel pourra aussi décider de changer de poste ou de mode d'exercice, voire de métier, en espérant ainsi renouer avec un rapport plus équilibré à son travail : *« Je change de poste d'ailleurs parce que vraiment j'ai ce sentiment de vide [après le déconfinement]. J'ai tout donné et je n'arrive pas à repartir. J'ai eu une proposition autre qui m'allait très bien. C'est tombé au bon moment parce que j'arrivais plus à repartir dans mes missions quoi. »* (assistante sociale) ; *« Je n'en pouvais plus, je ne voulais pas être un mauvais soignant donc j'ai préféré partir de l'hôpital »* (infirmière en libéral) ; *« Moi j'ai quitté l'hôpital, ça fait plus de 20 ans (...) pour me sauvegarder, c'est aussi pour ça que j'ai travaillé en SSIAD : pour partir, travailler au domicile. Et là honnêtement mes conditions de travail, bon voilà il y a du boulot mais ça va, ça reste honnête. »* (infirmier en SSIAD) ; *« Ma fille, elle travaille en dialyse, elle veut laisser tomber le métier. Elle dit : je peux plus, je n'y arrive pas. J'essaie d'en discuter avec elle mais elle en dit pas plus. Elle dit : je peux pas. (...) Moi, je trouve dommage quand je vois une grande partie des petites jeunes diplômées qui disent : non, je reste pas dans cette voie. Parce qu'elles sont tombées dans une très mauvaise période »* (aide-soignante, hôpital public). Ces exemples sont loin d'être des cas isolés puisque les hôpitaux publics ont fait face, ces derniers mois, à une désaffection sans précédent de leurs professionnels de santé, en particulier de leurs infirmières et infirmiers².

Le retrait ou la fuite de la situation peut aussi passer par une consommation excessive de drogues ou de médicaments, voire, à l'extrême, se traduire par un passage à l'acte suicidaire – qui se trouve parfois être un appel à l'aide – lorsque le professionnel ne perçoit plus d'autre issue pour cesser de souffrir.

Indépendamment de ces différentes façons de quitter une situation insupportable, il convient de mentionner également une conduite d'évitement consistant à s'abriter derrière les protocoles et les recommandations, en les appliquant machinalement. Obéir à la règle sans engager sa réflexion personnelle sur le bien-fondé de cette dernière peut aboutir à des situations de maltraitance envers les patients et leur famille. Nous pensons ici, dans le contexte des interdictions et restrictions de visite dans les EHPAD, aux professionnels qui ont évité de se confronter au questionnement éthique que cette situation exigeait. Ce type de phénomène a été décrit comme un « gel de la pensée » (Gaignard, 2002). Ce qui constitue une des façons de se défendre contre la souffrance éthique et, parfois, la seule stratégie trouvée par le professionnel pour continuer à travailler (Rolo, 2017).

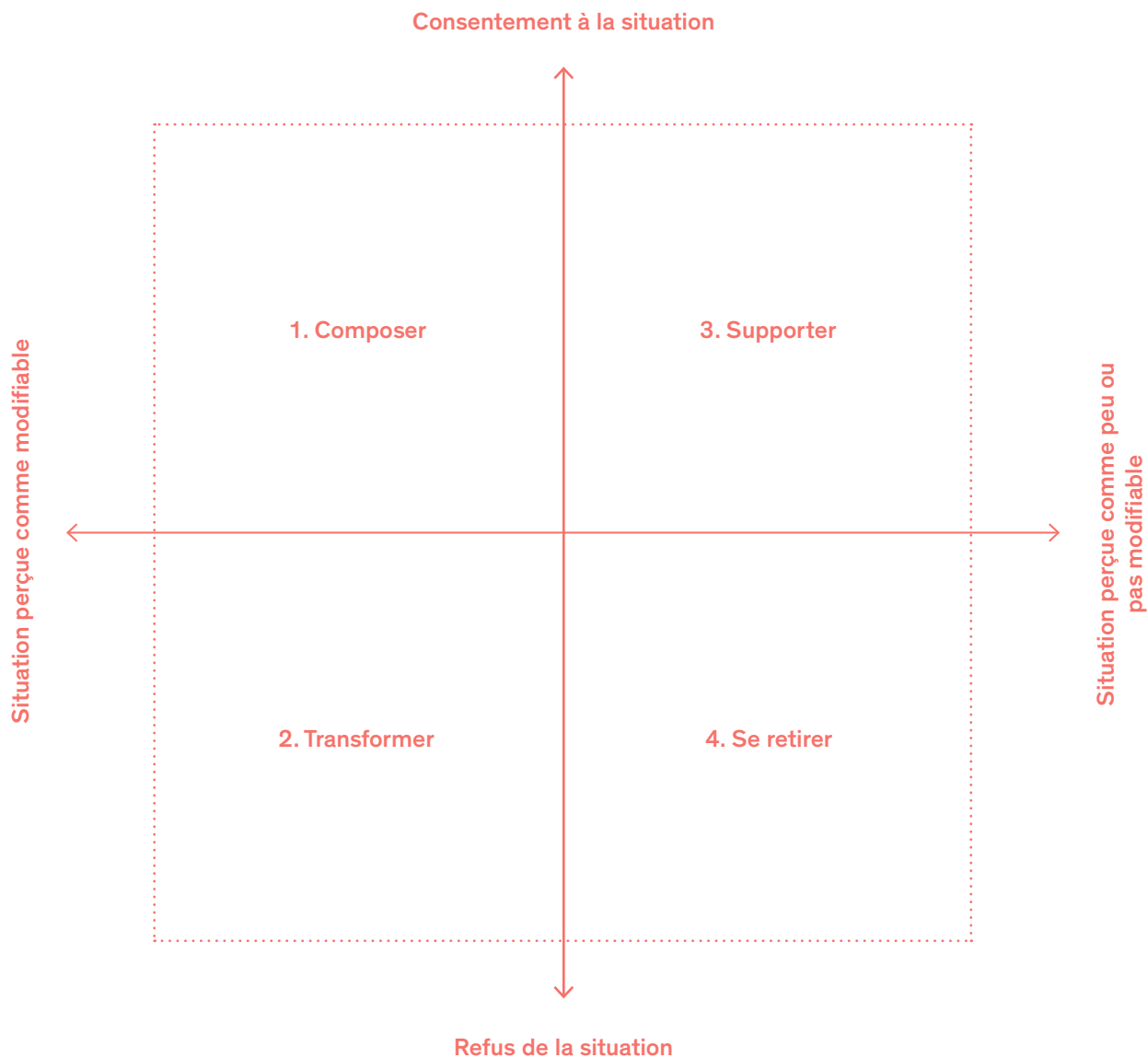


Figure 1. Tentative d'illustration des postures adoptées par les professionnels pour faire face au changement. À partir de notre corpus d'entretiens, quatre postures différentes semblent se dégager (composer, transformer, supporter, se retirer) selon deux axes de distinction (consentement/refus de la situation, situation perçue comme modifiable/peu ou pas modifiable).

Dans les postures d'adaptation (1) et (3), les professionnels consentent à la situation dans laquelle ils se trouvent. Pour préserver ou rétablir un certain équilibre, soit ils trouvent un compromis ou un arrangement, soit ils prennent sur eux.

Dans les postures d'adaptation (2) et (4), les professionnels refusent la situation dans laquelle ils se trouvent («ça ne peut pas continuer comme ça»). Soit ils provoquent une rupture ou un déséquilibre visant une transformation radicale du cadre, soit ils se retirent de la situation.

Dans les postures (1) et (2), la situation est perçue comme modifiable et, par conséquent, la finalité est d'agir sur cette situation (adapter cette situation à soi-même), soit en trouvant un compromis ou un arrangement permettant de rétablir l'équilibre, soit en provoquant une rupture ou un déséquilibre visant une transformation radicale du cadre. Ces postures se rapprochent des stratégies de *coping* centrées sur le problème (plus efficaces lorsque la situation est perçue comme contrôlable).

Dans les postures (3) et (4), la situation est perçue comme peu ou pas modifiable («c'est comme ça») et, par conséquent, la finalité est de s'adapter soi-même à la situation, soit en prenant sur soi, soit en se retirant. Ces postures se rapprochent des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion, plus efficaces lorsque la situation est perçue comme peu ou pas contrôlable. (Lazarus et Folkman, 1984 ; Paulhan, 1992 ; Endler, 2000).

Nous pouvons faire l'hypothèse que la hiérarchisation implicite présente entre les différents métiers du soin et de l'accompagnement joue probablement un rôle non négligeable dans le degré de confiance que le professionnel attribuera à ses propres capacités de contrôle des situations difficiles. À ce propos, citons à nouveau cette psychologue (hôpital public) qui dépeint comment son expertise se retrouve, dans l'organisation quotidienne des soins, dévalorisée : «*Si je dis que j'ai rendez-vous avec un patient, ça ne va pas empêcher peut-être le médecin de programmer une échographie. C'est pas un rendez-vous aussi important que les autres. (...) C'est un peu un sous soin. (rire) Le soin psychique est un peu un sous soin.*» Pour illustrer la même idée, relisons également ce témoignage d'une auxiliaire de vie : «*L'infirmière, elle a alerté lorsqu'elle a vu qu'il avait 39°. Elle a dit 'c'est pas normal' et le médecin a dit que c'était rien ! Vous vous rendez compte ? (...) Certains médecins – je ne parle pas de tous, il y a des médecins qui sont supers biens – mais certains médecins ont tendance, de temps en temps, à ne pas écouter le personnel.*» Pour ces professionnels, comme pour d'autres, nous pouvons supposer qu'à force de ne pas être reconnus et entendus, ils intériorisent peu à peu l'idée que leur voix et leur expertise ne comptent pas et que, par conséquent, ils aient de moins en moins confiance dans leur capacité à générer un impact sur leur environnement (contrôlabilité perçue). Ces situations, *a fortiori* lorsqu'elles se répètent dans le temps, peuvent

conduire à l'épuisement professionnel, à un passage à l'acte ou encore à l'abandon de la profession.

Il conviendrait de maîtriser davantage, par exemple en réalisant une enquête sur un échantillon représentatif, les facteurs susceptibles de renforcer ou de restaurer, chez le professionnel, la perception d'une contrôlabilité de la situation. Des recherches ont déjà montré que la présence d'un solide réseau de soutien social avait tendance à augmenter cette contrôlabilité perçue (Spacapan et Oskamp, 1988). Du reste, pour aller également dans ce sens, il s'agirait de rendre possible, dans chaque établissement et service, l'existence de temps et d'espaces de réflexion ou d'expression de la parole, pour que les professionnels concernés puissent dire et élaborer leur expérience d'une perte de sens, et également pour qu'ils puissent inscrire leur vécu d'impuissance dans un récit collectif et pluridisciplinaire.

1 Les professionnels interrogés n'ont pas été confrontés aux mêmes réalités ni aux mêmes obligations. Il est essentiel de s'en souvenir, en particulier lorsque nous tendons à comparer leurs différentes manières de s'adapter et de faire face aux changements.

2 Voir notamment : « Dans les hôpitaux, un cercle vicieux de la désaffection » après la sortie de crise sanitaire, LeMonde.fr, publié le 12 octobre 2021

POINTS CLÉS

-
- Lorsque les professionnels jugent la situation difficile modifiable ou contrôlable, ils cherchent à agir sur cette situation (adapter la situation), soit en trouvant un compromis ou un arrangement, soit en visant une transformation radicale du cadre. A l'inverse, lorsqu'ils s'estiment confrontés à une situation peu ou pas modifiable ou contrôlable, ils cherchent davantage à agir sur eux-mêmes (s'adapter à la situation), soit en prenant sur eux, soit en se retirant.

 - Au décours de la première vague, les professionnels étaient nombreux à prendre sur eux, supporter les difficultés, en puisant dans leurs ressources.

 - Trouver un compromis ou un arrangement – composer avec la situation – peut se manifester par des actions inventives, par une interprétation souple de la règle ou encore par une démarche de négociation.

 - Depuis le début de la crise, les professionnels sont nombreux à avoir perdu, momentanément ou durablement, leur équilibre professionnel, voire le sens de leur métier. Le professionnel n'a alors pas d'autre choix que de se retirer de la situation.

 - Viser une transformation radicale du cadre implique de consentir à une rupture et peut se traduire par la dénonciation d'injustices, la désignation de coupables ou de responsables, la mobilisation pour faire valoir ses droits ou encore la provocation d'un conflit.

