



## Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé

16-3 | 2014  
Sur le fil

---

### La santé des soignants altérée par les relations

Une interrogation sur le rôle de la relation de soin dans les problèmes de santé au travail

*Is the health of the care givers affected by relationships? A questioning about the role of relationship concerning health issues at work*

*La salud de los trabajadores de la salud está afectada por las relaciones? Un cuestionamiento sobre el rol de la relación de cuidado en los problemas de salud en el trabajo*

**Mathieu Raybois**

---



#### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/4072>

DOI : [10.4000/pistes.4072](https://doi.org/10.4000/pistes.4072)

ISSN : 1481-9384

#### Éditeur

Les Amis de PISTES

#### Référence électronique

Mathieu Raybois, « La santé des soignants altérée par les relations », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 16-3 | 2014, mis en ligne le 12 juin 2014, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/4072> ; DOI : [10.4000/pistes.4072](https://doi.org/10.4000/pistes.4072)

---

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.



*Pistes* est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

---

# La santé des soignants altérée par les relations

Une interrogation sur le rôle de la relation de soin dans les problèmes de santé au travail

*Is the health of the care givers affected by relationships? A questioning about the role of relationship concerning health issues at work*

*La salud de los trabajadores de la salud está afectada por las relaciones? Un cuestionamiento sobre el rol de la relación de cuidado en los problemas de salud en el trabajo*

**Mathieu Raybois**

---

## Introduction

- 1 Nombreuses sont les préoccupations suscitées par la santé et la souffrance au travail. Légitimes, elles le sont au regard des problèmes constatés, des témoignages des travailleurs, de la multiplication des demandes d'actions ou d'expertises, des interventions et des recherches menées. Dans le domaine du soin et des professions du soin, la souffrance des travailleurs se trouve très fréquemment traduite, expliquée, et étudiée, en utilisant la notion d'épuisement professionnel ou de *burnout*<sup>1</sup>. Or, l'usage de la notion de *burnout* suppose une conception sous-jacente de la santé et de la maladie, une centration sur certaines dimensions de l'individu et de la relation. Penser et analyser les problèmes des soignants en employant une approche fondée sur le modèle du *burnout* détermine en conséquence les modalités pratiques de l'intervention destinée à les résoudre.
- 2 Notre propos débutera par une interrogation sur la pertinence d'un recours plus que fréquent au modèle du *burnout*. Au lieu de considérer la santé des soignants en lui appliquant une évaluation de leurs pathologies selon les termes proposés par ce modèle, nous traiterons la question de la santé à partir d'une analyse de l'activité de soin. En outre, il s'agit de poser une question qui ne trouve point sa place dans le modèle du

*burnout* et qui, pourtant, est loin d'être négligeable dans la compréhension des professions du soin : quel rôle peut jouer la relation de soin dans la constitution de la santé des soignants ?

- 3 En adoptant cette perspective, notre souhait est de penser la relation au-delà d'une conception dichotomique de cette dernière qui oppose la relation au patient, facteur de stress, aux relations avec les pairs susceptibles d'être favorables à la santé comme soutien social (Edey Gamassou, 2012) ou en tant que formation d'un collectif de travail (Clot, 2008 ; Caroly, 2011). Ainsi, il y aurait une relation qui, exposant à un autrui souffrant, abîme et altère la santé des professionnels. Tout au contraire, le collectif permettrait d'améliorer le travail et protégerait la santé des personnes soit en rendant possible une reconnaissance entre pairs et un sentiment d'appartenance au groupe (Dejours, 2008 ; Molinier, 2008), soit par la construction des règles de métier et la recherche du « travail bien fait » (Clot, 2008 ; Caroly, 2011). Dès lors, la relation aux pairs serait valorisée et pourrait devenir l'objet privilégié d'actions visant la santé des travailleurs, mais qu'en serait-il, alors, de la relation aux patients ? Faudrait-il considérer que la construction de la santé se joue uniquement dans les rapports entre pairs tandis que la relation aux personnes souffrantes demeure, quant à elle, exclusivement préjudiciable aux professionnels ?
- 4 Mais, entre ces deux pôles de valeur opposée, qu'en est-il, précisément, de la relation de soin ? Quels sont les problèmes qu'elle pose dans la construction de l'activité ? Quelles sont les ressources qu'elle mobilise et offre ? Est-il concevable, enfin, de penser la santé des soignants en occultant la question de la relation ? Au-delà de ces interrogations, il s'agit de reconsidérer les problèmes inhérents à l'activité des soignants et à la question de la santé au travail. Notre article aura pour objectif de mettre en discussion le modèle du *burnout* mais également de considérer les perspectives proposées par la clinique du travail.

## 1. Théorie

### 1.1. Le burnout : la relation de soin est-elle vraiment interrogée ?

- 5 Lorsqu'il est question de la souffrance des personnels soignants, les notions de *burnout* et de syndrome d'épuisement professionnel sont très souvent réunies. En 1974, observant un ensemble de symptômes que présentent des bénévoles en activité auprès de toxicomanes, Freudenberg choisit le terme de *burnout* afin de décrire un état dû à une utilisation excessive des ressources de la personne accompagnée d'un sentiment d'échec. Cette première conception met l'accent sur l'absence de résultats escomptés par des individus qui sont très engagés dans leur activité et ont des idéaux élevés. En 1981, Maslach et Jackson reconsidèrent le phénomène décrit par Freudenberg et proposent une définition dont est issu le modèle tridimensionnel, fréquemment employé de nos jours, caractérisant le *burnout* par trois traits : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre, la perte du sens d'accomplissement de soi au travail. Dans cette perspective, les relations interpersonnelles sont situées « au cœur du *burnout* » (Truchot, 2004, p. 9). Si, pour Freudenberg, les facteurs personnels étaient privilégiés, l'explication proposée par Maslach et Jackson incrimine davantage la relation d'aide en ce qui concerne la genèse de la pathologie.

- 6 Cette centration sur la relation, reconsidérée par d'autres auteurs, fait l'objet de développements ou de précisions. Ainsi, ce seraient les exigences spécifiques inhérentes à la relation d'aide, notamment la sollicitation affective, qui causeraient aux soignants des difficultés pouvant les conduire au syndrome du *burnout* (Pezet-Langevin, 2003). Canouï affirme que la relation « présente des risques », et que le *burnout* est « une expression de la pathologie de la relation d'aide » (Canouï, 2003, p. 104). Le concept de stress peut également être employé afin d'expliquer l'apparition des troubles. Apparue en dehors du champ de recherches propre au stress, le *burnout* possède néanmoins avec ce dernier de nombreuses variables en commun, et peut être finalement présenté « comme une issue non adaptative ou "négative" au stress professionnel » (Pezet-Langevin, 2003, p. 101). Décrit par Canouï, le *burnout* se trouve associé
- « à un stress émotionnel chronique causé par un travail auquel l'individu n'arrive plus à s'adapter » (2003, p. 102).
- 7 Mais, importe-t-il de préciser, c'est la relation qui est mise au premier plan, comme aspect le plus stressant du travail de soins. Ainsi, les relations de soin aux patients sont jugées responsables de micro-traumatismes trop fréquents (Delbrouck, 2010) qui peuvent engendrer une charge émotionnelle pénible (Courty, 2010). Le *burnout* s'avère finalement être la maladie privilégiée des soignants et celle-ci est, en grande partie, imputable aux relations (Canouï et Mauranges, 2001).
- 8 Construit à partir de l'identification de symptômes spécifiques, établissant l'existence d'une pathologie dont il décrit les différents aspects, le modèle du *burnout* ne sert pas à envisager les issues favorables de la relation de soin mais à traiter la pathologie qui en découle. L'intervention prenant appui sur ce modèle propose généralement aux soignants de développer leurs capacités de résistance aux effets néfastes des relations. Les stratégies de  *coping*  sont prises en considération et peuvent faire l'objet d'un travail psychologique destiné à les améliorer (Canouï, 2003 ; Truchot, 2004 ; Courty, 2010). Mais, également, il importe de savoir apprécier la distance relationnelle entre soi et le patient, cette « relation distancée » qualifiant un « mode de gestion de la relation thérapeutique » (Pezet-Langevin, 2003, p. 102). La relation de soin est donc devenue suspecte, voire délétère, au point que certains parlent de « prévenir les risques de l'engagement » dans les métiers du soin (Edey Gamassou, 2012, p. 265). Si cette relation peut susciter des problèmes chez les professionnels et comporter des aspects douloureux, il ne faudrait cependant pas méconnaître la possibilité de relations de soin qui soient satisfaisantes. Ne vaudrait-il pas mieux, au lieu de débiter par l'évaluation des symptômes du *burnout*, de considérer les relations entre les soignants et les personnes soignées ? En effet, le modèle du *burnout* fait l'économie d'une analyse de la relation à l'autre, du collectif de travail qui peut la moduler, comme de l'organisation au sein de laquelle cette relation prend place.
- 9 Par conséquent, la question fondamentale qui se pose est la suivante : est-ce que le modèle du *burnout* propose une manière intéressante, voire acceptable, de juger des relations ? De fait, la relation au patient est réduite à ses aspects pathogènes et ne fait l'objet d'aucune interrogation spécifique. Certes, la relation peut être une épreuve, mais une épreuve, fort heureusement, ne conduit pas inéluctablement à la maladie (Canguilhem, 1966). Elle peut mobiliser tout un ensemble de ressources qui provoquent un sentiment d'accroissement du pouvoir d'agir du soignant et de sa santé (Lhuillier, 2006 ; Clot, 2008). D'une part, les réponses proposées par le *burnout* nous semblent unilatérales, et les « solutions » très souvent individualisantes. D'autre part, nous jugeons

la relation centrale, non dans la genèse de pathologies, mais dans le travail et la construction du sens que les soignants confèrent à ce travail.

