

Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication

Et si on prenait soin du personnel infirmier .

Partie I : Conditions de travail aux soins intensifs.

Partie II : Profession infirmière et reconnaissance.

Auteure : Herinne Mélissa
NOMA : 91202000
Promoteur I : Mr De Nanteuil
Promoteur II : Mr Hunyadi
Année académique 2020-2021
Master 60 en sciences du travail

Remerciements :

Je tiens à remercier mes promoteurs **Monsieur De Nanteuil** et **Monsieur Hunyadi** d'avoir accepté de me suivre dans cette aventure, merci pour les précieux conseils donnés et leur bienveillance.

Je tiens aussi à remercier ma famille, mon compagnon et mes enfants qui m'ont soutenue et encouragée dans ce parcours académique.

Mais aussi mes collègues et amis, qui eux aussi m'ont soutenue, relue, aidée dès qu'ils le pouvaient.

Et Merci à l'Université Catholique de Louvain pour cet enrichissant Master en sciences du travail.

Merci à vous tous !

Introduction générale :

Infirmière depuis douze années aux soins intensifs, lorsqu'il a été question d'étudier une problématique de travail, il m'est paru évident d'aborder mon propre métier.

Pendant toutes ces années, j'ai pu voir un nombre important de collègues quitter la fonction et d'autres arriver en poste. Je suis d'ailleurs moi-même en pleine réflexion sur une éventuelle reconversion.

Je me suis donc questionnée sur ce phénomène prénommé « le turnover ».

Je me demande comment cela se fait qu'aujourd'hui, la durée de vie professionnelle d'une infirmière en milieu hospitalier se situe aux alentours de quatorze ans et la situation est encore plus préoccupante quand on s'intéresse aux infirmières de soins intensifs car là, on se situe entre cinq et sept ans.

Quelles en sont donc les causes? Pour répondre à cette question, j'ai abordé le sujet sous deux angles. D'une part, l'angle sociologique, en y évoquant les conditions de travail. Et d'autre part, l'angle philosophique, traitant de ce qui touche à la reconnaissance.

Paper I :
Partie Sociologique.

*Conditions de travail aux
soins intensifs.*

Promoteur :Monsieur De Nanteuil.

Table des matières :

A. Quand les dilemmes éthiques deviennent quasi quotidien	p 7
B. Historique de la profession infirmière : une bataille perpétuelle.....	p 7
C. Conditions de travail éprouvantes aux soins intensifs.	p 10
D. Situations rencontrées : illustrations des conditions de travail.....	p 11
a. Les dilemmes éthiques : entre responsabilité professionnelle, respect de l'ordre médical et respect de la vie.....	p 11
• Acharnement thérapeutique.....	p 12
• Euthanasie/ Cessation de traitement.....	p 13
b. Quand le stress s'invite au travail.....	p 14
c. Quand les contraintes organisationnelles entraînent de la détresse morale.....	p 15
d. Souffrance au travail : sujet préoccupant de notre époque.	p 18
e. Conflits de valeur et valeurs en conflit.....	p 20
f. Charge de travail : trop c'est trop !.....	p 20
E. Mécanismes de défense : se protéger pour supporter.....	p 21
F. Pas de solution miracle mais des pistes à explorer.....	p 22
Ethique de la discussion.....	p 23
Ethique de la reconnaissance.....	p 24
G. Conclusion.....	p 25

Bibliographie.

A. Quand les dilemmes éthiques deviennent quasi quotidien !

Dans le cadre de ce Master et plus particulièrement du cours de sociologie du travail, nous avons dû aborder un dilemme éthique vécu par les travailleurs dans l'exercice de leurs fonctions. Notre groupe a décidé de travailler sur la problématique rencontrée par les infirmiers de soins intensifs pendant la crise du coronavirus. Celle-ci se rapportant à une décision gouvernementale de laisser des personnes sans formation adéquate exercer la profession vu le manque et le besoin criant de personnel. Cette décision a été perçue par les infirmiers comme un manque de reconnaissance de leur profession, sachant que normalement le travail aux soins intensifs nécessite une année de formation supplémentaire au terme de la formation de base. Nous avons donc pu y associer des thèmes comme le manque de reconnaissance, le mépris et le mutisme.