→ MARIE-JOSÉ DEL VOLGO, MAÎTRE DE CONFÉRENCES (HDR), PRATICIEN HOSPITALIER (HONORAIRE), PSYCHANALYSTE. DERNIER OUVRAGE PARU : *LE SOIN MENACÉ. CHRONIQUE D'UNE CATASTROPHE HUMAINE ANNONCÉE*, VULAINES SUR SEINE, LE CROQUANT, 2021.

Ce travail d'enquête et d'analyse du vécu des professionnels du soin et de l'accompagnement est riche et complexe et je ne retiendrai dans ce qui suit, de manière partielle et sans doute partielle, que deux points, la situation des EHPAD au moment de la première vague de Covid-19 et la question de la souffrance des soignants.

Dans les situations rapportées lors de la première vague de Covid 19, les professionnels entendus dans cette enquête ont pour la plupart vécu un traumatisme. Une nouvelle menace vitale, une menace de mort, pour eux-mêmes, leur entourage et leurs patients, a fait irruption brutalement dans leur quotidien. Ils n'y étaient préparés ni psychiquement, ni matériellement. La menace n'avait pas été anticipée jusqu'au plus haut niveau de l'Etat. En ce début d'année 2020, elle n'était ni reconnue, ni validée par les pouvoirs publics. Le discours ministériel était rassurant : les masques étaient inutiles, ça se passait très loin, en Chine, et nous étions à l'abri de ce risque d'épidémie. Dans ce contexte sont arrivées tout aussi brutalement la déferlante des morts égrenés tous les soirs par Jérôme Salomon à la télévision, la submersion des services de soins intensifs et la mise quasi à l'arrêt des unités non covid et de tous les soins en libéral, médecine générale, dentaire, kiné, etc. Le manque de matériel indispensable, comme les masques, les blouses, les respirateurs, a fini par accomplir le choc traumatique de cette première vague alors même que dans une méconnaissance encore quasi complète de ce virus, certains soignants¹ pensant avoir affaire à un virus aussi mortel qu'Ebola se protégeaient le plus possible avec les moyens dont ils disposaient.

Le 11 mars 2020, un manque cruel d'humanité a fait irruption dans les EHPAD. Au lieu de prendre le temps d'une véritable réflexion éthique, la décision du ministère de la santé est tombée brutalement. Les résidents déjà isolés dans leur chambre se sont vus de surcroît interdits de visites pour un temps indéterminé. Les contacts humains étaient devenus dangereux, du moins ont-ils été considérés comme tels, oubliant que l'isolement fait perdre le goût de vivre et peut tout autant faire mourir que

le virus. L'isolement extrême qui a été imposé aux personnes âgées, quelles que soient les bonnes intentions qui ont amené cette décision, a été pour les soignants une perte de sens plus grande encore dans « le prendre soin² » de leur métier.

En Ehpad, les soignants ont eu le sentiment que la société leur demandait « de regarder mourir³ » les résidents en toute impuissance. Si à l'hôpital et a fortiori en réanimation la mort est plus fréquente que partout ailleurs, les soignants ne sont jamais là pour « regarder mourir » leurs patients, bien au contraire ils sont là pour les « sauver » et la mort est toujours vécue par le soignant comme un échec. La société semblait s'accommoder dans une culture de résignation à voir ces résidents mourir, inévitablement. Mais les personnes qui y travaillent, comme les familles, ne peuvent pas envisager la vie de cette manière en Ehpad. Une des leçons de ce virus sera peut-être de reconnaître que les résidents en Ehpad y habitent pour vivre et non pour y mourir, vivre au sens plein de ce mot. L'Ehpad est un « chez soi », certes d'un genre particulier, et qui, quand la mort survient, sera quitté avec l'accompagnement et les rites funéraires indispensables dans ce moment crucial pour celui qui part et son entourage, famille, amis et soignants compris.

Dans un tel contexte, il paraît difficile de tenir à distance la question de la souffrance, celle des patients, comme celle des soignants. Si les questions se doivent d'influencer le moins possible les réponses des personnes pour permettre à chacun de dire son propre vécu, souvent « positif » comme le souligne cette enquête, pour autant il ne s'agit pas de faire de la souffrance une notion encombrante, voire péjorative, fonctionnant comme un « écran » à d'autres analyses possibles.

Il y a une souffrance au travail selon l'étymologie même de ce mot (*Tripalium*) et certes les déterminants de cette souffrance sont multiples, relatifs à une psychopathologie singulière, aux collectifs de travail, à la hiérarchie et aux organisations du travail. A partir de là chaque praticien fera pour traiter cette souffrance au mieux avec le soignant ou le collectif soignant et en fonction de ses compétences. En tant que psychanalyste, il fait en sorte que la propre part du sujet déterminante de sa souffrance soit élaborée dans sa singularité tout en tenant compte du contexte de l'exercice de son métier. L'analyse de sa propre part dans la souffrance qu'il exprime permet au sujet d'être actif, de ne pas subir passivement et indéfiniment les pressions et injonctions de tous ordres, il peut ce faisant décider si nécessaire

de s'extraire d'un environnement nocif où il a pu y trouver une certaine satisfaction masochiste. N'est-ce pas ce qui se passe avec toutes les démissions actuelles de soignants ? Sauver sa peau quoiqu'il en coûte. Il y a un moment où les quelques euros mensuels accordés en plus ne compensent pas la fatigue, les angoisses, la culpabilité d'avoir mal fait un geste technique ou de ne pas avoir accordé le temps qu'il fallait aux patients et à leur entourage et, pire encore, de se sentir partie prenante de ces isolements imposés aux résidents des Ehpad et de leur funeste dépossession des rites funéraires.

La souffrance a un côté victimaire, doloriste, et dans une société qui encourage l'excellence, la performance, les premiers de cordée, elle n'a pas bonne presse. L'héroïsation⁴ des soignants au moment de cette première vague avait ce côté « winner », nous sommes forts et nous allons nous sortir facilement d'une guerre contre le virus avec nos héros qui sont au front et qui vont nous amener à la victoire. Il y a un déni depuis des années ou simplement du cynisme vis-à-vis de la souffrance des soignants parce que la pénurie a été organisée en cherchant la rentabilité là où il fallait prendre soin des soignants de plus en plus épuisés et entraînés dans une spirale de perte de sens de leur métier. Les *burn out*, les suicides, ces souffrances qui atteignent un point de non retour, il ne faudrait pas en parler, il faut « positiver » et ne pas décourager les vocations. Mais il n'y a pas de mots tabous, et cacher ces souffrances, faire comme si elles n'existaient pas, c'est les voir surgir plus tard encore plus violemment. Nous y sommes avec la panique qui accompagne l'hémorragie actuelle de soignants dans les hôpitaux et au-delà. La psychanalyse nous a appris qu'il vaut mieux parler de ce qui ne va pas plutôt que de garder le silence, un silence qui peut être fatal et tragique.

Cette nécessité est d'autant plus grande que dans le monde des soignants, la demande d'aide ne fait pas partie de leur culture. Ils aiment aider les autres, ils apprennent à le faire du mieux possible et ils ont le sentiment que la reconnaissance de leur propre « vulnérabilité⁵ » risque de les empêcher dans l'exercice de leur métier. La technicisation galopante de leurs actes ces dernières décennies rend encore plus inutile à leurs yeux toute demande d'aide, parler de leurs difficultés ne serait pas censé améliorer leur travail. L'acte technique accomplirait l'alpha et l'omega de leur missions professionnelles bien qu'ils ressentent douloureusement ce temps de plus en plus compressé pour pratiquer les soins à la chaîne. Il faut aller de plus en plus vite et ils ne supportent pas de ne pas pouvoir accorder plus d'attention aux patients, à leurs familles, de ne pas se sentir en empathie avec eux, accompagnée du sentiment d'un travail bien fait, selon leur éthique. Bien souvent trop fatigués pour prendre ce temps qui ne donne lieu à aucune reconnaissance de la hiérarchie ou simplement des collègues et que les évaluations actuelles traduisent en temps inutile, les soignants sont nombreux aujourd'hui à jeter l'éponge et démissionner. Il est plus que temps de

regarder en face les difficultés que nous devons affronter, puisse cette enquête nous inviter à être plus clairvoyants dans un futur bien incertain à ce jour.

- 1 Une anesthésiste entendue le 4 janvier 2022 lors de la commission d'enquête sénatoriale sur le thème : « La situation de l'hôpital et le système de santé en France » à la demande du groupe Les Républicains.
- 2 Marie-José Del Volgo, *Le soin menacé Chronique d'une catastrophe humaine annoncée*, Vulaines sur Seine, Le Croquant, 2021.
- 3 Paroles d'une infirmière qui m'ont été rapportées par une psychologue en EHPAD en avril 2020 dans le cadre d'une aide téléphonique bénévole et anonyme proposée pendant le premier confinement (17 mars-10 mai 2020).
- 4 Cf. Marie José Del Volgo citée par Laura Motet, « Il est dangereux de faire endosser aux soignants le costume du héros », *Le Monde*, 26 mars 2020.
- 5 Cf. Marie-José Del Volgo, 2021, *op. cit.*

8 Apports et limites du concept de souffrance éthique

«On fait tous des erreurs, faut juste savoir vivre avec et pas forcément atteindre la perfection, c'est pas possible.»
(réanimatrice, hôpital public).

«Il y a une espèce de souffrance qui est due aussi à cette impuissance. Je veux dire, quand on accompagne quelqu'un en fin de vie, qu'il peut mourir tranquillement en voyant sa famille (...) Il est mort, certes, mais on a fait notre boulot correctement. Là, c'est pas ça. Là, c'était traumatisant.»
(cadre de santé, EHPAD).

Le concept de souffrance éthique

Le concept de «souffrance éthique» s'inscrit dans deux traditions de pensée relativement hermétiques l'une à l'autre, celle de la recherche en bioéthique sur les soins infirmiers aux Etats-Unis et celle de la psychodynamique du travail, développée en France par Christophe Dejours. Dans un article paru en 1984, Andrew Jameton, philosophe américain, propose de qualifier de détresse morale (*moral distress*) la détresse dans laquelle se trouvent les infirmières et les infirmiers qui émettent un jugement moral sur ce qu'il faut faire dans une situation donnée sans pouvoir l'appliquer en raison de contraintes institutionnelles. Jameton distingue la détresse morale (*moral distress*) de l'incertitude morale (*moral uncertainty*) lorsque l'infirmier ou l'infirmière fait l'expérience d'une hésitation éthique ou d'un dilemme moral (*moral dilemma*) qui suppose la nécessité de choisir entre deux actions exclusives l'une de l'autre. La définition de Jameton fait l'objet depuis sa formulation de nombreux prolongements, critiques et reformulations, en particulier dans le champ de la recherche en soins infirmiers. Des échelles de mesure de la *moral distress* sont développées pour prévenir les situations de *burn-out*, d'angoisse ou de stress qui en sont de potentiels résultats (voir notamment :

Gianetta et al., 2020). En 1998, Christophe Dejours, fondateur de la psychodynamique du travail, propose sans se référer au concept de détresse morale, de désigner par «souffrance éthique» la souffrance des travailleurs résultant d'une collaboration ou d'une participation à des activités que, par ailleurs, ils réprouvent moralement. Les chercheurs en psychodynamique du travail se sont intéressés à une grande diversité de métiers.

Ces approches diverses de la souffrance éthique, par leurs différences et leurs contradictions, laissent ouvertes plusieurs questions.

→ *Qu'entend-on par «souffrance» dans «souffrance éthique» ou par «détresse» dans «détresse morale» ?* La question est de savoir si nous entendons la souffrance au sens large, ce qui revient à l'assimiler à ses manifestations objectivables, «symptomatiques», comme le stress, l'anxiété, la tristesse ou si l'on définit la souffrance comme une impuissance à dire et à faire, c'est-à-dire comme le sentiment intime d'une perte ou d'une brisure de sens. Dans le second cas, qui correspond à la définition qu'en propose la psychodynamique du travail, la souffrance est un phénomène qui échappe en partie à son objectivation et à sa mesure. Pour Dejours, l'entrée dans la souffrance est marquée par «la certitude [du travailleur] que le niveau atteint d'insatisfaction ne peut plus diminuer» (1980, p. 78). Certes, nous pouvons en mettre en évidence des manifestations objectives mais nous ne pouvons pas inférer de ces

dernières l'existence d'une souffrance : seul le sujet peut en attester. C'est peut-être pour cette raison que le mot *distress* a été préféré au mot *suffering* dans *moral distress*, alors même que le concept de *suffering at work* ou *work-related suffering* sont couramment employés en anglais : la détresse peut être objectivée, il est possible de décrire une situation de détresse (on parle bien de bateaux en détresse). Par ailleurs, le mot «détresse» est suffisamment large pour qualifier des difficultés passagères, occasionnelles ou durables, profondes ou superficielles, contrairement au mot «souffrance» qui renvoie à une atteinte existentielle du rapport à soi.