## 1.2 Comprendre la santé dans ses relations avec l'activité de travail

- 10 La définition de la santé à laquelle se réfère implicitement le modèle du *burnout* correspond à l'absence de ces symptômes spécifiques qu'il s'efforce d'expliquer. La santé, en conséquence, n'est définie que négativement, comme état d'un être exempt de maladie. Or, il est une autre manière de concevoir la santé, non plus comme une normalité désignée par l'absence de troubles, mais comme relation au milieu et pouvoir d'action vis-à-vis de ce dernier, jugés en dernière instance par l'individu qui l'éprouve (Canguilhem, 1966). De sorte que la santé sera conçue comme normativité et non comme normalité présumée ou mesurée (Canguilhem, 1966 ; Macherey, 2009). À partir de cette position, nous ramènerons au cœur de l'analyse ce que le modèle du *burnout* ne considère pas : l'activité du soignant, en tant qu'elle repense, jauge, redéfinit le milieu, c'est-à-dire l'organisation du travail, les rapports aux pairs, la relation à la personne soignée.
- 11 Qu'entendons-nous par « santé » ? Dans la perspective proposée et développée par Canguilhem, elle est la capacité que détient tout vivant d'être normatif. La « normativité », concept défini par Canguilhem, désigne le pouvoir en vertu duquel l'individu constitue sa relation à un environnement changeant qui le soumet à de multiples aléas et accidents (1966). Or, la dimension accidentelle de l'environnement suppose une réactivité du vivant. Son existence est donc une succession d'allures et de formes de vie qu'il s'évertue à garantir « normales », en tant qu'elles répondent des contraintes du milieu et intègrent les exigences qui sont les siennes, qu'elles se révèlent viables, c'est-à-dire adaptées (Canguilhem, 2002). Mais il y a « adaptation et adaptation », dira Canguilhem (1966, p. 197) : adaptation par soumission, lorsque les réponses sont stéréotypées, figées, et adaptation par production de normes qui portent les valeurs de l'individu. La santé ne saurait donc être réduite à une normalité provisoire, à une forme de vie, d'activité, à une manière d'être qui ne tolérerait nul écart et transformation. Comme l'écrit Canguilhem :
- « Être sain c'est non seulement être normal dans une situation donnée, mais aussi être normatif, dans cette situation et dans d'autres situations éventuelles » (1966, p. 130).
- 12 La santé désigne donc le pouvoir que détient le vivant, confronté à de multiples épreuves, de les dépasser, le pouvoir d'éviter la maladie ou, le cas échéant, de se rétablir. Loin d'être une adaptation stéréotypée, la santé est à comprendre comme dynamique créatrice et inventive. Inventive, en effet, car c'est toujours un vivant singulier qui construit – à sa manière et selon ses préférences – son propre milieu de vie (Canguilhem, 1965 ; Macherey, 2009).
- 13 Considérons plus précisément le problème de la santé dans la perspective du travail. Si l'activité désigne la capacité d'agir sur l'environnement, l'activité de travail se caractérise par un ensemble de déterminants techniques, sociaux et culturels. Elle est, en outre, finalisée selon des buts précis. L'activité structure la situation de travail en intégrant de multiples contraintes (Guérin et coll., 2006) et se présente, par conséquent, comme une réponse originale (Daniellou et Béguin, 2004). Si la vie est polarité, discrimination et imposition de valeurs (Canguilhem, 1966), faire, c'est également choisir, instruire son action en fonction de ses valeurs à soi, se percevoir « sujet dans un milieu

d'organisation » et non seulement s'admettre « objet dans un milieu de contraintes » (1947, p. 129). La normativité, intrinsèque à toute activité, permet de reconsidérer l'activité de travail. Dans cette perspective, Schwartz et Efros la définissent comme débat de normes au sein duquel l'individu ne cesse de re-négocier sa dépendance et son autonomie dans ce qu'il fait (Schwartz et Efros, 2009). En réalisant les tâches, le travailleur ne cesse de les faire – au moins en partie – siennes, il y introduit des buts personnels, en lien avec ses projets, sa vie, sa santé, et use également de son expérience, de sorte que son activité exprime sa manière personnelle de faire (Leplat, 1997).

- 14 Dans l'activité, la santé se trouve inéluctablement mobilisée, elle s'y développe et s'y épanouit ou s'y étiole et s'en trouve atteinte mais, dans tous les cas, elle s'y trouve mise à l'épreuve. Par conséquent, la santé s'éprouve dans l'action, notamment en fonction de ce que l'on peut faire ou ne pas faire, des ressources que l'on se découvre pour refaire ce qui est à faire, faire autrement, voire mieux (Clot, 1999, 2008). Elle convoque un sujet normatif qui recrée son activité afin de réaliser ses tâches. C'est à la faveur de multiples créations de l'activité que le travailleur peut tenter de vivre en santé, de se sentir « vivre sa propre vie » et de « prendre la responsabilité de son action » (Winnicott, 1986, p. 36). De nombreux travaux attestent, en effet, que l'impossibilité de recréer, de se montrer normatif, s'avère pathogène (Dejours, 2008 ; Clot, 2008 ; Schwartz, 1988 ; Schwartz et Durrive, 2003 ; Lhuilier, 2010). La créativité permet de faire et de refaire le travail, d'en surmonter les épreuves : les travailleurs redéfinissent les tâches (Leplat, 1997), ils réinventent certains aspects de leur travail (Dejours, 1993), ils élaborent un ensemble de règles de métier<sup>2</sup> (Clot, 2008). En outre, la créativité comprend la possibilité d'inscrire dans l'activité de travail des désirs qui y sont inévitablement convoqués (Dejours, 1993 ; Lhuilier, 2006). Convocation de désirs, mais également d'une histoire personnelle, que le travail est susceptible de développer (Dejours, 2008 ; Clot, 1999, 2006 ; Raybois, 2013). Rien à voir, dans ce cas, avec une simple adaptation, accomplie en « prenant sur soi », voire en transformant certaines de ses caractéristiques psychologiques afin d'accroître sa « résistance » envers les dysfonctionnements d'une organisation du travail et les tensions d'un milieu de travail vis-à-vis duquel il n'y aurait plus rien à faire (Raybois, 2010). Telle que nous l'envisageons, la santé mobilise les propres possibilités d'agir de chaque individu et la « réappropriation créative » du milieu de travail (Schwartz, 1988, p. 455) par laquelle réaliser également quelque chose pour soi et avec ses valeurs à soi.
- 15 Enfin, comment penser la relation dans ses rapports avec l'activité de travail ? Dans la perspective que nous adoptons, la relation est le produit de l'activité du soignant : elle est construite, en fonction de tâches et de finalités assignées à ces tâches, au sein de situations de travail extrêmement variables. La relation ne se réduit pas à la co-présence mais suppose une activité orientée vers l'autre. Toute activité est adressée et possède un, voire plusieurs destinataires (Clot, 1999, 2004). Dans l'activité des soignants, le résident est celui à qui s'adresse le soin. Toutefois, lors de la réalisation de nombreuses tâches, l'activité peut s'adresser aux collègues, à la cadre de santé, aux familles, etc. En outre, il convient de distinguer la relation nécessaire à la réalisation d'une tâche prescrite, simple moyen en vue de parvenir à cette fin, qui adopte des formes variées allant de la négociation au chantage (Causse, 2006), de la relation qui est un soin. Celle-ci répond à un besoin fondamental et vital de l'humain, besoin de la relation, besoin de l'autre, besoin d'attention et de reconnaissance (Worms, 2010). Si la relation est un soin, on ne comprend que mieux l'importance qu'elle revêt dans la constitution du sens du travail.