→ *Dans quelle mesure celle ou celui qui souffre a-t-il conscience de vivre une situation de souffrance éthique ?* Selon la définition donnée par Jameton, le travailleur, en l'occurrence l'infirmier, sait qu'il souffre de ne pouvoir réaliser les actes qu'il lui importerait éthiquement de réaliser. Selon l'approche psychodynamique du travail, la souffrance n'est pas nécessairement consciente, explicitée ou constituée comme «problème à résoudre» (Quintin, 2011) pour le travailleur qui, précisément, développe des défenses pour oublier qu'il agit contre ses valeurs et que ces contradictions quotidiennes le font souffrir. Ainsi en est-il de ce que Dejours nomme les «défenses viriles» qui ont pour effet d'immuniser la sensibilité contre les inquiétudes et questionnements éthiques (1998). L'activisme ou *stakhanovisme* des travailleurs est aussi présenté comme stratégie défensive (Dejours, 2004; Gaignard & Charon, 2005), comme Duarte Rolo le constate dans le cas des conseillers travaillant dans des centres d'appels téléphoniques : «Nous pouvons faire l'hypothèse que cet activisme est présent à titre de stratégie défensive individuelle, dans la mesure où il évite de penser aux questions éthiques potentiellement soulevées par la pratique de la tromperie et de l'injustice dirigées vers les clients.» (Rolo, 2013).

→ *Dans quelle mesure cette souffrance provient-elle toujours de conditions de travail ou de choix imposés aux professionnels ?* La définition de Jameton, dont les réflexions portent sur le travail infirmier, suppose l'existence de contraintes institutionnelles ou organisationnelles auxquelles le soignant se trouve soumis (1993) : des rapports de pouvoir ou une mauvaise communication au sein de l'équipe, la pression pour réduire les coûts, la peur d'une action en justice, etc. Dans la définition proposée par la psychodynamique du travail, le travailleur obéit certes à une règle explicite mais cette dernière peut être auto-imposée ou simplement valorisée par les pairs ou la direction, de sorte que des personnes occupant des positions hiérarchiques élevées éprouvent fréquemment de la souffrance éthique, sans obéir à des ordres ou des directives externes. Il en est

ainsi des responsables des ressources humaines qui peuvent se trouver narcissiquement valorisés de maximiser les licenciements pour satisfaire des objectifs de rentabilité. Par ailleurs, la peur de perdre son emploi, le manque de confiance en soi ou la crainte de provoquer un conflit constituent également des contraintes internes susceptibles de conduire le professionnel à commettre des actes qu'il réprouve moralement (Hamric, Davis and Childress, 2006). Toutefois, que le travailleur subisse des contraintes (externes ou internes) ne signifie pas qu'il doive être considéré ou qu'il se juge lui-même comme victime des actes qu'il commet. La souffrance vient précisément d'une irréductible responsabilité éthique à l'égard d'autrui que le travailleur a le sentiment de ne pas honorer en «consentant» à des actes qu'il réprouve : «toute la clinique du travail actuel montre que les gens ne souffrent pas de ce qu'on leur demande de faire, mais *d'avoir accepté de le faire*, d'en rabattre sur des exigences de sécurité, de qualité.» (Molinier, 2006, p. 276). La souffrance éthique s'accompagnerait pour cette raison d'une forte culpabilité et d'une «honte vis-à-vis de l'idéal de soi». Webster et Bayliss (2000) parlent de «résidu moral» (*moral residue*) pour désigner «ce que chacun de nous porte en soi de temps à autre dans nos vies lorsque, face à une détresse morale, nous nous sommes sérieusement compromis ou nous nous sommes laissé compromettre».

→ *La souffrance éthique implique-t-elle la réprobation morale de l'agent ?* Aussi bien l'approche de Jameton que celle de la psychodynamique du travail impliquent comme condition de la souffrance éthique la réprobation morale de l'agent à l'égard d'actes que pourtant il accomplit. L'agent se trouve heurté dans ses convictions et ses valeurs éthiques par ses propres actes. Georgina Morley, bioéthicienne américaine spécialisée en soins infirmiers, propose, quant à elle, une définition plus large de la détresse morale qui suppose selon elle trois éléments (2018) : a. ce qu'elle nomme un événement moral, lequel peut être un jugement éthique ou un dilemme éthique ; b. une détresse psychique ; c. un lien de causalité entre les deux. Aussi Morley élargit-elle la détresse morale à l'ensemble des situations de dilemmes.

Quatre formes d'« expérience éthique »

Il est possible de proposer une définition englobante de la souffrance éthique : il s'agit de la souffrance ou de la détresse d'une personne qui, dans l'exercice de son métier, accomplit, suivant des règles ou des objectifs qu'elle se sent obligée de suivre, des actes qu'elle réprouve moralement. Toutefois, défini ainsi, le concept de souffrance éthique offre un éclairage pertinent mais limité sur nos entretiens. Quand elles évoquent leurs questionnements éthiques, les personnes interrogées nous font part d'expériences qui ne se laissent pas toutes appréhender ni par cette définition ni par le concept de « souffrance ». Sans agir suivant des valeurs qu'elles réprouvent moralement, et sans toujours en souffrir, elles se trouvent parfois troublées ou mises en difficulté par des questionnements éthiques auxquelles elles trouvent ou non une issue. À la suite de Clément Tarantini et Léo Coutellec (2022), nous pourrions qualifier ces expériences d'« éthiques » pour désigner la confrontation d'un agent moral à une situation incertaine mettant en jeu des valeurs éthiques en tension.

Ainsi, nous distinguons ci-dessous quatre formes d'expérience éthique, en donnant pour chacune des exemples. Le fait de vivre une forme d'expérience éthique ou une autre dépend, au-delà des caractéristiques objectives des situations rencontrées, de capacités ou de traits de caractères particuliers qui ont eux-mêmes été influencés par l'ancienneté ou la place dans la hiérarchie. Le concept de résilience morale (*moral resilience*) a été développé pour désigner la capacité de certains agents à supporter des situations de détresse morale (*moral distress*) ou à en sortir en trouvant des marges de manœuvre (Young, Rushton, 2017). Par ailleurs, entrent aussi en jeu des facteurs liés aux services ou établissements dans lesquels ils exercent, notamment la culture ou l'existence ou non d'un espace de réflexion ou d'expression de la parole.

1. Souffrance éthique : accomplir, suivant des règles ou des objectifs que l'on se sent obligé de suivre, des actes que l'on réprouve moralement

«*Tout s'est fait dans l'urgence et de manière un peu autoritaire de la part de l'ARS : c'est comme ça, vous envoyez les jeunes sur le terrain et puis c'est tout. Et j'ai l'impression qu'il n'y a eu aucune discussion en fait entre les ARS et nous, les formateurs, pour savoir comment on aurait pu s'organiser, il n'y a pas eu de discussion, il y a eu juste des ordres en fait. Des ordres qui, à mon sens, sont absurdes. (...) Que des circulaires, des notes, des «maintenant, c'est comme ça»* (Infirmière, formatrice en IFAS).

Cette personne reçoit l'ordre d'établir une liste d'aide-soignants qui seront mobilisés en renfort. Au-delà de cet extrait, l'entretien témoigne du fort sentiment d'impuissance et de détresse que lui inspire cet ordre qui lui est intimé et qui la place dans la position insupportable d'accomplir un acte qu'elle juge immoral. Elle juge qu'une discussion aurait dû être ouverte avec l'Agence régionale de santé et semble considérer que ces étudiants aide-soignants ainsi envoyés en renfort auraient dû être consultés et associés, d'une façon ou d'une autre, à cette discussion.

«*En EHPAD, on est habitué. (...) Mais pas dans ces conditions, pas aussi nombreux, pas sans famille, pas aussi vite et pas en nous demandant une telle énergie pour rien. (...) On n'est même pas sûr d'avoir traité la douleur correctement. Je suis même sûre qu'on ne l'a pas traitée correctement. Donc oui, il y a une espèce de souffrance qui est due aussi à cette impuissance. Je veux dire, quand on accompagne quelqu'un en fin de vie, qu'il peut mourir tranquillement en voyant sa famille (...) il est mort, certes, mais on a fait notre boulot correctement. Là, c'est pas ça. Là, c'était traumatisant*» (cadre de santé, EHPAD).

Cette personne dit «souffrir» de n'avoir pu traiter correctement la douleur des patients. Elle constate son «impuissance», la nécessité dans laquelle elle se trouvait d'obéir à des règles d'action qu'elle jugeait nocives, contraires aux règles du métier. Ici, contrairement à l'exemple précédent, la souffrance éthique ne s'accompagne pas de la dénonciation des supérieurs hiérarchiques. S'expriment ici le regret et sans doute la honte de n'avoir pu exercer son métier correctement, ce qui aurait supposé de pouvoir «traiter la douleur des patients correctement».

Comme dans ces deux exemples, la souffrance éthique du travailleur se joue toujours, en premier lieu, dans son rapport à une ou plusieurs victimes des actes commis (ici, les étudiants aide-soignants envoyés en renfort sur le terrain et les résidents décédés du Covid-19 dans l'EHPAD). Si Christophe Dejours accorde une grande importance à cette question du rapport à l'autre dans la genèse de la souffrance éthique, il considère toutefois que l'élément le plus essentiel réside, en définitive, dans le sentiment d'une trahison de soi, c'est-à-dire de ses valeurs et de ses idéaux. Dans cette perspective, le risque de la souffrance éthique serait d'aboutir à un étiolement de l'amour de soi (Rolo, 2017).

2. Malaise éthique : accomplir, suivant des règles ou des objectifs que l'on se sent obligé de suivre, des actes qui inspirent un certain inconfort sans qu'on les réprouve moralement

«*Au début, ce qui a été très difficile, c'est quand il y avait pénurie, parce qu'il fallait expliquer qu'un masque chirurgical, c'était comme un FFP2, mais tu sais très bien que ce n'est pas pareil en fait. Il fallait dire aux personnes que nous appliquions la*

doctrine, qu'elles allaient être bien protégées pour aller sur le terrain. En même temps, tu as vraiment envie que ce que tu dis soit vrai» (responsable qualité, fondation).

Cette personne déclare avoir dû assurer aux professionnels «sur le terrain» de la bonne protection que conféraient les masques chirurgicaux, alors même qu'elle savait très bien que les masques FFP2 étaient plus protecteurs que ces derniers. Elle doit donc feindre l'assurance devant les professionnels. Ce rôle qui lui est prescrit lui fait vivre une situation qu'elle juge elle-même «très difficile». Pourtant elle n'élève aucune contestation. Sans doute juge-t-elle nécessaire cette directive dans la mesure où le choix d'une totale transparence risquerait d'entamer l'engagement des soignants auprès des personnes accompagnées ou soignées dans les établissements. Le mensonge par omission lui semble être ainsi un moindre mal au regard du risque d'une défection massive de personnels. Il n'y a pas ici de réprobation morale explicite mais, pour autant, cette personne ressent incontestablement ce qu'on pourrait appeler un *malaise éthique*, c'est-à-dire une difficulté à assumer personnellement des actes qui lui sont prescrits. Cette directive à laquelle elle consent menace plus précisément son authenticité, c'est-à-dire la coïncidence entre ses actes et ses pensées intimes, davantage qu'elle ne la conduit à agir contre ses valeurs.

«Moi, j'en avais une, j'avais une infirmière que j'avais dans mon unité et qui m'a dit: 'mais madame, ma cadre m'a demandé d'aller en réanimation mais j'en ai jamais fait. Elle me dit que c'est pas compliqué, que c'est que des soins intensifs, qu'on a une formation...' Et je lui dis: 'mais Marina, vous êtes en droit de refuser!' Mais elle était mais traumatisée la gamine!» (cadre de santé, hôpital public).