- 16 Néanmoins, lorsqu'il s'agit d'entrer en relation avec une personne en souffrance, malade ou démente, l'activité du soignant est loin d'être aisée (Ménaut 2009 ; Noirez, 2003). La relation se révèle, par conséquent, une construction toujours délicate, voire difficile, qui implique la prise en considération de nombre de déterminants qui vont des contraintes organisationnelles à la souffrance de l'autre. L'activité doit intégrer les caractéristiques et les demandes du résident, établir des compromis en fonction de ce qu'il est, de ce qu'il fait, de ce qu'il peut vouloir. Aussi l'autre complique-t-il les choix du soignant : faire avec l'autre, le respecter, c'est ajouter aux prescriptions issues de l'organisation du travail des obligations supplémentaires mais qui sont, dans le cas d'un travail de soin, essentielles. En outre, la relation suscite des réactions affectives, elle est investie de manière différente selon la personne. Ainsi, telle personne qui suscite un « régime d'attachement » chez le soignant, risque fort de moduler l'activité de ce dernier en conséquence, l'amenant à reconsidérer ses buts ainsi que les moyens employés (Molinier, 2009a, p. 439). Enfin, dans la mesure où l'activité professionnelle ne saurait être conçue comme totalement séparée des autres domaines de vie (Curie et Dupuy, 1996), il importe également de considérer les mobilisations possibles de la sphère privée dans l'activité professionnelle (Lhuilier, 2010). La dichotomie entre l'amour et le travail, considérés comme « deux expériences distinctes », est également à remettre en question (Molinier, 2009b, p. 4). Toutefois, les liaisons opérées dans l'activité de travail entre des buts professionnels et l'expérience personnelle suscitent encore nombre d'interrogations (Litim, 2006 ; Lhuilier, 2010 ; Raybois, 2013).

## 2. Méthodologie

- 17 À partir des résultats obtenus lors d'une recherche-action menée durant 16 mois au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), nous discuterons des problèmes concernant la santé du personnel soignant et la construction de l'activité de soins. La finalité de cette recherche-action était le développement de l'activité et de la santé des soignants (Clot, 2001a, 2001b, 2010). À partir d'une analyse de l'activité, co-construite avec le personnel soignant, il s'agissait de reconsidérer le travail de soin et les difficultés qu'il comprend, les marges de manœuvres des soignants, les manières de faire individuelles et collectives. L'organisation du travail était également interrogée. Deux aspects ont été privilégiés dans notre recherche : les processus de recreation de l'activité et la temporalité dans le travail. Dans cette perspective, nous avons eu recours aux théories en ergonomie et en clinique du travail, notamment en analysant l'activité en fonction de ses multiples déterminants (Leplat, 1997 ; Six, 1999 ; Schwartz, 2000), mais en considérant également les processus de transformation et de recreation de cette dernière (Dejours, 1993, 2008 ; Clot, 1999, 2001c, 2008 ; Lhuilier, 2006).
- 18 L'établissement au sein duquel cette recherche-action s'est déroulée comportait 82 résidents dont les chambres sont réparties sur deux étages. Par conséquent, il y a dans l'établissement deux équipes de soins. Au total, les soignants sont au nombre de 34 (32 femmes et 2 hommes), employés selon trois statuts professionnels distincts : aides-soignants (A.S.), aides médico-psychologiques (A.M.P.), agents de service hospitalier (A.S.H.). Les effectifs sont répartis de la manière suivante : 8 aides-soignants, 2 aides médico-psychologiques et 24 agents de service hospitalier. Malgré cette différence de statut professionnel, ces soignants réalisent concrètement les mêmes tâches. La moyenne d'âge de ces professionnels est de 37 ans. Notre recherche-action a associé plusieurs

méthodes : l'observation, la verbalisation, et l'entretien. Plusieurs discussions collectives ont également eu lieu afin de débattre de certains résultats de l'analyse obtenus au terme des observations et des entretiens.

- 19 Des observations ouvertes (Leplat, 2000) ont été réalisées, à chaque fois durant la durée du poste, soit de 6 h à 14 h, soit de 13 h à 21 h, avec les soignants des deux équipes. L'observation était focalisée sur l'activité d'un agent, accompagné durant les huit heures, et complétée par les verbalisations de l'agent concernant son activité. Lorsque l'agent était en mesure de commenter la tâche en cours de réalisation, ces verbalisations étaient simultanées. Lorsque l'action à expliciter concernait la relation avec le résident, la verbalisation était consécutive. Tantôt spontanées, ces verbalisations en situation de travail étaient également provoquées, elles faisaient régulièrement l'objet de relances et de questions (Leplat, 2000). Elles nous ont permis de compléter les données issues de l'observation, d'obtenir des informations sur les dimensions invisibles de l'activité, mais également d'introduire chez les agents un questionnement eu égard à leur propre activité (Guérin et coll., 2006 ; Lhuilier, 2006). L'activité de chacun des 34 soignants a été observée au moins une fois.
- 20 Des observations encadrées (Leplat, 2000) ont été effectuées afin de compléter les observations ouvertes en ciblant les problèmes temporels inhérents à l'activité. Une grille d'observation a été établie comprenant deux dimensions destinées à analyser les tâches réalisées et les interactions verbales. En effet, les observations ouvertes et les discussions avec les soignants montraient un problème de temps, non seulement pour réaliser l'ensemble des tâches mais, plus précisément, pour se consacrer à la relation. Ces observations encadrées ont servi plusieurs objectifs : rendre compte de l'allure globale de l'activité, notamment de la succession et de l'enchaînement des tâches ; évaluer la fréquence et la durée des interactions verbales, déterminer précisément quels étaient les moments et les conditions qui lui étaient favorables ou défavorables. Six relevés d'activité ont été réalisés : quatre durant le poste horaire du matin, et deux durant le poste de l'après-midi. Les données recueillies ont été traitées avec le logiciel Actogram Kronos® afin d'estimer notamment les durées, occurrences, fréquences et états de simultanéités, des tâches et des interactions.
- 21 Des entretiens individuels, au nombre de douze, ont été réalisés avec les membres de l'équipe du second étage<sup>3</sup>. À partir des données d'observation et des verbalisations recueillies, les entretiens ont été réalisés en privilégiant les quatre thèmes suivants : l'activité et les buts de l'activité, le temps, la relation au résident, le collectif. Les entretiens étaient de type semi-directif, mais chacun s'est développé d'une manière tout à fait singulière, et nous avons tenu à respecter l'élaboration du discours propre à chaque professionnel. Chaque entretien a été enregistré et retranscrit. Ces entretiens ont été réalisés de manière individuelle dans la mesure où nous avons cherché à questionner les manières de faire, buts, représentations de chaque agent. Derrière une apparente homogénéité des pratiques, défendue par certains membres de l'équipe, existaient des différences dans la manière de faire et de penser l'activité de soins aux personnes. Le choix de l'entretien individuel permettait de favoriser l'émergence d'une parole à l'écart des membres de l'équipe en présence desquels la censure est accentuée (Lhuilier, 2005). À cet égard, il était notable que nombre de faits qui auraient dû être interrogés étaient, dans les propos tenus en présence d'autres membres de l'équipe, étrangement absents ; en outre, les différences et les divergences de point de vue étaient minimisées. Ainsi, lors des discussions collectives, certains sujets, qui étaient abordés par les soignants durant

les échanges que nous avons avec eux individuellement, n'étaient plus évoqués. Il s'agissait notamment des problèmes liés à la définition des soins, à leur finalité et leur réalisation, des questions suscitées par le travail auprès de personnes en fin de vie, et enfin de la confrontation à la mort.

- 22 L'analyse de contenu a privilégié deux dimensions. En premier lieu, nous avons procédé à la recension des thèmes communs en employant l'analyse thématique (Bardin, 2003 ; Blanchet et Gotman, 2007). Il s'agissait de rendre manifestes à la fois les problèmes partagés et leurs réponses en matière de règles collectives. En second lieu, nous avons privilégié une lecture portant sur la logique propre à chaque entretien (Blanchet et Gotman, 2007). Ce type d'analyse visait à comprendre la construction singulière de l'activité de chaque soignant, engageant ses normes et son histoire. Chacun des entretiens a été considéré comme la reprise, à la première personne, des conflits traversant l'activité de tous les soignants, et donc d'un débat collectif, plus ou moins réalisé et, dans le cas présent, en partie empêché (Clot, 2008). Une fois ces deux lectures effectuées, nous avons mis en relation les logiques collectives avec les perspectives individuelles, rendant compte des écarts, des différences et, par conséquent, des créations de l'activité. Enfin, les données issues des entretiens ont été confrontées aux observations et verbalisations de terrain tout comme aux résultats issus des analyses réalisées avec Actogram Kronos®.