Cette cadre infirmière fait état d'un malaise éthique qui n'est pas le sien, mais celui de sa collègue infirmière qui ne se sent pas capable de venir en renfort dans un service de réanimation comme il lui est demandé. Cette dernière ne refuse pas l'ordre qui lui est donné mais en conçoit, plus encore qu'un malaise, un «désarroi», dans la mesure où cette demande la confronte à son inexpérience et donc probablement à une crainte de mal faire dans un service de réanimation où les conséquences de négligences ou d'erreurs peuvent être très lourdes. Nous aurions pu citer des situations analogues de professionnels qui ont reçu l'ordre de venir en renfort dans des services Covid et qui ne se sentaient pas suffisamment sûrs de leurs compétences pour mener à bien les tâches qui leur étaient demandées.

3. Inquiétude éthique: se trouver dans une situation d'incertitude, d'hésitation ou de dilemme éthique

«Pour moi, c'était une évidence, je n'avais donc pas de difficultés à expliquer aux familles que la

réanimation aurait un effet plus délétère que bénéfique. Mais là où j'ai trouvé que mon discours a été discutable, c'était sur le fait qu'il n'y ait pas d'intérêt à l'hospitalisation. Je me questionne pour savoir pourquoi j'ai tenu ce discours et cela me met un peu en difficulté. Je redis que c'est aussi la pression médiatique. On nous disait: «Si vous l'envoyez à l'hôpital, il va se retrouver avec des Covid» et je ne les avais pas forcément testés. Je ne sais pas, il y a eu une espèce de position, posture de tout le monde, on n'envoie pas les vieux à l'hôpital et ça a changé» (Médecin coordinateur, EHPAD).

Ce médecin coordinateur mène une réflexion éthique rétrospective sur les bienfaits de l'hospitalisation des personnes âgées résidant en EHPAD. Elle témoigne s'être laissée convaincre par le *leit-motiv* qui prévalait alors selon lequel les personnes âgées n'auraient aucun bénéfice à être hospitalisées. Les décisions qu'elle a prises dans ce sens laissent en elle des restes sous forme de doute (Rolo, 2017). Ce qui la conduit à s'interroger sur elle-même, sur les raisons qui l'ont poussée à «tenir ce discours», et sans doute sur l'indépendance de son jugement éthique. Elle se dit pour cette raison «un peu en difficulté».

«On sait pas si nous, voilà on peut être quelquefois un peu fiévreux tout ça, et puis se dire voilà, est-ce qu'il faut continuer à aller travailler ou pas, ou s'arrêter, enfin c'est compliqué quoi, sachant qu'en plus on manque de personnel. (...) Je croise les doigts parce que je me dis que, pour l'instant, j'ai aucun de mes patients qui est contaminé. Ma seule crainte, ce serait ça, ce serait d'en contaminer un par accident. Voilà, moi, c'est plus ça qui me fait peur qu'autre chose. (...) Très franchement, je ne voudrais pas contaminer quelqu'un. Si ça m'arrivait, je ne sais pas si j'arriverais encore à travailler» (Infirmier à domicile).

Cet infirmier à domicile expose des dilemmes éthiques auxquels ont été confrontés de nombreux professionnels, en particulier dans les secteurs du soin et de l'accompagnement: faut-il ou non prendre le risque de contaminer des patients? Faut-il risquer d'être vecteur d'une forme grave de coronavirus ou contribuer, par un éventuel arrêt de travail, à la pénurie des soins? La délibération de cet infirmier prend en considération aussi bien les effets du choix sur les patients – contamination, absence de soins, isolement – que ses conséquences sur lui-même puisqu'il se demande s'il pourra encore exercer son métier s'il apprend qu'il a été la cause d'une contamination de ses patients. On voit ainsi comment le questionnement éthique est aussi, indissociablement, un questionnement sur soi et la place du travail dans l'existence. Citons, à ce propos, Christophe Dejours dans *Souffrance en France* (1998): «Alors le travail s'inscrit dans la dynamique de l'accomplissement de soi. L'identité constitue l'armature de la santé mentale. Pas de crise psychopathologique qui ne soit centrée par une crise d'identité.

C'est ce qui confère au rapport au travail sa dimension proprement dramatique.»

4. Accord éthique : se trouver en accord avec soi-même

«On avait limité à deux les visites et j'ai des collègues qui rentraient dans le strict deux. Mais un patient qui est en fin de vie et s'il y a sa femme et ses deux filles qui sont là, je vais pas dire «c'est deux au lieu de trois, il y en a une qui ne rentrera pas». Je fais rentrer les trois parce que je passe au-delà de la règle par rapport à ma conscience. J'ai travaillé 11 ans dans le service, je me sens prête à me confronter à ma hiérarchie si jamais ils ne sont pas d'accord, mais les gens qui viennent en renfort ou les étudiants, c'est normal qu'ils n'arrivent pas forcément à franchir ce cap-là» (Infirmière, réanimation).

«Un beau jour, on nous a dit : "Voilà, vous avez un tracking à faire sur les salariés qui ont le Covid." (...) Eux, dans les commentaires, ils voulaient tout un tas de choses. Donc quand on a rentré les premières personnes, on nous a dit : "Mais, dans les commentaires, il n'y a pas de détails". Bah vous n'aurez pas de détails. (...) J'ai dit : non, je ne noterai pas. Une deuxième fois. Mais je te donne l'ordre ! Mais tu as beau me donner l'ordre, je ne noterai pas. Ah bon mais je vais le dire à... Tu peux le dire à..., je suis au secret médical» (Infirmière en santé au travail).

Ces deux personnes s'autorisent à ne pas respecter la règle *stricto sensu*. Notons que, dans le premier exemple, l'infirmière invoque son ancienneté pour rendre compte de sa capacité à «se confronter à sa hiérarchie si jamais ils ne sont pas d'accord». Inversement, si ses collègues «ne franchissent pas le cap», c'est-à-dire respectent la règle, et s'exposent ainsi à la souffrance ou au malaise éthiques, ce serait d'abord en raison de leur inexpérience. Le rapport à la règle apparaît dans les deux cas comme un facteur déterminant fortement le type d'expérience éthique que les agents traversent. C'est précisément parce qu'elles se sentent légitimes à y déroger dans certains cas, sans avoir nécessairement le sentiment de la transgresser, que ces deux infirmières parviennent à se trouver en accord avec elles-mêmes. Il en est de même pour cette pédiatre réanimatrice (hôpital public) : «On a désobéi au fait qu'il était recommandé de ne pas faire venir les proches en réanimation mais je pense que (...) c'était pas un ordre mais plutôt une suggestion, je crois. Donc voilà, j'ai pas l'impression d'avoir désobéi.» Par ailleurs, cette pédiatre réanimatrice, qui a exercé en réanimation adulte pendant la première vague, affirme que cette épreuve l'a rendue plus confiante dans ses propres compétences et l'a détachée d'une quête de perfection dans laquelle s'égarèrent, selon elle, certains de ses collègues. Après avoir envisagé de quitter son métier, ce détour imprévu (et initialement non choisi) par la réanimation adulte lui donnera fina-

lement le sentiment «d'avoir sa place» : «(...) On fait tous des erreurs, faut juste savoir vivre avec et pas forcément atteindre la perfection, c'est pas possible. Et voilà je pense qu'en réanimation, on veut tous être parfaits (...) Mais que c'est pas forcément réaliste et que finalement en fait oui je pense que c'est le fait aussi que, de m'être mobilisée, ça m'a fait peur et à la fois je me suis rendu compte que c'était possible et que c'était mieux que rien et que finalement on peut être mieux que rien et qu'on peut être pas mauvais et qu'on peut être... qu'on a des compétences qu'on ne pense pas et que finalement j'ai acquis une expertise qui maintenant est reconnue, enfin que je me reconnais en tout cas et qui a été utile à d'autres, et ça je pense que ça m'a aidé à grandir dans ma spécialité aussi, à me rendre compte que ça y est, j'ai ma place quoi.»

Ces exemples montrent que le fait de se sentir légitime et à sa place dans le cadre professionnel est consubstantiel à la possibilité de se trouver en accord avec soi-même (*moral integrity* dans la littérature anglo-saxonne) : à la fois, l'estime de soi découle du fait d'avoir des valeurs qui correspondent à ses actions (Hardingham, 2004) et, réciproquement, accorder ses actions à ses valeurs nécessite, *a fortiori* en présence de contraintes institutionnelles, de se sentir légitime à le faire.

Essai de typologie

La souffrance et le malaise éthiques se distinguent de l'inquiétude et de l'accord éthiques. Dans les deux premiers cas, les professionnels se sentent dépourvus de tout pouvoir d'agir, ce qui les conduit soit à accepter les diverses situations auxquelles ils font face, soit à chercher des issues dans le changement de service ou dans la démission. Dans les deux autres cas, les professionnels sentent qu'ils disposent d'une marge de manœuvre, d'un espace de liberté pour agir, parfois contre les règles ou les directives. Alors que l'inquiétude et l'accord éthiques semblent inévitables et consubstantiels aux métiers du soin et de l'accompagnement, la souffrance et le malaise éthiques conduisent à interroger l'organisation des soins et la qualité des interactions au sein des services.

Remarquons aussi un point commun entre d'un côté la souffrance et l'accord éthiques et de l'autre entre le malaise et l'inquiétude éthiques. Dans les deux premiers cas, le professionnel est animé par une conviction éthique sur laquelle il n'entend pas transiger, qu'il puisse ou non le traduire dans ses actes. Dans les deux autres cas, le professionnel se trouve en butte à une hésitation sur ce qu'il faut faire – on parlera alors spécifiquement de dilemme – ou

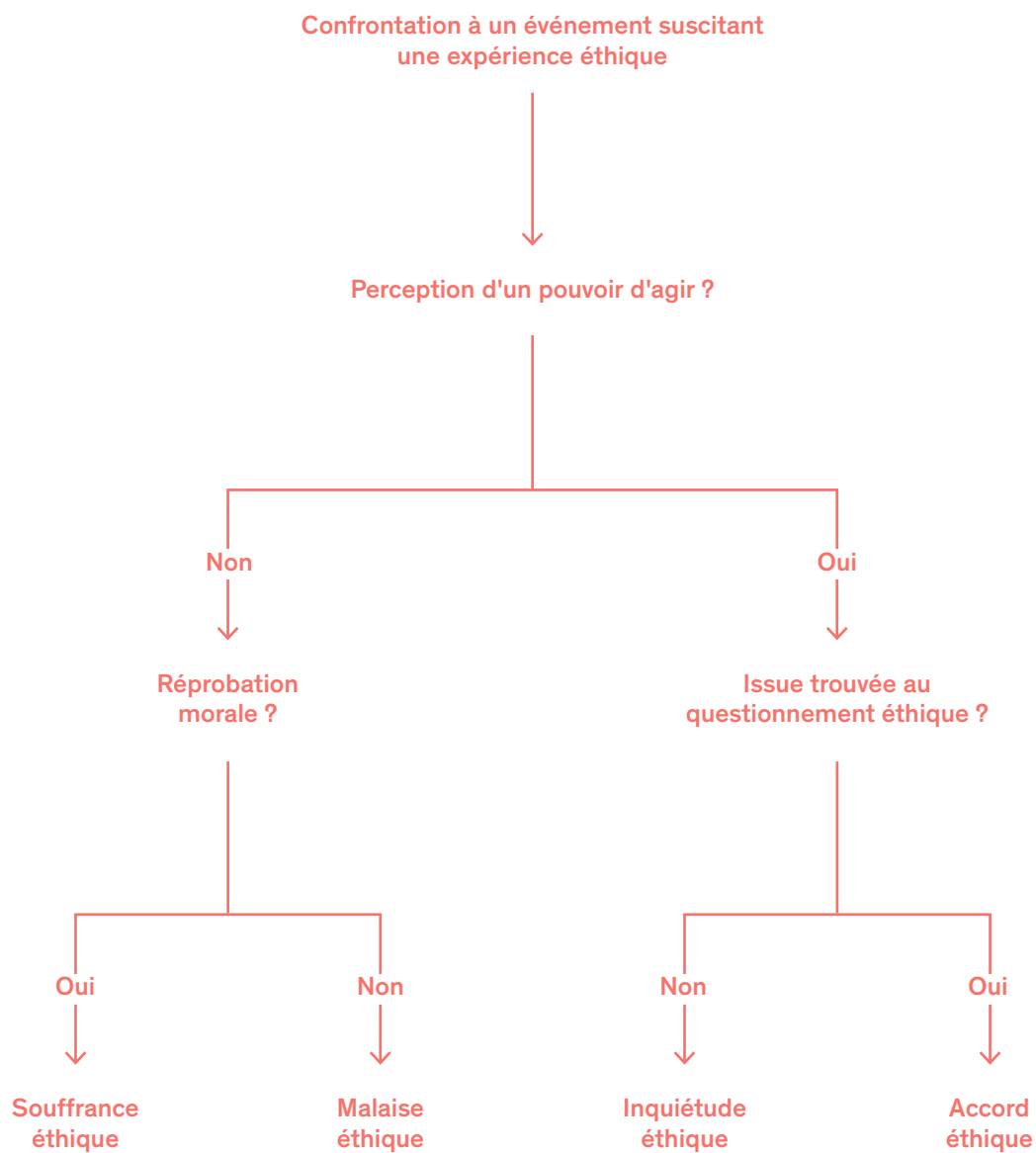


Figure 2. Tentative de classification des formes d'expérience éthique observées lors des entretiens

ce qu'il fallait faire, dans l'hypothèse où un doute subsiste bien qu'une décision ait été prise. Certains estiment, à ce propos, que l'expérience éthique serait principalement dominée par l'incertitude davantage que par des convictions (Rolo, 2017).

Nous parvenons ainsi à ce schéma qui rend compte des quatre formes d'expérience éthique présentées. Précisons à nouveau que ces catégories sont avant tout utiles pour les besoins de l'analyse, que les professionnels peuvent vivre alternativement l'une ou l'autre de ces expériences et qu'il est parfois difficile de subsumer ce qu'ils éprouvent sous l'une ou l'autre de ces catégories.

Aux frontières de l'expérience éthique

Il est habituel de considérer la réflexion éthique comme portant sur ce qu'il est bien ou préférable de faire dans une situation donnée. Or les exemples ci-dessus montrent que la délibération des agents concerne certes le bien ou le préférable mais aussi, et indissociablement, le sens qu'ils peuvent et veulent donner à leur engagement et de leur métier en dépit des (ou grâce aux) actes qu'ils accomplissent. Il en est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, de cet infirmier cité plus haut qui se demande s'il pourra continuer d'exercer son métier dans l'hypothèse où l'un de ces patients, contaminé de son fait, se trouverait en situation critique. Le questionnement éthique convoque donc, au-delà d'une capacité à arbitrer entre valeurs éthiques contradictoires, une capacité à revoir le sens de ses actes, de son métier, voire de son existence à la lumière des situations de choix que l'on rencontre. Les expériences éthiques des personnes citées ci-dessus se situent généralement, voire toujours, au-delà du simple « problème à résoudre » ; elles les confrontent à des questionnements sur soi, de sorte qu'il est difficile de circonscrire ce qui relèverait proprement de l'éthique à l'exclusion de ces questionnements.

On pourrait par ailleurs se demander, à la lecture de nos entretiens, quels types de souffrances ou malaises ne pourraient être qualifiés d'éthique. On pense alors spontanément aux situations qui mettent en difficulté certains professionnels sans qu'ils en considèrent quiconque comme responsable. La détresse des patients atteints de formes graves de coronavirus, le désarroi de leurs familles, la forte mortalité dans les établissements constituent des faits qui, à première vue, semblent échapper à toute responsabilité humaine. Toutefois, même dans ces situations, il est toujours possible de mettre en évidence des responsabilités humaines à un niveau ou à un autre, comme en témoigne l'exemple d'une sage-femme que nous avons interrogée. Cette dernière déclare

mal supporter de voir des femmes attendre l'administration de leur péridurale. Apparemment donc, ce sont les douleurs de ces femmes qui, par la compassion qu'elles lui inspirent, la font souffrir. Au cours de la discussion toutefois, elle dit que sa souffrance n'est pas simplement due à ces douleurs, mais que sa souffrance est « créée » dans la mesure où le retard dans l'administration de la péridurale est souvent dû à un manque de lits.

Comme l'a montré la philosophe Judith Shklar (1990), il n'est pas toujours aisé de distinguer l'injustice de l'infortune. Même dans le cas d'un tremblement de terre, événement naturel par excellence, on pourra toujours se demander, en constatant les dommages, si les maisons étaient bien construites, si les zones des habitations ont été contrôlées, etc. Plus encore, Shklar montre que la frontière entre l'infortune et l'injustice est toujours construite et relève elle-même d'un choix éthique. Il est ainsi remarquable que, parmi les professionnels que nous avons interrogés, certains émettaient des jugements éthiques sur le manque de masques, l'ampleur de l'épidémie, les conflits entre collègues, là où d'autres y voyaient les effets de la fatalité. Aussi pourrait-on affirmer en ce sens que l'expérience vécue par les professionnels est toujours *éthique* en dernier ressort.

POINTS CLÉS

-
- La souffrance éthique ou *moral distress* est un concept pertinent dont les contours restent flous. On peut la définir comme la souffrance ou la détresse d'une personne qui, dans l'exercice de son métier, accomplit, suivant des règles ou des objectifs qu'elle se sent obligée de suivre, des actes qu'elle réproouve moralement.
 - Alors que l'inquiétude et l'accord éthiques semblent inévitables et consubstantiels aux métiers du soin et de l'accompagnement, la souffrance et le malaise éthiques conduisent à interroger l'organisation des soins et la qualité des interactions au sein des services.
 - La souffrance éthique peut être considérée comme une forme d'expérience éthique parmi d'autres. On peut également parler de malaise éthique, d'inquiétude éthique ou d'accord éthique.
 - Le questionnement éthique ne peut être réduit à une réflexion sur le bien ou le préférable et embarque souvent avec lui, voire toujours, un questionnement sur le sens de ses actes.
-

→ NICOLAS PUJOL, PSYCHOLOGUE, CHARGÉ DE RECHERCHE, MAISON MÉDICALE JEANNE GARNIER/ INSTITUT DE PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

Le rapport de cette enquête réalisée par l'Espace de réflexion éthique Ile-de-France interroge la question de la souffrance des soignants et administratifs qui ont eu à faire face à la première vague de la pandémie au printemps 2020. Nous souhaitons contribuer à cette discussion à partir de la référence au corpus théorique de la psychodynamique du travail. Cette discipline, introduite en France par Christophe Dejours dans les années 70, a grandement contribué à la diffusion du concept de «souffrance au travail». Le présent rapport y fait d'ailleurs explicitement référence à deux reprises, en lien avec les stratégies de défense contre la souffrance au travail et en lien avec le concept de souffrance éthique.

Une question traverse ce rapport: parler de «souffrance des soignants» pour décrire leur vécu lors de la première vague ne contribue-t-il pas à invisibiliser toute une variété d'expériences qui ne relèvent pas de la souffrance? En effet, les professionnels de terrain ont également fait preuve d'endurance, d'inventivité, de dépassement, de pensée critique, de mobilisation voire de plaisir au travail et d'enthousiasme. La difficulté, au plan conceptuel, est alors de nommer et de comprendre cette diversité d'expériences et de vécus. Le présent rapport fait le pari que l'intelligibilité de cette diversité d'expériences nécessite de réserver le terme de souffrance à des formes de vécus particulièrement douloureux comme la perte de sens ou l'impuissance à dire et à faire. Nous souhaitons montrer pourquoi la psychodynamique du travail suggère de faire le pari inverse: c'est la centralité de la référence au concept de souffrance qui permet d'éclairer cette hétérogénéité des vécus en temps de crise sanitaire.

La psychodynamique du travail prend appui sur la découverte de l'ergonomie de langue française qui a montré qu'il existe un écart irréductible entre le travail prescrit et le travail effectif. Quelle que soit la précision ou la justesse des consignes, des procédures et des savoir-faire, le travail est toujours grevé d'imprévu, de difficultés nouvelles, d'incidents, si bien que l'application stricte des consignes et des procédures ne permet généralement pas d'atteindre les objectifs¹. Ce qui est premier dans le travail, c'est donc une expérience affective désa-

gréable qui résulte de la résistance du monde réel à la maîtrise et aux savoir-faire. Le réel du travail se fait connaître par des affects comme la frustration, la colère, l'irritation, la peur, le découragement, l'envie d'abandonner voire un sentiment d'inutilité ou de culpabilité. Ces affects qui résultent de la rencontre d'un sujet avec le réel du travail relèvent bien de la souffrance au sens de Paul Ricoeur: rupture de l'action, assignation à la passivité, perte de ce que l'on tenait pour vrai. Or, la souffrance qui résulte de la rencontre avec le réel du travail n'est pas une butée mais un point de départ qui appelle son dépassement. La résistance du monde à la maîtrise et à la volonté débouche sur une exigence d'intelligence, de créativité, de transformation. A force d'endurance, d'essais et d'erreurs, de familiarisation avec le réel du travail naissent des trouvailles, des ficelles et avec elles de nouveaux registres de sensibilité. Cet accroissement des registres de sensibilité est le point de départ de la transformation de la souffrance en plaisir et de l'accomplissement de soi par le travail. Or, le processus de transformation de la souffrance en plaisir n'est pas solipsiste; il implique autrui à travers la reconnaissance. La manière singulière dont chacun parvient à déjouer la résistance que le réel du travail oppose à sa maîtrise appelle une double reconnaissance par les pairs et les bénéficiaires du travail: les bénéficiaires portent un jugement sur l'utilité du travail et les pairs sur sa conformité avec les règles de métier. De la possibilité d'obtenir cette double reconnaissance dépend en grande partie la dynamique du plaisir au travail. La dernière étape de ce processus de sublimation relève de l'inscription du travail dans un plan plus large, celui de la Cité et de la Culture. De fait, si les difficultés s'accumulent, si la reconnaissance est absente, si le travail ne contribue plus à faire œuvre de justice et de culture, c'est la possibilité de transformer la souffrance en plaisir qui se trouve barrée, ouvrant ainsi la voie à des décompensations somatiques ou psychopathologiques.

Ce (trop) rapide exposé théorique nous amène à distinguer ici une souffrance au travail normale, créatrice, qui résulte de la rencontre avec le réel du travail, point de départ de l'intelligence, et une souffrance au travail pathogène qui résulte de l'impossibilité de transformer cette souffrance en plaisir. Or, comme nous l'avons vu, les conditions de cette transformation sont certes individuelles mais surtout sociales et politiques. La psychodynamique du travail s'est particulièrement intéressée aux conséquences psychopathologiques du tournant gestionnaire des établissements de santé depuis une

vingtaine d'années. Les nombreuses enquêtes réalisées auprès de professionnels du soin montrent que l'introduction des méthodes de gestion issues du secteur industriel (démarche qualité, évaluation quantitative et individualisée des performances, protocolisation, tarification à l'activité) dans le monde sanitaire et médico-social contribue grandement à une majoration de la souffrance pathogène des soignants. Or, tous ne tombent pas malades. Cette énigme de la normalité a permis de mettre au jour des stratégies individuelles et collectives de défense contre la souffrance. Ce maillon intermédiaire des défenses est indispensable pour comprendre pourquoi, en dépit des contraintes organisationnelles et de l'importance grandissante de la rationalité économique dans les structures de soin, la majorité des soignants tiennent encore et continuent malgré tout à faire leur travail.

Pour conclure, nous souhaiterions dire un mot à propos du concept de souffrance éthique. Tout travail relève à la fois de la rationalité instrumentale et technique et de la rationalité sociale et éthique. Travailler, ce n'est pas seulement produire, c'est aussi vivre ensemble. Si le travail occupe une place centrale pour la santé mentale et de l'accomplissement de soi, il occupe aussi une place centrale au plan politique. Tout travail implique le destin d'autrui si bien que la qualité du travail répond à la fois à des exigences techniques et sociales. Les règles de travail et de métier visent ainsi à atteindre le meilleur compromis entre efficacité technique et respect de soi, d'autrui et du monde social voire environnemental. Lorsque, dans l'urgence et la peur de la première vague, des soignants se sont mis à faire l'inverse de ce qu'ils avaient appris et de ce en quoi ils croyaient, ce n'est pas seulement leur ethos de métier qui s'est trouvé fragilisé mais aussi leur identité. Ce présent rapport contribue selon nous à tenter de réparer ce qui a été inévitablement fragilisé en mettant des mots sur un évènement collectif qui appelle à être mieux compris et symbolisé.