### 3. Analyse clinique

#### 3.1. La souffrance issue d'un excès de relations ou de leur défaut ?

- 23 Dans le modèle du *burnout* prévaut l'idée que la relation est cause de stress et de souffrance émotionnelle. S'il est indéniable que les soignants se trouvent confrontés à la souffrance de l'autre, la relation de soin n'est cependant pas réductible à ce seul aspect. Il convient surtout d'interroger ce que cette relation représente pour les soignants, les conditions de sa réalisation, et la forme qu'elle adopte au sein de l'activité.
- 24 Au regard de nos observations, nous commencerons par établir un premier constat : la souffrance serait moins due à une confrontation excessive aux résidents et à leur état qu'à une insatisfaction de ne pas pouvoir être auprès des personnes. D'abord, il faut préciser que les résidents ne sont pas, aux yeux des soignants, de simples clients ou des usagers : « Les résidents on vit avec eux ». Et un soignant peut, à cet égard, déclarer : « Josette, Fabienne, Anna, ce sont des personnes que je connais depuis 20, 25 ans ». Les personnes avec lesquelles ils sont en relation sont donc loin d'être des inconnus et la relation suppose une inscription dans la durée. Quant à ce qui doit prévaloir dans leur activité, la réponse est unanime : « La priorité c'est le résident ». Leur activité est qualifiée en conséquence : « C'est un métier relationnel », « c'est pas seulement faire le ménage, les toilettes, mais être avec eux ». Cette dimension relationnelle est privilégiée et apparaît indispensable au bien-être des résidents : « Il faut pouvoir être avec eux, les écouter », « les gens ils ont besoin d'écoute ». Pour les soignants, se consacrer aux relations avec les personnes âgées participe du soin, et donc des finalités propres à leur activité. Aussi importe-t-il de comprendre comment leur activité se construit en conséquence.

### 3.1.1. Le temps consacré aux relations

- 25 Dans les faits, le temps consacré aux interactions verbales avec les résidents est, sur un poste de 8 heures, relativement court : une heure trente-neuf le matin (soit 20 % de leur temps de travail), et 2 heures quinze l'après-midi (soit 28 % du temps du poste). Afin de comprendre ces résultats, il importe de décrire quelques aspects de l'activité et de l'organisation du travail. L'activité du soignant, en raison de l'emploi du temps, comprend un nombre important de tâches qui se succèdent les unes aux autres. Par exemple, sur le poste du matin, les tâches sont les suivantes : de 6 h 15 à 7 h 45, lever les résidents, effectuer les toilettes, les aider à se vêtir, se préparer, etc. ; de 7 h 45 à 8 h, accompagner les résidents au réfectoire, situé au rez-de-chaussée ; de 8 h à 9 h, distribuer le petit-déjeuner et le donner aux résidents les plus handicapés ; dès 9 h, commencer la réfection des lits, nettoyer chaque chambre, les couloirs, les salles communes, etc. ; à 12 h, tous les résidents doivent être installés au réfectoire pour le repas. Dans les faits, les tâches « matérielles », telles que le ménage, le nettoyage des chambres, le rangement, correspondent à un volume horaire de 2 heures cinquante-trois (soit 35,5 % du temps de travail) tandis que les tâches au cours desquelles le soignant se consacre directement au résident, telles que la toilette, l'aide à la personne dans les actes de la vie quotidienne, les soins médicaux, les services, correspondent à 2 heures dix-neuf (soit 28,1 % du temps de travail). Les occasions données au soignant d'être en relation avec le résident sont donc moindres. En outre, l'emploi du temps n'alloue pas de temps spécifique à ces relations. Les marges de manœuvre des soignants sont faibles et trouver du temps pour les relations est loin d'être aisé.
- 26 Pendant les échanges avec le résident, le soignant est très souvent occupé. Ainsi, durant 91 % du temps des interactions verbales le matin, le soignant réalise conjointement une tâche (toilette, ménage, rangement, etc.) tout en conversant avec le résident. L'après-midi, cette simultanéité entre l'exécution d'une tâche prescrite et le dialogue représente 78 % du temps des interactions avec le résident. Au final, le matin, seules neuf minutes sont consacrées à la relation au résident sans exécution simultanée d'une autre tâche, et trente minutes l'après-midi. Les relations ont le plus souvent lieu durant le temps assigné à l'accomplissement d'une tâche prescrite : « Le temps de faire la toilette on peut discuter, comme ça on fait les deux choses en même temps ». Toutefois, il importe de préciser que la toilette, moment que les soignants jugent privilégié pour les relations, dure en moyenne deux minutes et trente secondes. Par ailleurs, si la toilette est un moment privilégié, le temps total consacré effectivement aux toilettes n'est que de trente minutes. Enfin, précisons que l'équipe étant généralement composée de 3 ou 4 membres pour s'occuper des 41 résidents, chaque soignant effectue 10 à 14 toilettes entre 6 h 15 et 7 h 45. Difficile, dans ces conditions, de disposer de beaucoup de temps. La plupart des échanges sont donc brefs dans leur durée, scandés par l'enchaînement des tâches que le soignant doit réaliser, et, lorsqu'ils ont lieu pendant l'exécution d'une tâche, ils supposent une diminution plus ou moins conséquente de l'attention qui est portée au résident.

### 3.1.2. La relation incessamment en concurrence avec les autres tâches

- 27 Évoquer la simultanéité entre tâche en cours de réalisation et échange peut laisser supposer un compromis entre ces deux buts. Toutefois, entre la relation destinée à prendre soin de l'autre et les tâches qu'il faut réaliser dans un temps toujours « chronométré », il s'agit plutôt de concurrence. Difficile, dès lors, de réaliser un travail

soigneux. Celui-ci est dérangé par l'impératif horaire, la crainte de « perdre du temps », et l'attention divisée entre les tâches. La relation devient secondaire « par obligation parce qu'on peut pas faire autrement ». Elle cesse d'être la priorité au profit d'un but tout à fait distinct : « Il faut être à l'heure ». L'horaire ne souffre nul écart et, comme le mentionne une soignante sur un ton résigné : « Dans l'organisation du travail on ne peut pas se permettre de rester plus longtemps avec la personne. »

- 28 Comment réaliser, dans de telles conditions, une relation qui se veut elle-même un soin, lorsqu'elle est écoute bienveillante et partage d'une parole ? Préoccupé, pressé par les autres tâches et l'horaire, le soignant se dépêche et travaille à une vitesse qu'il reconnaît inappropriée pour les personnes. Le travail se fait, notamment le matin, « dans un sentiment de bousculade ». Tout ce que les soignants ont à faire, il leur « faut le faire quand même vite ». Ce n'est pas la relation elle-même qui est stressante, mais de devoir la disputer à d'autres tâches, de ne pas disposer de temps, et de toujours craindre d'en manquer. Stressé par la rude cadence du travail, redoutant de dépasser l'horaire, le soignant peut l'être également de se savoir et de se sentir stressé au sein d'une relation qui exigerait de ne pas l'être. La souffrance ne procède donc pas de la relation à la personne dépendante, mais de ne pouvoir consacrer à l'autre l'attention requise, la douceur, l'écoute, de devoir renoncer à ce qui fait la valeur du soin.

### 3.1.3. Un défaut de relations et des relations en défaut

- 29 Fréquemment, les relations se qualifient par le défaut. Défaut de relations à entendre d'abord quantitativement : « On passe plus de temps avec nos balais qu'avec nos résidents ». Les soignants jugent insatisfaisant le temps passé auprès des résidents. Qualitativement, la relation apparaît dépendante de toutes les autres tâches. Le manque de temps n'en modifie pas seulement la durée, il en altère la forme, l'allure, et finalement la qualité. Si la relation est mal vécue, c'est en raison de l'impossibilité de pouvoir consacrer au résident du temps et de l'attention. Elle n'est pas en elle-même génératrice de souffrance, elle le devient en raison des contraintes qui pèsent sur l'activité. Par ailleurs, les soignants ne s'estiment pas trop engagés mais trop peu. Le jugement qui domine, chez eux, est celui d'une insuffisance du soin donné dans la relation. C'est l'empêchement, non l'excès d'engagement, qui est manifeste. Si une démobilité des soignants peut apparaître, ce serait en raison d'une perte de sens dans leur activité, car ce qu'ils font ne correspond pas à ce qu'ils jugent devoir faire. Lorsque, dans l'activité, des buts s'imposent au détriment de ceux qui comptent vraiment pour les travailleurs, un sentiment d'impuissance peut se développer, qui n'est pas sans effet sur la santé des personnes (Clot, 2008). Si les soignants se réalisent donc moins dans leur activité, c'est faute de pouvoir réaliser ce qui importe pour eux. S'il y a bien un sentiment d'une perte d'accomplissement de soi dans le travail, comme il est décrit dans le *burnout*, notre explication ne se focalise pas tant sur la fréquence des événements stressants que sur la configuration globale de l'activité et l'atteinte portée à ses finalités.