- 1 Le travail, c'est donc tout ce qu'il faut ajouter aux prescriptions pour que « ça marche ».

BIBLIOGRAPHIE

Christophe Dejours, *Travail vivant, Tome I et II*, Petite bibliothèque Payot, Paris, 2013.

Christophe Dejours, *Ce qu'il y a de meilleur en nous. Travailler et honorer la vie*, Payot, Paris, 2021.

9 Des conclusions et des points d'attention

Qu'apprenons-nous au terme de ce travail d'enquête? De nombreux rapports et d'enquêtes, dont une partie est citée en introduction de ce document (p. 9-10), ont été publiés sur les difficultés vécues par les professionnels du soin et de l'accompagnement, que ces dernières soient considérées sous le prisme de la «souffrance», des «risques psychosociaux», de la «qualité de vie au travail», du «stress» ou du «*burn-out*». Au-delà des préconisations ou recommandations qui sont présentés dans ces rapports et dont, pour l'essentiel, notre enquête confirme la pertinence et la nécessité qu'elles soient mises en œuvre, nous parvenons à des *points d'attention* complémentaires.

1. Comment les professionnels interrogés ont-ils vécu la première vague pandémique?

Les vécus des professionnels interrogés sur la première vague pandémique se caractérisent d'abord par leur forte diversité. Dans les services qui ont accueilli des patients atteints de la Covid-19, les difficultés ont été avivées par la confrontation aux situations de détresse des patients et des familles, à la puissante vague de mortalité et aux circonstances de la mort des suites de l'infection par le coronavirus.

→ Surmenage, stress, angoisse, gêne, colère, etc. : nous avons mis en évidence une large gamme de vécus et de sentiments. L'usage exclusif du mot «souffrance», en particulier lorsqu'il est utilisé au singulier, s'il permet d'envelopper sous un même mot cette diversité de réalités, peut aussi contribuer à en masquer l'hétérogénéité des causes et des expressions. Cette exigence sémantique nous semble essentielle.

→ Dans les services qui ont accueilli des patients atteints de la Covid-19, de nombreux professionnels ont été confrontés à des situations très éprouvantes physiquement, psychologiquement et moralement. L'expérience et la formation ne prémunissent certes pas contre les traumatismes qu'ont constitués pour certains les morts rapides et violentes, les restrictions et interdictions des visites, l'absence de rites funéraires. Toutefois, plusieurs professionnels interrogés jugent que certains de leurs collègues ont indûment pâti d'avoir été mobilisés pour des missions auxquelles ils avaient été trop peu formés et pour lesquelles ils étaient livrés à eux-mêmes, sans encadrement (en particulier les étudiants et les jeunes diplômés). À plusieurs reprises dans nos entretiens, les limites des glissements ou des changements imprévus de tâches ont été soulignées, de même que l'insuffisance de la formation de volontaires au métier d'infirmier en trois jours. Par ailleurs, certains infirmiers en poste ont été blessés par ces changements de tâches ou ces formations accélérées :

ils y ont perçu un discrédit porté à l'égard de leur diplôme et de leur expérience.

- Inversement, on peut aussi s'interroger sur les raisons de la faible sollicitation de citoyens pour intervenir bénévolement au sein des établissements et services, non pas naturellement pour des activités de soins techniques, mais pour des missions de soutien aux équipes – apporter une aide logistique, tenir compagnie aux résidents en EHPAD, distribuer des repas, etc. Alors qu'on demandait aux professionnels bien davantage d'efforts, d'implications et de prises de risque qu'à l'accoutumée, il aurait été justifié que soit demandé davantage aux citoyens, d'autant que les deux entretiens que nous avons réalisés auprès de bénévoles attestent de la réussite de ce type d'expérience et que, en outre, d'après ces derniers, beaucoup de citoyens auraient souhaité apporter leur aide, mais ignoraient à qui s'adresser. En définitive, on pourrait considérer que cette entreprise de fabrique de héros pendant la première vague est venu renforcer un décalage, en grande partie arbitraire, entre, d'un côté, des professionnels de santé sur-responsabilisés, qui se sentent abandonnés et, de l'autre, des citoyens déresponsabilisés, tenus à distance et réduits à applaudir.

2. Comment les professionnels interrogés analysent-ils les difficultés qu'ils ont rencontrées ?

Les difficultés exprimées par les professionnels ont en grande partie émergé avant la première vague. Elles sont imputées au manque de moyens matériels et humains et, à travers cela, au déficit de reconnaissance et de connaissance des institutions et du public.

- Nous constatons que ces vécus sont presque toujours antérieurs à la crise de la Covid-19 ou perçus comme tels par les professionnels interrogés. Les professionnels interrogés interprètent souvent le manque de moyens humains et matériel comme procédant d'un manque de reconnaissance de la part des directions des établissements et, plus généralement, de tous les échelons de la gouvernance. Au-delà des manques de matériel déjà cités, la distribution inégale et différenciée de primes aux soignants considérés comme des « soignants-COVID » a été parfois vécue comme aléatoire et injuste. Plus fondamentalement, le sentiment d'être considéré comme un exécutant dont les opinions et les vécus ne comptent pas est majoritaire parmi les personnes que nous avons interrogées. Cela vaut aussi bien pour les décisions qui les concernent directement – changement ou glissement de tâches notamment – que pour celles qu'ils doivent appliquer – restriction des visites, par exemple. Dans certains cas, la crise pandémique majore ce sentiment ; dans d'autres cas, lorsque des initiatives ont pu être menées sous

POINTS D'ATTENTION 1

- Il convient de porter attention à l'usage des termes employés pour qualifier les vécus des professionnels du soin et de l'accompagnement. Le mot « souffrance » devrait être utilisé avec discernement et adéquatement par les institutions, sans quoi il risque de rendre invisible la diversité des vécus et des attentes des professionnels.

- Une réflexion s'impose sur les moyens les plus efficaces de mobiliser les citoyens en temps de crise. Il conviendrait de faire mieux connaître la « réserve civique »¹ qui peut être mobilisée en temps de crise pour venir en soutien des professionnels sur le terrain, sans qu'il soit demandé aux volontaires de se substituer à eux.

l'impulsion de professionnels, elle le minore. Mais, globalement, le sentiment demeure.

- La plupart des professionnels déplorent être privés du droit, sinon de décider, du moins de peser sur les décisions prises et qui s'imposent à eux. Le sentiment d'être dominé, soumis à des décisions que l'on doit exécuter sans avoir pu y prendre part d'aucune façon, est très répandu. Il génère de la souffrance éthique ou ce que nous avons nommé du malaise éthique. Entre soignants COVID et soignants non COVID, entre soignants-sauveurs de vie et soignants ou accompagnants de vulnérabilités, entre métiers (notamment entre médecins et «paramédicaux»), entre professionnels en poste et étudiants, entre services, les tensions sont nombreuses et nourrissent le sentiment qu'il existe des hiérarchies implicites. Il n'est pas de professionnel, parmi celles et ceux que nous avons interrogés, qui ne fasse état d'un manque ou d'une absence de pouvoir dans la participation aux décisions qui les concernent. Ce résultat montre, à notre sens, que des différences de traitement perdurent et sont par ailleurs de plus en plus contestées par les professionnels. Les conflits et, par là, la colère, le stress, le surmenage, la souffrance se nourrissent de ces différences symboliques implicites. Il devient aujourd'hui néces-

saire d'associer davantage, par la concertation, l'ensemble des professionnels aux décisions qui les concernent et qu'ils doivent appliquer, et de mieux faire connaître auprès des professionnels l'importance et la complémentarité de l'ensemble des métiers du soin et de l'accompagnement.

- Dans leur ensemble, les professionnels vivent mal ce qu'ils perçoivent comme une méconnaissance du public à l'égard de leurs métiers et de ce qu'ils vivent quotidiennement. La gêne, l'incompréhension ou la colère face au mouvement d'héroïsation, ou aux marques de reconnaissance du public comme les applaudissements de 20h, s'expliquent avant tout par cette méconnaissance, elle-même perçue comme une marque d'indifférence.

POINTS D'ATTENTION 2

- Les professionnels devraient être associés à une concertation dans la mesure du possible lorsque les décisions prises à des niveaux hiérarchiques supérieurs transforment leur travail quotidien, que ces décisions portent sur leurs propres missions ou sur le fonctionnement de leur service.

- Les compétences et avis des professionnels doivent être respectés et entendus dans les prises de décision qui les concernent et qu'ils sont supposés appliquer, sans quoi les conflits et tensions risquent de perdurer et de mettre à mal la cohésion des services.

- Les métiers des secteurs du soin et de l'accompagnement restent encore trop méconnus par les professionnels eux-mêmes; il conviendrait de rendre plus visibles les rôles et missions respectives de chaque corps de métier dans les services et établissements.

- Plus largement, un ensemble de dispositions pourrait amoindrir le problème que constitue, pour les professionnels, la méconnaissance du grand public à l'égard de l'ensemble des métiers du soin et de l'accompagnement: organisation de rencontres et de débats à destination des élèves et étudiants², opportunités de stages d'observation, etc.

3. Quels enseignements peut-on tirer des vécus et analyses des professionnels interrogés ?

Au-delà des vécus, cette enquête nous invite à nous rendre attentifs au potentiel réflexif et critique qu'ils recèlent et à la nécessité qu'existent des temps et des lieux rendant possible leur expression.

- La souffrance, la colère, l'inconfort ou la gêne traduisent souvent des jugements éthiques dont celles et ceux qui s'expriment sont souvent conscients. Par nos entretiens, nous avons ainsi pu mettre au jour, à travers l'expression des vécus, des analyses pertinentes sur l'organisation des soins, le management, le soin, etc. Nous en concluons qu'une approche exclusivement psychologique de ces vécus visant à les prévenir ou à les soigner peut avoir pour effet de maintenir ces professionnels dans une position de passivité et d'ignorer leurs valeurs et positionnements éthiques sous-jacents. Parallèlement à des dispositifs de soin et de soutien psychologique aux professionnels, nécessaires, il faudrait que soient favorisées les conditions d'une expression des points de vue et des désaccords dans l'ensemble des interactions quotidiennes de travail.
- Les résultats de l'enquête révèlent que prendre au sérieux ce que les professionnels vivent et pensent exige un suivi sur le temps long et une écoute qui ne soit pas seulement réceptive aux risques et aux signaux de détresse psychologique, mais à l'ensemble des vécus dans leur diversité. À cet égard, confirmant les observations et analyses d'Yves Clot sur le «despotisme compassionnel» (2010), l'enquête témoigne des insuffisances de la prévention des risques psycho-sociaux pour tenir compte des vécus des professionnels : des professionnels peuvent ne présenter aucun risque psychique et, pour autant, nous alerter sur les situations difficiles ou des conflits dans lesquels eux-mêmes, leurs collègues ou leur service sont impliqués.
- Notre enquête confirme le constat déjà formulé par Valérie Gateau et Cynthia Fleury selon lequel les soignants, et plus généralement l'ensemble des professionnels du soin et de l'accompagnement, «mobilisent l'éthique comme ressource contre la souffrance professionnelle» (2021, p. 40). Des structures éthiques existent certes dans de nombreux établissements et services de soin et d'accompagnement, mais demeurent encore trop peu fréquentées par la diversité des professionnels. Pour que toutes et tous les professionnels en tirent profit et puissent y exprimer leurs opi-

nions, plusieurs conditions devraient être réunies : toutes et tous, soignants et non soignants, devraient pouvoir disposer de temps ; toutes et tous devraient être considérés et se considérer comme légitimes, à égalité des autres, pour participer aux réunions organisées par des structures d'éthique quelles que soient les formes qu'elles prennent (comités d'éthique locaux, cellules de soutien éthique, espaces de réflexion éthique régionaux, etc.)³ et prendre la parole. Sans doute reste-t-il à accomplir du chemin à cet égard.

- La période de la première vague a, pour la totalité des professionnels interrogés, constitué un moment de révélation et de prise de conscience sur le sens que revêtent leurs métiers, mais a aussi parfois inspiré un sentiment d'absurdité, de perte ou de manque de sens. Confrontés à des expériences imprévisibles et inédites, pour certaines violentes, les professionnels interrogés ont été forcés de s'adapter pendant la première vague de la Covid-19 pour tenter de donner du sens à ce qu'ils vivaient. Ils ont toutefois déployé diverses stratégies, diverses façons de faire face. Certains ont tenté d'agir sur la situation, soit en essayant de la transformer radicalement, soit en cherchant un compromis ou un arrangement ; à l'inverse, d'autres ont pris sur eux, en tentant de s'accommoder de la situation qu'ils vivaient, ou encore ont choisi de trouver une issue, notamment en changeant de service ou de métier. Certains ont cherché l'équilibre, l'apaisement, un certain consentement à la situation ; d'autres, au contraire, ont «tapé du poing sur la table», suscité le conflit ou encore se sont mis en arrêt maladie, exprimant ainsi un refus de la situation. Nous parvenons ainsi à distinguer quatre postures d'adaptation : (a) composer ; (b) transformer ; (c) supporter ; (d) trouver une issue. L'identification de ces stratégies nous semble par elle-même importante dans la visée d'un apaisement des conflits et des tensions qui ont émergé entre les professionnels et nourri un climat de suspicion. Plutôt que d'être hiérarchisées et jugées, ces stratégies méritent d'être explicitées : par exemple, il n'est pas préférable de négocier plutôt que de changer de métier, il s'agit simplement là de deux façons de faire face, dont l'adoption dépend d'une multitude de paramètres (personnalités, statuts sociaux, situations vécues, etc.).

- 1 «Instituée par la loi n° 2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté (JO du 28.01.2017), la Réserve civique est une réponse au désir d'engagement des citoyens qui s'est largement manifesté après les attentats de 2015» (<https://www.gouvernement.fr/risques/la-reserve-civique>).
- 2 Nous renvoyons, à titre d'exemple, au programme «Transmissions» initié par l'Espace de réflexion éthique Ile-de-France et qui consiste à organiser des ateliers de réflexion éthique avec les lycéens et les jeunes étudiants (pour en savoir plus : <https://www.espace-ethique.org/education-transmissions>).
- 3 Une cartographie des structures d'éthique d'Ile-de-France a été publiée par l'Espace de réflexion éthique Ile-de-France et peut être consultée sur le site espace-ethique.org; par ailleurs, pour un aperçu détaillé des types de structures éthiques existantes dans les établissements et services de soin et d'accompagnement, nous recommandons la lecture du rapport «Études des démarches en éthique du soin et de l'accompagnement dans les établissements de santé en Ile-de-France», réalisé par Alexia Jolivet pour l'Observatoire des pratiques éthiques de l'Espace de réflexion éthique Ile-de-France et publié en 2015.

POINTS D'ATTENTION 3

- Le souci témoigné aux vécus des professionnels devrait s'inscrire dans le temps long et ne pas se focaliser exclusivement sur les risques psycho-sociaux. Pour améliorer les conditions de travail, les réflexions et les retours d'expérience de professionnels devraient être davantage pris en compte.
 - Les structures d'éthique devraient être pleinement reconnues comme des lieux propices à l'expression des réflexions, des vécus et des souffrances de tous les professionnels.
 - Du point de vue du management et de l'organisation du travail, la promotion de l'adaptabilité de tous les professionnels risque de nourrir les tensions et les conflits ; il convient de comprendre les différentes façons par lesquelles ces derniers s'adaptent aux situations qu'ils rencontrent.
-

CHAPITRE 1 – INTRODUCTION : OBJECTIFS, MÉTHODOLOGIE ET LIMITES DE L'ENQUÊTE

ANACT (2018), Évaluation des démarches de prévention des risques psychosociaux dans dix établissements de santé

🔗 https://www.anact.fr/sites/anact/files/vd2_rez_synthfinale_fp_evalrps_hopitaux_rapport_juin2018_copie.pdf

CANOÛ P. (2003), « La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques », *Médecine & Hygiène, INFOKara*, vol. 18, n° 2, pp. 101-104

GATEAU V, FLEURY C (2020), *Pour une clinique philosophique du burn-out des professionnels de santé*, CHAIRE DE PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL (CNAM), juin 2020.

🔗 <https://chaire-philosophie.fr/wp-content/uploads/2020/11/BurnOutProfsante-WEB.pdf>

DESAILLY-CHANSON M.-A. (2016) *Etablissements de santé. Risques psychosociaux des personnels médicaux. Recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale: recommandations pour une amélioration des pratiques.* IGAS.

🔗 <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article567>

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (2021), « L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs », numéro 1215, novembre 2021

🔗 https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-11/ER1215_0.pdf

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS (2015) *Risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants. Guide de prévention, repérage et prise en charge.*

🔗 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_risques_psychosociaux_280217.pdf

ESPACE ÉTHIQUE ILE-DE-FRANCE, GZIL F. (2021). *Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés? Un document repère pour soutenir l'engagement et la réflexion des professionnels*, Repères et ressources en éthique 1

🔗 <https://www.espace-ethique.org/repere-ethique-ehpad>

FRANCFORT I., OSTY F., SAINSAULIEU R., UHALDE M. (1995) *Les mondes sociaux de l'entreprise*, Desclée de Brouwer

HAS (2020), *Réponse rapide dans le cadre du COVID-19 – Souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir, repérer et orienter*, Mai 2020

🔗 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/r_r_souffrance_des_professionnels_du_monde_la_sante_version_cd_vdef_dlg_mel.pdf

HAS ET ANACT (2013), *Repères et principes d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé*

🔗 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/demarche_qvt_note_es.pdf

PIOTET F., SAINSAULIEU R. (1994), *Méthodes pour une sociologie de l'entreprise*, Paris, FNSP

RICOEUR P. (1992), « La souffrance n'est pas la douleur », *Psychiatrie française*, numéro spécial, juin 1992

TARANTINI C., COUTELLE L. (2022), « L'essai face au soin. Caractériser l'expérience éthique en situation de crise », *Communication lors du congrès EPANCOPI*, Université de Clermont-Ferrand, 16-17 février

CHAPITRE 2 – DES MOTS POUR DIRE DES VÉCUS

LECOURS S. (2016), « Niveaux de mentalisation de la souffrance en clinique : agonie, détresse et tristesse adaptative », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 37, n° 3, pp. 235-257.

CHAPITRE 3 – LES DIFFICULTÉS EXACÉRBEES PAR LA CRISE

EL-HAGE W., HINGRAY C., LEMOGNE C., YRONDI A., BRUNAUT P., BIENVENU T., ETAIN B., PAQUET C., GOHIER B., BENNABI D., BIRMES P., SAUVAGET A., FAKRA E., PRIETO N., BULTEAU S., VIDAILHET P., JOLLANT F., CAMUS V., LEBOYER M., KREBS M.-O., AOUIZERATE B. (2020), « Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? », *L'Encéphale*

FOX R. (1988), *L'incertitude médicale*, L'Harmattan

GALAM É. (2012), *L'erreur médicale, le burn-out et le soignant. De la seconde victime au premier acteur*, Springer

GRIMALDI A. (2009), *L'hôpital, malade de la rentabilité*, Fayard

JUVEN P.-A., PIERRU F., VINCENT F. (2019), *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, éditions Raison d'agir

OLIVIER O., BRUNET J.-B., BOUVET E., ABITEBOUL D., LOLOM I., PELLISSIER G., DELAROCHE-ASTAGNEAU E., ROUVEIX E., « Contexte de contamination des soignants par le SARS-CoV-2 pendant la première vague de l'épidémie en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 35, pp. 690-695.

TARANTINI C., COUTELLEC L. (2022), « L'essai face au soin. Caractériser l'expérience éthique en situation de crise », Communication lors du congrès EPANCOPI, Université de Clermont-Ferrand, 16-17 février

CHAPITRE 4 – LES DIFFICULTÉS INÉDITES

ESPACE ÉTHIQUE ILE-DE-FRANCE, GZIL F. (2021). *Pendant la pandémie et après. Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés ? Un document repère pour soutenir l'engagement et la réflexion des professionnels*, Repères et ressources en éthique 1

🔗 <https://www.espace-ethique.org/repere-ethique-ehpad>

GOLDENBERG E. (1987), « Près du mourant, des soignants en souffrance », *Revue Études*, Tome 367, n° 5 (3675)

CHAPITRE 5 – AU TRAVERS DES DIFFICULTÉS: DES ENJEUX DE RECONNAISSANCE

DEJOURS C. (2005), Interview « Des rituels virils pour conjurer la peur », par Sonya Faure et Cécile Daumas, Publié le 31 mai sur liberation.fr

FREUDENBERGER H. (1987), *L'épuisement professionnel : la brûlure interne*, éditions G. Morin

CHAPITRE 6 – LES PROFESSIONNELS FACE AUX MARQUES DE RECONNAISSANCE ET AU MOUVEMENT D'HÉROÏSATION

« Une discrimination pas forcément positive pour les soignants », publié le 3 mars 2020 sur lequotidiendumedecin.fr

ATLANI-DUAULT L., WARD J. K., ROY M., MORIN C., WILSON A. (2020), « Tracking online heroisation and blame in epidemics », *Lancet Public Health*, vol. 5, n° 3, pp. 137-138

BENTUÉ M. (2020), « Il ne s'agit pas d'être des héros, mais nous ne voulons pas être des martyrs », El Blog de Zoe, 30 mars

🔗 <https://elblogdezoe.es/detalle.php?web=ante-covid-19-no-se-trata-de-ser-heroes-pero-no-queremos-ser-martires>

DEL VOLGO M.-J. (2020), « Il est dangereux de faire endosser aux soignants le costume du héros », Publié le 26 mars sur LeMonde.fr

🔗 https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/03/26/coronavirus-ill-est-dangereux-de-faire-endosser-aux-soignants-le-costume-du-heros_6034557_3244.html

HONNETH A. (2006), « La reconnaissance comme idéologie » dans *La société du mépris*, trad. O. Voirol, La Découverte

CHAPITRE 7 – S'ADAPTER ET FAIRE FACE AUX CHANGEMENTS: UNE DIVERSITÉ DE POSTURES ET DE PRATIQUES

« Appels à la grève des personnels soignants contre l'obligation vaccinale et le passe sanitaire » (2021), Publié le 4 août sur LeMonde.fr

« Dans les hôpitaux, un « cercle vicieux de la désaffection » après la sortie de crise sanitaire » (2021), Publié le 12 octobre sur LeMonde.fr

ENDLER N. S., SPEER R. L., JOHNSON J. M., FLETT G. L. (2000), Controllability, coping, efficacy, and distress, *European Journal of Personality*, vol. 14, n° 3, pp. 245-264

GAINARD L. (2002), Incidences de la psychodynamique du travail sur la pratique analytique, Thèse de doctorat en Psychologie, Conservatoire national des arts et métiers, Paris

HOLCMAN R. (2018), « L'organisation ou le soin à l'origine de la souffrance des soignants hospitaliers? », in *La souffrance des soignants : Stress, burn-out, violences... du constat à la prévention*, Dunod

LAZARUS R., FOLKMAN S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer

PAULHAN I. (1992), Le concept de coping, in : *L'année psychologique*, vol. 92, n° 4, pp. 545-557

RICOEUR P. (1992), « La souffrance n'est pas la douleur », *Psychiatrie française*, numéro spécial, juin 1992

ROLO D. (2017), Histoire et actualité du concept de souffrance éthique, *Travailler*, janvier 2017, numéro 37, pp. 253-281

SPACAPAN S., OSKAMP S. (1988), *The social psychology of health*, Londres, Sage

CHAPITRE 8 – APPORTS ET LIMITES DU CONCEPT DE SOUFFRANCE ÉTHIQUE

DEJOURS C. (1980), *Travail : usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*, Le Centurion

DEJOURS C. (1998), *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Seuil

DEJOURS C. (2004), « Activisme professionnel : masochisme, compulsivité ou aliénation? », *Travailler*, Janvier 2004, numéro 11

GAINARD L., CHARON A. (2005), *Gestion de crise et traumatisme : les effets collatéraux de la « vache folle »*. De l'angoisse singulière à l'embarras collectif, *Travailler*, Février 2005, numéro 14

GIANNETTA N., VILLA G., PENNASTRI F., SALA R., MORDACCI R., MANARA D.F. (2020), Instruments to assess moral distress among healthcare workers: A systematic review of measurement properties. *Int J Nurs Stud*. 2020 Nov;111:103767. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103767. Epub 2020 Sep 2. PMID: 32956930.

HAMRIC A.B., DAVIS W.S., CHILDRESS M.D. (2006), Moral distress in health care professionals, *Pharos*.