## 3.2. Problèmes et enjeux inhérents à la relation

### 3.2.1. La relation est centrale dans l'activité : elle en fait la valeur

- 30 La relation ne se résume pas à une interaction qui serait un moyen de réaliser certaines tâches car « le soin se donne dans la relation, et aussi comme relation » (Barrier, 2010,

p. 93). Le soin est tout à la fois attention donnée à l'autre et manière attentionnée, précautionneuse, délicate de faire lorsqu'il s'agit d'accomplir une toilette, d'aider l'autre à se vêtir, à se nourrir, de répondre aux besoins de la personne. Parmi ces besoins, le besoin de relation est d'autant plus important que, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, nombre de résidents se trouvent isolés, souffrant de solitude. La relation participe donc de leur santé : « Les résidents, faut parler avec eux, ça leur fait du bien aussi ». Leur situation d'isolement et leur état moral sont pris en considération au-delà des tâches prescrites qui visent essentiellement l'hygiène et l'aide aux actes de la vie quotidienne : « Le soin c'est pas que faire la toilette et puis les soins qu'ils ont besoin c'est aussi le soin on va dire intérieur aussi en même temps ». La conversation, fut-elle d'apparence anodine, se révèle toutefois très importante :

« Ce qui est important c'est de parler avec eux, de les écouter, parce que c'est vrai qu'on n'a pas beaucoup le temps mais même si on prend cinq minutes avec eux (...) on les écoute, eux ils sont contents puisque qu'ils ont réussi à dire ce qu'ils voulaient et puis on les a écoutés donc ils ont pu faire un dialogue. »

- 31 Vis-à-vis des résidents qui ne reçoivent jamais de visites de leurs proches, les soignants se considèrent alors comme « leur seul moyen de communiquer ». Par conséquent, ces relations s'affirment comme un soin nécessaire. Le réaliser accroît chez le soignant le sentiment d'un travail qui en vaut la peine : il apporte, à cette occasion, un bien-être à la personne. En outre, dans la relation se perçoit la reconnaissance du résident à l'égard du soignant :

« Moi j'aime bien converser... les gens aiment bien que vous reveniez parce qu'on prend le temps avec eux on est gentil. »

- 32 Ces moments consacrés aux relations participent du sens conféré à l'activité. Au-delà de la reconnaissance reçue dans la relation, le soignant peut également se reconnaître, dans ce qu'il fait, un soignant.

### 3.2.2. Humanisation et déshumanisation : l'enjeu même de la relation de soin

- 33 Dans la relation, l'activité, adressée au résident, appelle certaines normes qui la modulent : « Respecter le résident », « demeurer patient, de bonne humeur et à l'écoute ». Il s'agit d'obligations inhérentes à ce que les soignants conçoivent comme une bonne relation. En tant que telle, la relation au résident complique la tâche du soignant mais l'enrichit. Parce qu'elle interroge le « bien » de l'autre, parce qu'elle sollicite des préoccupations éthiques, parce qu'elle confronte à la possibilité de faire à l'autre du mal et non seulement de mal faire le travail, elle est une épreuve. Une épreuve qui peut être difficile, mais qui propose au soignant de se mesurer véritablement au soin. La condition sine qua non du soin est de reconnaître l'autre en tant que sujet. Dans le cadre d'une activité déterminée par de multiples normes et contraintes, cela signifie de parvenir à le considérer en tant que tel. A partir de cette réflexion sur le soin, nous reconsidérerons le second trait du *burnout*, à savoir la déshumanisation de la relation à l'autre. Mais nous le ferons en vue de montrer que la déshumanisation n'est pas un symptôme dont souffrirait le soignant, mais un problème central dans l'activité soignante. La déshumanisation figure, en premier lieu, comme l'un des principaux enjeux de l'activité et de la relation à l'autre. Face à une déshumanisation possible, l'activité de soin vise à préserver l'humanité des personnes.

- 34 Fortement contraints par les horaires, les soignants travaillent à un rythme particulièrement soutenu, qu'ils jugent inapproprié à l'égard du résident, et qui infléchit le sens de leur activité autant qu'il affecte le vécu de cette dernière :

« C'est travail à la chaîne (...) c'est ben non ben on n'a pas le temps de passer du temps avec vous donc je vous manipule, je vous brusque, je vous lave, je vous habille, c'est bon vous êtes habillé, vous n'êtes pas tout nu. »

- 35 De tels propos témoignent d'une exécution des tâches devenue prioritaire au détriment de la relation comme de ses exigences. L'autre, le résident, complément d'objet dans la phrase, auquel s'applique le verbe, devient « l'objet » sur lequel l'action s'effectue. Or, la différence est grande entre faire quelque chose « pour » quelqu'un et « sur » quelqu'un (Hughes, 1996). Dans cette version de l'activité, configurée par la « course », la hantise de l'horaire, la crainte de « perdre du temps », l'attention à la personne est empêchée. Le soignant, conscient d'avoir sacrifié l'essentiel, en éprouve de l'insatisfaction, voire de la culpabilité ou du dégoût :

« Je ressors de la chambre je fais non j'ai été vite ça va pas enfin c'est pas comme moi je le vois donc forcément ça va... Je suis pas satisfaite... Mais bon faut faire pareil à la personne suivante. »

- 36 Il y a résignation, dès lors qu'il apparaît impossible de faire autrement, impossible de faire « son » travail. Dans cette configuration, il y a bel et bien déshumanisation de la relation parce que le résident y est réifié. Mais cette déshumanisation n'est pas le symptôme consécutif à un épuisement émotionnel, elle est le produit d'une activité constituée dans un champ d'obligations et de contraintes, notamment temporelles. Dans un tel contexte, le travail vise à être efficace au regard du temps qu'il ne faut pas perdre et des tâches à réaliser, de telle sorte que la perception de la personne dont il faut prendre soin en est transformée :

« La personne âgée, elle-même, on la voit comme un résident, un résident il faut faire sa toilette, lui donner à manger, l'habiller, prendre son traitement, voilà il faut descendre à telle heure, remonter à telle heure, le passage pipi, les transmissions et au revoir à demain. »

- 37 Ainsi, « la » personne singulière à qui le soin est adressé est devenue « un » résident, entité générique soumise au calcul des temps et à l'exécution des tâches. Ce qui n'est d'ailleurs pas sans conséquence sur le soignant car, réduit au strict rôle d'exécutant, il voit récusées les valeurs pour lesquelles il s'engage. Enfin, au-delà du statut de quasi-objet conféré parfois aux résidents, il est un fait plus inquiétant encore. Évoquant la manière dont leur activité apparaît parfois dégradée eu égard à la qualité de la relation, les soignants mentionnent :

« Le temps qu'on peut apporter à la personne faut lui apporter, c'est pas des bêtes, c'est des humains », « et puis même c'est pas des morceaux de viande... c'est des gens. »

- 38 Préserver l'humanité dans les relations apparaît comme l'enjeu le plus grave de l'activité de soins. Autrement dit, la déshumanisation de la relation est une préoccupation constante chez les soignants. C'est contre cette possibilité qu'ils mobilisent leurs efforts. Il s'agit d'agir pour le résident et non d'effectuer « sur » lui ou « malgré » lui les tâches prescrites par l'organisation du travail. Si l'organisation du travail manifeste surtout la contrainte, si le collectif peut également se montrer fort contraignant, si la cadence incline à un « travail à la chaîne », comment les soignants parviennent-ils encore à défendre les valeurs du soin, à respecter et à faire respecter l'humanité des personnes ?