HARDINGHAM L.B. (2004), Integrity and moral residue: Nurses as participants in a moral community, *Nursing Philosophy*

JAMETON A. (1984), *Nursing practice: the ethical issues*, Pearson College Div; 1st edition

JAMETON A. (1993), Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clinical Issues in Perinatal & Womens Health Nursing*

MOLINIER P. (2006), *Les enjeux psychiques du travail*, Petite Bibliothèque Payot

MORLEY G. (2018), What is 'Moral Distress' in Nursing? How, Can, and Should We Respond to it?, March 2018, *Journal of Clinical Nursing* 27(19-20)

QUINTIN J. (2011), « La souffrance du médecin : un malaise éthique? », *Le Médecin du Québec*, vol. 46, n° 4

ROLO D. (2013), Contraintes organisationnelles, distorsion de la communication et souffrance éthique. Le cas des centres d'appels téléphoniques, Thèse soutenue le 1^{er} octobre 2013, CNAM

ROLO D. (2017), Histoire et actualité du concept de souffrance éthique, *Travailler*, janvier 2017, numéro 37, pp. 253-281

SKHLAR J. (1990), *The faces of injustice*, Yale University Press

TARANTINI C., COUTELLEC L. (2022), « L'essai face au soin. Caractériser l'expérience éthique en situation de crise », Communication lors du congrès EPANCOPI, Université de Clermont-Ferrand, 16-17 février

WEBSTER G. & BAYLISS F. (2000). Moral residue. In S. Rubin, & L. Zoloth (Eds.), *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown, MD: University Publishing Group, Inc.

YOUNG P.D., RUSHTON C.H. (2017), A concept analysis of moral resilience. *Nurs Outlook*. 2017 Sep-Oct;65(5):579-587. doi: 10.1016/j.outlook.2017.03.009. Epub 2017 Mar 16. PMID: 28434608.

Profession	Sexe	Lieu d'exercice	Changements d'exercice dus à la première vague	Durée de l'entretien
Infirmière	F	Formatrice, IFAS	Passage en télétravail	25 min
Infirmière	F	En formation d'infirmière anesthésiste/ précédemment en réanimation	Mobilisation en réanimation, encadrement des infirmiers	40 min
Infirmière	F	Domicile	Inchangé	48 min
Infirmier	H	Domicile	Inchangé	40 min
Infirmier	H	USIDATU, hôpital public	Inchangé	47 min
Infirmier	H	Équipe de pool, hôpital public	Mobilisation en unité Covid	51 min
Infirmière	F	Entreprise, santé au travail	Passage en télétravail	1h51
Directrice d'établissement (entretien double)	F	EHPAD	Inchangé	1h09
Responsable de la politique des soins et de l'accompagnement	H	Résidences autonomie	Inchangé	29 min
Responsable qualité	F	Fondation d'utilité publique	Passage en télétravail	41 min
Directrice	F	Maison de l'adolescent	Passage en télétravail	1h09
Chargée de mission	F	Maison de l'adolescent	Passage en télétravail	1h08
Assistante médico-administrative	F	Hôpital public	Activités d'information des patients par téléphone	46 min
Psychologue	F	Médecine interne, hôpital public	Soutien psychologique aux professionnels en plus des activités habituelles	2h02
Psychologue	F	Ressources humaines, Hôpital public/ Hôpital de jour thérapeutique pour patients atteints de maladies neuro-évolutives	Fermeture de l'activité en hôpital de jour thérapeutique	1h50
Psychologue	F	Équipe mobile de soins palliatifs, hôpital public	Soutien psychologique aux professionnels en plus des activités habituelles	49 min
Psychologue	F	EHPAD (2 structures)	Passage à temps plein dans un seul EHPAD	46 min
Psychologue	F	Centre médico-psychologique	Passage en téléconsultation	40 min
Psychologue	H	Exercice libéral/EHPAD	Inchangé	35 min
Médecin	F	Soins palliatifs, hôpital public	Inchangé	34 min
Médecin	F	Psychiatrie, exercice libéral	Inchangé	47 min
Médecin	F	Réanimation pédiatrique, hôpital public	Passage en réanimation adulte	1h02
Médecin	F	Médecine interne, hôpital public	Médecin responsable d'une unité Covid	56 min
Médecin	F	Coordination médicale, EHPAD	Inchangé	40 min

Profession	Sexe	Lieu d'exercice	Changements d'exercice dus à la première vague	Durée de l'entretien
Cadre de santé	F	Responsable de la cellule de gestion des séjours, hôpital public	Ouverture d'une unité Covid	1h32
Cadre de santé	F	Responsable des services du Département Médico-Universitaire, hôpital public	Inchangé	35 min
Cadre de santé (entretien double)	F	EHPAD	Inchangé	1h09
Aide-soignante	F	Service de Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique, hôpital public	Passage en Unité de soins continus	48 min
Aide-soignante	F	EHPAD	Inchangé	41 min
Assistante sociale	F	Centre d'accueil pour femmes	Multiplication des rôles (infirmière, femme de ménage...)	43 min
Éducateur	H	Centre d'hébergement	Réduction du temps passé en présentiel	56 min
Assistante de soins en gérontologie	F	Hôpital de jour, groupe associatif	Passage en soins à domicile	27 min
Auxiliaire de vie	F	Exercice libéral	Accompagnement à domicile exclusivement (accès non autorisé en EHPAD)	1h05
Technicien hospitalier	H	Technicien	Inchangé	39 min
Agente d'entretien	F	Hôpital public	Inchangé	20 min
Sage-femme	F	Hôpital public	Inchangé	1h30
Bénévole	H	Étudiant	Bénévole en EHPAD	31 min
Bénévole	F	Salariée dans la culture et la communication	Bénévole en EHPAD	28 min

Créé en 1995, l'*Espace éthique de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris* est le premier espace éthique conçu et développé au sein d'une institution. Il a été désigné en 2013 *Espace de réflexion éthique d'Île-de-France*.

C'est un lieu de réflexion, de formation et de recherche sur l'ensemble des questions éthiques et sociétales dans le champ de la santé, du soin et de l'accompagnement. Soucieux de contribuer au débat public, il propose également des rencontres interdisciplinaires et des débats citoyens.

Depuis 2010, il s'est vu confier le développement de l'*Espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer*, devenu *Espace national de réflexion éthique sur les maladies neuro-évolutives*

🔗 <https://mnd.espace-ethique.org>

L'Espace de réflexion éthique d'Île-de-France publie la *Revue française d'éthique appliquée*, revue universitaire francophone à comité de lecture.

Depuis 2012, il est membre du laboratoire d'excellence *DISTALZ* (Développement de stratégies innovantes pour une approche transdisciplinaire de la maladie d'Alzheimer).

Depuis 2020, il est également associé au programme de recherche *COVID-ETHICS*, financé par l'Agence nationale de la recherche.

L'Espace de réflexion éthique d'Île-de-France propose en 2021 un cycle d'ateliers dédiés aux référents éthiques des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux :

« *Créer, structurer et faire vivre au quotidien une démarche de questionnement éthique. Comment s'y prendre concrètement ? Freins, leviers et retours d'expérience* ».

Ces ateliers sont ouverts à tous, sur inscription préalable.

Pour toute information :

🔗 www.espace-ethique.org//demarche-ethique21

Retrouvez sur notre site toutes les informations sur nos événements, nos publications et nos formations :

🔗 www.espace-ethique.org

Suivez nos actualités sur les réseaux sociaux :

🔗 facebook.com/espace.ethique

🔗 twitter.com/EspaceEthique

🔗 youtube.com/EspaceEthique

CHARTRE 2016
ÉTHIQUE ET RELATIONS DE SOIN
AU DOMICILE

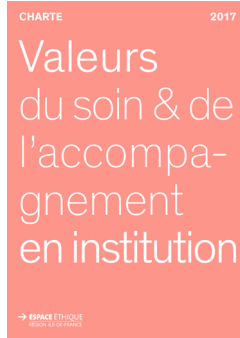
👉 <https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/Charte-A2016.pdf>

CHARTRE 2017
VALEURS DU SOIN & DE L'ACCOMPAGNEMENT EN INSTITUTION

👉 https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/WEB-170214-CHARTRE_INSTITUTION.pdf

AIDE-MÉMOIRE 2017
CRÉER ET ANIMER UNE STRUCTURE
DE RÉFLEXION ÉTHIQUE

👉 <https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/Checklist%202017%20pages%20doubles.pdf>



PROGRAMME DES FORMATIONS UNIVERSITAIRES ET DES ÉVÉNEMENTS

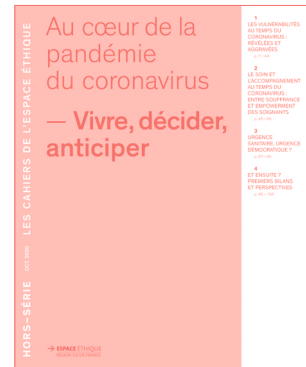
👉 https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/programme_univ_2122_v9a.pdf

PANDÉMIE 2020. ETHIQUE, SOCIÉTÉ, POLITIQUE

👉 <https://www.editionsducerf.fr/librairie/livre/19098/pandemie-2020>

CAHIER HORS-SÉRIE
AU CŒUR DE LA PANDÉMIE
DU CORONAVIRUS

👉 https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/hors-serie_ee_covid19.pdf

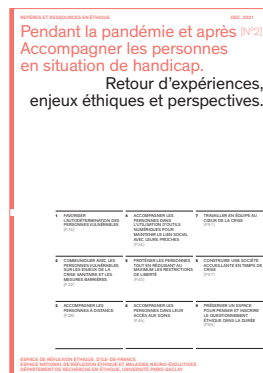
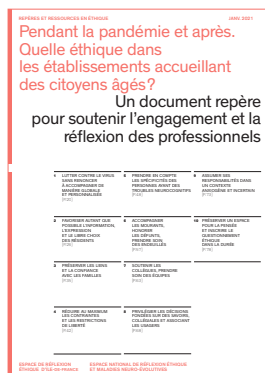


PENDANT LA PANDÉMIE ET APRÈS.
QUELLE ÉTHIQUE DANS
LES ÉTABLISSEMENTS ACCUEILLANT
DES CITOYENS ÂGÉS ?

👉 https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/document_repere_ethique_ehpad.pdf

PENDANT LA PANDÉMIE ET APRÈS [N°2]
ACCOMPAGNER LES PERSONNES
EN SITUATION DE HANDICAP.

👉 https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/211210_fiche_handicap.pdf



À l'heure où paraît ce document, de nombreux services et établissements de soin et d'accompagnement traversent une phase particulièrement critique de leur existence : difficultés de recrutement, départs de personnels, notamment infirmiers, situations de souffrance éthique et de tension. Cette désorganisation des systèmes de santé et du médico-social n'a pas commencé en mars 2020 mais elle a été précipitée par la pandémie et ses effets, que nous ne pouvons encore entièrement mesurer et qui touchent aussi bien la disponibilité des ressources que les motivations à être ou à devenir un professionnel du soin et de l'accompagnement. C'est d'abord pour rendre compte des vécus et les réflexions de ces professionnels que ce travail d'enquête a été engagé.

Ce document constitue ainsi le rapport d'une enquête menée auprès de 38 professionnels du soin et de l'accompagnement entre mars et octobre 2020. Avec les personnes interrogées, nous souhaitons discuter librement de ce qu'elles étaient en train de vivre ou de ce qu'elles avaient vécu pendant la première vague épidémique. Nous leur demandons aussi dans quelle mesure les changements auxquels ils faisaient face dans leurs pratiques bousculaient leurs habitudes et représentations professionnelles antérieures et ce qu'ils pensaient de l'héroïsation et des marques de reconnaissance dont ils ont fait l'objet. Il nous a semblé pertinent d'enquêter auprès d'une grande diversité de professionnels travaillant dans les secteurs du sanitaire, du médico-social ou du social. Parmi eux, certains sont soignants, d'autres non ; certains ont pris en charge des patients atteints de la Covid-19, d'autres non.

Ce nouveau volume de la collection « repères et ressources en éthique » contribuera à restituer et questionner les vécus et les analyses de professionnels du soin et de l'accompagnement. Plus largement, nous espérons qu'il pourrait aider à mettre en lumière les dysfonctionnements au sein des activités de soin et de leur organisation, mais aussi à témoigner de l'utilité de la réflexion collective dans ces espaces de travail.