### 3.3. Des relations multiples à l'œuvre dans l'activité de soin

#### 3.3.1. Les conflits de l'activité

- 39 Le travail « vite fait » prédomine, l'impression des soignants est d'effectuer coûte que coûte des tâches « pour le travail » plutôt que de dispenser des soins aux résidents. Si, dans cette configuration, les buts de soins peuvent apparaître difficiles à réaliser, ils n'en jouent pas moins un rôle essentiel dans les conflits de l'activité. Le réel de l'activité, que l'activité réalisée ne résorbe pas, continue d'exister et de mettre l'activité en conflit (Clot, 1999, 2001c). L'activité réalisée correspond à une forme d'activité qui s'est provisoirement imposée au détriment d'autres activités possibles (Clot, 2001c, 2007). Dans le cas étudié, ce sont les prescriptions horaires, soutenues par des règles collectives, qui ont supplanté les autres normes, inhibé provisoirement les autres « réponses » aux problèmes de l'activité.
- 40 Recherchée par les soignants, la relation n'est possible qu'à la condition de temps disponible à cet égard. Faute d'un temps octroyé par l'organisation du travail, les soignants développent des stratégies afin de le trouver. L'un des pôles de développement de l'activité est le domaine des inventions et ruses déployées en vue de gagner du temps : agencement de certaines tâches entre elles, accomplissement en un temps réduit au maximum des tâches purement matérielles, etc. Ces pratiques sont nécessaires, mais ne représentent pas une fin en soi, elles sont plutôt le moyen afin de pouvoir se tourner de nouveau vers les personnes et d'investir les relations. Le second pôle de développement de l'activité, que nous détaillerons plus longuement, concerne la relation elle-même.
- 41 Tandis que l'activité est dominée par la hâte et l'obligation de « faire dans les temps », la relation offre la possibilité, à l'écart de l'équipe, de refaire le travail à sa manière. Dans la cadence instaurée collectivement afin de répondre aux injonctions de l'emploi du temps, le travail est uniformisé, et le soignant s'y ressent un simple exécutant, dirigé par la cadence, se déclarant « automatisé » ou « robotisé » : « Robotisé, on sait qu'on doit faire ça ça ça faut que ça soit fait. » L'activité en devient donc dépersonnalisante, elle épuise non seulement par le rythme qu'elle impose, mais parce qu'elle l'impose, privant le soignant de toute possibilité de choisir, d'être normatif, au détriment de lui-même comme de sa santé. Dans la relation, l'activité est susceptible d'adopter une autre allure et les manières de faire se diversifient. Face au résident, une sortie de cette insupportable cadence de travail est possible, elle nécessite toutefois une transformation de l'activité.

#### 3.3.2. Les recreations de l'activité dans la relation

- 42 Dans l'activité, un conflit récurrent oppose la reconnaissance des résidents à la possibilité de les comparer « à des choses » et d'« oublier que ce sont des personnes » :
- « On ne vient pas en maison de retraite pour faire que son boulot, je veux dire on arrive, on fait les toilettes, on les habille, on les fait manger et puis c'est tout. C'est pas que ça, c'est quand même des personnes humaines qui ont un vécu, qui ont un passé on peut parler avec, ça leur fait du bien aussi, de toute façon c'est une personne donc c'est comme si c'était notre mère ou enfin moi, comme je vous disais tout à l'heure, moi je les compare à ma grand-mère, je sais pas moi je n'aimerais pas que ma grand-mère elle soit là et puis que personne ne lui parle... Pour moi c'est comme ça. »
- 43 Deux versions possibles de l'activité se confrontent : une première, qui consiste à ne « faire que son boulot », et une seconde, orientée vers la reconnaissance du résident en

tant que « personne humaine ». Ainsi, c'est l'humanisation qui est en jeu dans ce processus de recréation de l'activité. Évoquant sa relation avec les résidents, le soignant mentionne : « Je fais comme si c'était avec ma grand-mère ». Comparer l'activité professionnelle à une relation familiale est une manière de jauger ce que l'on fait. En effet, un parent, on n'« aimerait » pas le bousculer et on ne « souhaiterait » pas lui manquer de respect. Autrement dit, il se produit une reprise des débats inhérents à l'activité de soin sur un registre plus personnel. Le débat est rejoué, non plus seulement sur le mode des obligations – « il faut faire ça » –, des empêchements – « on peut pas faire autrement » –, mais sur celui d'un jugement chargé d'affects : « Je n'aimerais pas que ma grand-mère elle soit là et puis que personne ne lui parle ». Intervient dans les conflits de l'activité l'expérience des relations affectives du soignant, expérience qui affecte le cours de l'activité et ré-interroge les choix effectués. En conséquence, le soignant manifeste sa prise de position contre une version de l'activité qui délaisserait la personne : « Je n'aimerais pas ». L'activité manifeste un changement d'adresse et de but, elle est désormais orientée de manière privilégiée vers la relation à la personne, en vue de son bien, et ne se fait plus seulement « pour le travail » ou « par obligation ».

- 44 L'activité est non seulement recréée mais également désignée à la première personne : le soignant dit désormais « je ». Cette transition du « on » au « je » montre l'engagement et la reprise d'initiative opérée par le soignant. Si la figure du proche déplace l'activité du côté du « je » et de l'expérience personnelle, elle permet également de retrouver, derrière le résident « générique », la personne dotée de « sentiments » et qui a « une histoire ». La reconnaissance de la personne et du fait que les résidents ont tous des « caractères différents » permet d'établir une « relation différente avec chaque personne ». Dans ce processus de recréation, c'est tout à la fois le soignant, dans sa manière d'agir, qui se singularise, et le résident qui est reconnu dans sa singularité. Le sens du soin et ses finalités sont restaurés, et l'activité peut être éprouvée et qualifiée de manière personnelle : « Pour moi je travaille ici mais c'est une relation, enfin c'est pas une relation comment... personnel résident, je fais tes soins point, c'est plus, enfin avec moi c'est plus profond. »
- 45 L'enjeu de l'humanisation qui concerne la relation au résident fait appel aux relations familiales : « On soigne des humains ça peut être nos parents, ça peut être nos parents un jour ». Demeurer vigilant à l'égard des soins dispensés, maintenir l'humanité de soins, c'est également s'assurer de l'avenir du soin lui-même. Dans l'activité de travail sont mobilisées des expériences affectives issues de l'histoire personnelle, et ce sont ces expériences qui enrichissent l'activité, complètent les prescriptions et des règles de métier qui, dans cet établissement, se sont essentiellement constituées en vue de réaliser le travail dans les temps impartis. Finalement, la relation ne saurait être comprise comme un face-à-face entre un soignant et un résident. Cette relation est modulée par le milieu de soin, l'organisation, la formation d'un collectif professionnel, l'expérience du soignant, mais également les valeurs héritées des parents et des générations antérieures, formation culturelle constitutive d'un sentiment d'appartenance à l'ensemble humain (Zaltzman, 1998).

## 4. Discussion et conclusion

- 46 L'analyse clinique et ergonomique de l'activité soignante permet de comprendre la souffrance des soignants dans ses rapports avec l'activité. Au sein de cette dernière,

préservé l'humanité du résident s'affirme comme un enjeu majeur. Aussi, la déshumanisation des relations est ce que les soignants s'évertuent quotidiennement à conjurer. Cette déshumanisation est le produit d'une activité que des obligations temporelles rendent intenables. Par conséquent, la relation devient d'autant moins supportable que le soin semble devenu impossible. Contrairement à ce que propose le modèle du *burnout*, l'analyse clinique présente non un diagnostic et une évaluation individualisée des symptômes, mais des problèmes et des conflits de l'activité interrogés au sein de leur contexte. Dès lors, les problématiques temporelles et organisationnelles, déterminantes à cet égard, peuvent faire l'objet d'une réflexion approfondie.

- 47 Notre recherche manifeste certains aspects problématiques de l'organisation du travail, notamment l'emploi du temps établi et les contraintes temporelles qu'il génère. Cette dimension de l'organisation du travail traduit la primauté d'une logique gestionnaire, oublieuse des exigences inhérentes au travail de soin, et porte à conséquence sur l'activité concrète des soignants (Dujarier, 2006 ; Causse, 2008 ; Molinier, 2010). Les effets sont notables à la fois sur :
- l'importance qu'adopte dans l'activité, au détriment d'un questionnement sur la relation et les soins, la préoccupation de l'horaire à respecter, de sorte que les soignants s'affairent dans une chasse quasi obsessionnelle aux « temps morts » (Causse, 2008, p. 100 ; Bonnet, 2008) ;
  - l'activité qui, au détriment des relations et du développement de celles-ci, tend à se rabattre sur l'application de règles uniformes et conformes à la prescription (Dujarier, 2002 ; Causse, 2006).
- 48 Dans l'activité de travail, les prescriptions doivent pouvoir être ajustées aux situations et complétées par l'expérience acquise par les professionnels (Leplat, 1997 ; Clot, 1999, 2008). L'activité de soin suppose, quant à elle, une connaissance des personnes soignées, de leurs caractéristiques et des besoins qui leur sont propres, connaissance sans laquelle la qualité du travail de soin est dégradée (Raybois, 2013). Or, l'activité, subordonnée à l'emploi du temps, est déterminée par une cadence de travail qui tend à réduire les initiatives des soignants et l'usage qu'ils pourraient faire de leur expérience afin de réaliser les soins.
- 49 Au regard de nos analyses, nous n'avaliserons cependant pas l'idée d'une soumission sans écart ni résistance aux prescriptions, et d'une résignation qui conduit à un évitement des relations (Causse, 2006). En raison du contexte et du manque de moyens, l'usage de stratégies défensives par les soignants s'observe fréquemment, qu'elles s'expriment par des évitements systématiques ou par un travail qui se fait dans la routine (Dujarier, 2002 ; Causse, 2006). Ces constats, attestant des stratégies collectives de défense mises en œuvre par les soignants, sont justes, néanmoins ils laissent dans l'ombre certains processus qui n'en sont pas moins décisifs. En effet, les conflits de l'activité ne sont pas sans issue et les soignants, malgré des marges de manœuvres restreintes, parviennent à se réapproprier certains aspects de leur travail. Si la cadence de travail instaurée par le collectif résout provisoirement les conflits de l'activité en favorisant une règle d'efficacité, qui peut être comprise comme une norme figée, interdisant certaines actions, toute normativité dans l'activité n'en est pas, pour autant, définitivement abolie (Canguilhem, 1966 ; Clot, 2008). C'est à cet égard que la relation a un rôle important, car elle représente un moment « critique » de l'activité soignante, au cours duquel certaines épreuves et certains enjeux du travail se rejouent. Le soin y est de nouveau considéré comme possible.

- 50 La relation permet ainsi au soignant de faire sienne l'activité de soins et de lui redonner du sens. L'expérience affective et la référence à des figures appartenant à l'histoire familiale du soignant dans la relation de soins se révèlent essentiels dans les processus de transformation de l'activité. Cette mobilisation de l'expérience des relations familiales participe de la reconnaissance du résident en tant que personne et de la réalisation d'un travail de qualité davantage que les règles de métier. Ces expériences et histoires personnelles du soignant ont suppléé à un défaut des règles de métier quant à la question du soin. En effet, le développement de ces règles était orienté vers le problème des temps plutôt que vers la construction collective des soins. Un tel constat conduit à émettre plusieurs propositions concernant la relation au résident dans l'activité de soin :
- la relation n'est pas à considérer seulement comme le moment privilégié de l'expression de cette forme de « reconnaissance » des usagers qui est la gratitude » (Molinier, 2008, p. 146) ;
  - en tant qu'elle permet d'entamer des réappropriations créatives au sein de l'activité, la relation peut donc jouer un rôle favorable dans la construction de la santé au travail (Schwartz, 1988 ; Lhuilier, 2010).
- 51 Enfin, à partir de la relation au résident, il est possible de réinterroger la question des ressources mobilisées dans l'activité. Ces dernières années, la clinique de l'activité et l'ergonomie ont beaucoup insisté sur le rôle des règles collectives pour la santé des travailleurs (Clot, 1999, 2008 ; Caroly, 2011). Toutefois, il existe également des ressources en dehors de ce qui est élaboré dans un collectif de travail (Lhuilier, 2010). Étudier l'activité des soignants en centrant l'analyse sur la relation avec la personne à qui s'adresse le soin permet d'examiner plus précisément les ressources mobilisées. En procédant de la sorte, nous souhaitons contribuer à la compréhension de la construction de la santé au travail.
- 52 Nous concluons cet article par quelques remarques sur l'intervention dans le domaine de la santé au travail. Nous avons montré que l'organisation du travail et l'emploi du temps avaient fortement influencé le développement des règles de métier et l'avaient également borné. Par ailleurs, si des possibilités de récréations de l'activité existent bel et bien, elles sont, en raison du contexte, limitées. Ce qui se révèle épuisant pour les soignants est de devoir s'échiner en vue de trouver un temps indispensable aux relations qui est dénié par l'organisation du travail. Finalement, il leur faut déployer énormément de ressources afin de se dégager des contraintes de l'organisation du travail au lieu de disposer de temps pour les relations et les soins. À cet égard, c'est tout autant la finalité du travail que la santé des soignants qui risquent d'en pâtir. Dans la perspective d'une recherche-action, ayant recours à la clinique du travail et à l'ergonomie, il ne s'agit pas de « traiter » les maux de soignants qui seraient considérés comme des « cas », mais d'interroger leur activité en vue d'en favoriser les développements. Aussi était-il nécessaire, à cette fin, de transformer l'organisation du travail. Les analyses menées avec les soignants, mises en discussion avec les cadres de l'établissement, ont permis de modifier l'emploi du temps afin d'octroyer davantage de marges de manœuvre aux soignants. Par conséquent, l'activité des soignants a pu évoluer. Ainsi, l'analyse des activités concrètes conduit à questionner le milieu de soin dans son ensemble, à reconsidérer l'organisation du travail et l'institution de soin en tant qu'elles ont à se porter garantes des soins. Autrement dit, c'est également le milieu de travail qui doit être ajusté aux relations et aux soins, y reconnaître de nouveau sa finalité propre.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*. PUF, Paris.
- Barrier, P. (2010). *La blessure et la force. La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité*. PUF, Paris.
- Blanchet, A., Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes*. Armand Colin, Paris.
- Bonnet, M. (2008). Relation d'aide et aide à la relation en gérontologie. *Nouvelle revue de psychosociologie. Les ambiguïtés de la relation d'aide*, 6,2, 107-121.
- Canguilhem, G. (1947). Milieux et normes de l'homme au travail. *Cahiers internationaux de sociologie*, 3, 120-137.
- Canguilhem, G. (2003). *La connaissance de la vie*. Vrin, Paris.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. PUF, Paris.
- Canguilhem, G. (2002). *Écrits sur la médecine*. Seuil, Paris.
- Canouï, P. (2003). La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques. *Revue internationale des soins palliatifs*, 18, 2, 101-104.
- Canouï, P., Mauranges, A. (2001). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burnout aux réponses*. Masson, Paris.
- Caroly, S. (2011). Activité collective et réélaboration des règles comme ressources pour la santé psychique : le cas de la police nationale. *Le Travail humain*, 14, 4, 365-389.
- Causse, L. (2006). L'univers des aides-soignantes en maison de retraite médicalisée : un travail dévalorisé et occulté. In *Le bas de l'échelle, la construction sociale des situations subalternes*, eds P. Couse-Salies, S. Le Lay, pp. 67-69. Érès, Toulouse.
- Causse, L. (2008). Les formes d'engagement des aides-soignantes dans la relation d'aide : des mouvements d'amour contradictoires et réversibles. *Nouvelle revue de psychosociologie. Les ambiguïtés de la relation d'aide*, 6, 2, 85-105.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. PUF, Paris.
- Clot, Y. (2001a). Éditorial. *Éducation permanente*, 146, 1, 7-16.
- Clot, Y. (2001b). Psychopathologie du travail et clinique de l'activité. *Éducation permanente*, 146, 1, 35-49.
- Clot, Y. (2001c). Méthodologie en clinique de l'activité. In *Les méthodes qualitatives en psychologie*, eds M. Santiago-Delefosse, G. Rouan, pp. 125-147. Dunod, Paris.
- Clot, Y. (2004). Travail et sens du travail. In *Ergonomie*, eds P. Falzon, pp. 316-331. PUF, Paris.
- Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie. Perspectives en clinique du travail*, 1, 1, 165-177.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. PUF, Paris.
- Clot, Y., Leplat, J. (2005). La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. *Le Travail humain*, 68, 4/4, 289-316.

- Courty, R. (2010). *L'épuisement professionnel des soignants en gériatrie*. Éditions universitaires européennes, Sarrebruck.
- Curie, J., Dupuy, R. (1996). L'organisation du travail contre l'unité du travailleur. In *Les histoires de la psychologie du travail. Approche pluridisciplinaire*, eds Y. Clot, pp. 141-156. Octarès, Toulouse.
- Daniellou, F., Béguin, P. (2004). Méthodologie de l'action ergonomique : approches du travail réel. In *Ergonomie*, eds P. Falzon, pp. 335-358. PUF, Paris.
- Delbrouck, M. (2010). Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire ? Le burn-out ou la souffrance des soignants. Causes spécifiques du syndrome d'épuisement professionnel du soignant. *Imaginaire & Inconscient*, 25, 1, 157-166.
- Delbrouck, M. (2011). *Comment traiter le burn-out. Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel*. De Boeck, Bruxelles.
- Dejours, C. (1993). Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail réel. *Éducation permanente. Comprendre le travail*, 116, 1/4, 47-69.
- Dejours, C. (2008). *Travail, usure mentale*. Bayard, Paris.
- Dujarier, M.-A. (2002). Comprendre l'inacceptable : le cas de la maltraitance en gériatrie, *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 19, 111-124.
- Dujarier, M.-A., (2006). *L'idéal au travail*. PUF, Paris.
- Edey Gamassou, C. (2012). Comprendre et prévenir les risques de l'engagement dans les métiers du care. In *Risques du travail, la santé négociée*, eds C. Courtet, M. Gollac, pp. 265-280. La Découverte, Paris.
- Freudenberger, H.-J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H.-J., Richelson, G. (1980). *Burnout : how to buy the high cost of success*. Bantam books, New York.
- Guérin, F., Laville, L., Daniellou, F., Duraffourg, J., Kerguelen, A. (2006). *Comprendre le travail pour le transformer*. ANACT, Lyon.
- Hughes, E.-C. (1996). Division du travail et rôle social. In *Le regard sociologique. Essais choisis*, pp. 61-68. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, Paris.
- Leplat, J. (1997). *Regard sur l'activité en situation de travail. Contribution à la psychologie ergonomique*. PUF, Paris.
- Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Octarès, Toulouse.
- Lhuillier, D. (2005). Le « sale boulot ». *Travailler*. Paris, 14, 73-98.
- Lhuillier, D. (2006). *Cliniques du travail*. Érès, Toulouse.
- Lhuillier, D. (2010). Développement de la clinique du travail. In *Agir en clinique du travail*, eds Y. Clot, D. Lhuillier, pp. 205-225. Érès, Toulouse.
- Litim, M. (2006). *Les histoires de travail : un instrument du développement du métier et de l'activité professionnelle. Une analyse de l'activité soignante en gériatrie*. Thèse de doctorat, CNAM, Paris.
- Macherey, P. (2009). *De Canguilhem à Foucault : la force des normes*. La Fabrique, Paris.
- Maslach, C., Jackson, S.-E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, vol. 2, no 2, pp. 99-113.

- Menaut, H. (2009). Les soins relationnels existent-ils ? *VST - Vie sociale et traitements*, 101, 1, 78-83.
- Molinier, (2008). *Les enjeux psychiques du travail*. Paris, Payot.
- Molinier, P. (2009a). Vulnérabilité et dépendance : de la maltraitance en régime de gestion hospitalière. In *Comment penser l'autonomie. Entre compétences et dépendances*, eds M. Jouan, pp. 433-458. PUF, Paris.
- Molinier, P. (2009b). Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ? *Temporalités*, 9, 1, 2-13.
- Molinier, P. (2010). L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ? Logique de gestion et logique du care. In *Agir en clinique du travail*, eds Y. Clot, D. Lhuillier, pp. 157-168. Éres, Toulouse.
- Noirez, R. (2003). Dans un service de soin de longue durée. Témoignage. *Gérontologie et société*, 104, 1, 91-95.
- Pezet-Langevin, V. (2003). Le burnout, conséquence possible du stress au travail. In *Stress au travail et santé psychique*, eds M. Neboit, M. Vezina, pp. 98-109. Octarès, Toulouse.
- Raybois, M. (2010). Les « risques psychosociaux » : question de santé ou déni de cette question ? *Nouvelle revue de psychosociologie. Risques psychosociaux, une nouvelle catégorie sociale ?* 10, 2/2, 71-82.
- Raybois, M. (2013). *Santé, créativité, temporalité : une analyse en clinique du travail et en ergonomie de l'activité de soins en EHPAD*. Thèse de doctorat, Université Charles de Gaulle, Lille.
- Schwartz Y. (1988). *Expérience et connaissance du travail*. Paris, Messidor/Éditions sociales.
- Schwartz, Y. (2000). *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Octarès, Toulouse.
- Schwartz, Y., Durrive, L. (2003). *Travail et ergologie. Entretiens sur l'activité humaine*. Octarès, Toulouse.
- Schwartz, Y., Efros, D. (2009). Résistances, transgressions et transformations : l'impossible invivable dans les situations de travail. *Nouvelle revue de psychosociologie. La résistance créatrice*, 7, 1/2, 33-48.
- Six, F. (1999). *De la prescription à la préparation du travail. Apports de l'ergonomie à la prévention et à l'organisation du travail sur les chantiers du BTP*. Thèse d'habilitation à diriger des recherches, Université Charles de Gaulle, Lille.
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions*. Dunod, Paris.
- Winnicott, D.-W. (1986). *Conversations ordinaires*. Gallimard, Paris.
- Worms, F. (2010). *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?* PUF, Paris.
- Zaltzman, N. (1998). *De la guérison psychanalytique*. PUF, Paris.

## NOTES

1. Le terme d'épuisement professionnel est régulièrement employé comme traduction du terme *burnout*. Les deux termes sont fréquemment associés, utilisés ensemble, voire employés de manière équivalente. Dans cet article, nous choisirons d'utiliser le terme de *burnout* afin de souligner la référence aux travaux fondateurs de Freudenberger (1974) et de Maslach et Johnson (1981).

2. En clinique de l'activité, la notion de « genre professionnel » désigne un ensemble de règles « impersonnelles et non écrites », produit d'un collectif de travail, qui sont destinées à orienter

l'activité du sujet face aux multiples difficultés et inattendus inhérents aux situations de travail (Clot, 1999, p. 43, 2008).

3. Une recherche-action confronte à de multiples situations et événements souvent inattendus. Dans le cas présent, de nombreux membres de l'équipe du premier étage ont été mutés dans un nouvel établissement qui sollicitait leurs compétences. Pour cette raison, nous avons privilégié le travail de recherche avec l'équipe du second étage dont les membres sont demeurés engagés dans la recherche depuis le début de celle-ci jusqu'à sa fin.

---

## RÉSUMÉS

Cet article examine la question de la santé des soignants travaillant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Plus précisément, il interroge une relation de soins qui, selon le modèle du burnout, est impliquée dans la souffrance des soignants. À partir d'une analyse de l'activité des soignants, associant clinique du travail et ergonomie, nous reconsidérons la relation. Nous étudions les effets des contraintes temporelles sur les relations aux résidents. Ensuite, nous montrons que préserver l'humanité du résident est l'enjeu principal de la relation. Enfin, nous analysons les processus de recréation de l'activité qui opèrent dans la relation. Pour terminer, nous discutons de l'organisation du travail, des transformations de l'activité opérées par les soignants, et de l'intervention dans le domaine de la santé au travail.

This article examines the health of care givers working in a residential establishment for dependent elderly people. More precisely, it examines the care relationship which, according to the burnout model, is involved in the caregivers' disorder. We reconsidered the relationship by analyzing the caregivers' activity through a combination of work-clinic and ergonomic theories. We studied the effects of temporal constraints on the relationships with residents, and showed that protecting the residents' humanity is the main issue at stake in the relationship. We likewise analyzed the activity reshaping processes that operate in the relationship. The article concludes with a discussion of work organization, changes in caregiver activities, and research intervention in the field of occupational health.

En este artículo se examina la cuestión de los proveedores de atención de salud que trabajan en centros de albergue de personas mayores. Específicamente, se interroga una relación de cuidado que, de acuerdo con el modelo de « burnout », está involucrado en el sufrimiento de los trabajadores. La relación se reconsidera a partir de un análisis de su actividad, asociando clínica de trabajo y ergonomía. Se estudiaron los efectos de las limitaciones de tiempo en las relaciones con los residentes. A continuación, se muestra que preservar la humanidad del residente es el principal problema de la relación. Posteriormente, se analiza el proceso de recreación de la actividad que opera en la relación. Finalmente, se discute la organización del trabajo, las transformaciones en la actividad realizada por los cuidadores, y la intervención en el campo de la salud.

## INDEX

**Palabras claves** : salud, burnout, actividad, organización del trabajo, relaciones, tiempo

**Mots-clés** : santé, épuisement professionnel, activité, organisation du travail, relation, temps

**Keywords** : health, burnout, activity, work organisation, relationship, time

## AUTEUR

**MATHIEU RAYBOIS**

Laboratoire PSITEC. Université Charles de Gaulle-Lille 3. Domaine universitaire du Pont de Bois.  
59 650 Villeneuve d'Ascq., m.raybois@gmail.com