Par ce mémoire, j'aimerais continuer la recherche sur ce thème et comprendre pourquoi le personnel infirmier de soins intensifs ne restent pas en poste longtemps mais en axant cette fois-ci mes recherches sous l'angle des conditions de travail propre à ce service. Ces conditions de travail qui sont le reflet des dilemmes éthiques rencontrés par ces infirmiers.

J'ai donc décidé de poser ma question de recherche comme ceci : « **Comment le personnel infirmier de soins intensifs vit-il les conditions de travail auxquelles il est confronté ?** »

Je vais tout d'abord débiter ce papier par un historique de la profession infirmière. Ce qui permettra de comprendre l'histoire de cette profession, y voir son évolution dans le temps. Ensuite j'évoquerais les conditions de travail aux soins intensifs, les différentes situations qui y sont rencontrées, les conséquences que ces situations peuvent avoir sur les infirmiers et les mécanismes de défenses que certains vont développer pour supporter cela. Enfin, je terminerai par deux propositions de solution qu'il serait peut-être intéressant de mettre en place.

B. Historique de la profession infirmière : une bataille perpétuelle.

La profession infirmière existe depuis l'origine de l'humanité. Dans un premier temps, la fonction de prendre soin des malades incombe aux femmes et se transmet de génération en génération (Penneçot, 2015).

Au Moyen Age, ce sont les religieuses qui la prennent en charge et espèrent en ce sens soigner aussi l'âme des patients (Laurent, 2013). Les soins dans les infirmeries ont un but de premier secours et sont prodigués par des personnes sans formation particulière (FNESI, 2018).

Les années suivantes seront marquées par des progrès médicaux importants avec par exemple Louis Pasteur et son combat pour la vaccination et la recherche médicale. Les soins deviennent donc de plus en plus techniques avec un accent mis sur l'hygiène. On prend aussi plus en compte la santé publique ainsi que le bien-être de la population (Billen, Despy & al, 1995).

Le poste d'infirmière naît de demandes de médecins d'avoir un personnel soignant formé mais également docile et dévoué (Mengal, 2016). En effet dans le début du vingtième siècle, les infirmières sont apparentées à des domestiques dans la connotation négative du terme car celles-ci doivent veiller à un environnement propre et agréable. Elles sont souvent réduites à des tâches de nettoyage (Hesbeen, 2017).

Grand changement avec le Docteur Depage, qui va imaginer la fonction de l'infirmière moderne reposant sur la formation et redorant l'image de celle-ci. Elle est amenée à effectuer des actes sur base d'écrits prescrits par le médecin. Le médecin décide et l'infirmière exécute, nous observons quand même le maintien de l'idée d'un lien de subordination absolu (Hesbeen, 2017).

La première guerre mondiale va elle aussi souligner l'importance d'un personnel qualifié et formé, prenant en exemple les infirmières anglo-saxonnes qui ont impressionnés par leurs maitrises et leurs disciplines durant ce chaos (Billen, Despy & al, 1995).

En Angleterre, Florence Nightingale, un personnage important pour la profession infirmière, milite pour le développement et l'accessibilité de la formation. Elle est persuadée que celle-ci améliorera les soins et par répercussion la santé des patients.

C'est en 1907 que l'on voit apparaître en Belgique, la première école d'infirmière. Dans un premier temps, la formation donnée n'est pas considérée comme une filière officielle de l'enseignement (Mengal, 2016). Mais grâce à un arrêté royal, il est cependant possible d'obtenir un certificat de capacités pour infirmiers.

Malheureusement, la profession se morcelle. On voit apparaître des certificats de garde malade, des brevets hospitaliers et des brevets d'infirmière. Ce n'est qu'en 1967 que l'art infirmier sera reconnu par une loi avec l'arrêté royal relatif à l'art de guérir des professions paramédicales (Mengal, 2016). Beaucoup de modifications sur la liste

d'actes et prestations ainsi que sur la définition même de l'exercice infirmier nous permettra d'en arriver à la professionnalisation du métier tel que nous le connaissons à l'heure actuelle. L'accent étant mis sur la promotion de la pratique infirmière autonome et fondée sur des faits scientifiques rompant avec l'image de l'infirmière soumise du début du dix-neuvième siècle (Fusulier & Moulaert, 2012).

Actuellement plus de 150000 personnes exercent le métier d'infirmier en Belgique (STATBEL, 2020). Il existe deux possibilités pour devenir infirmière, les études d'infirmière brevetée (A2) et les études d'infirmière graduée (A1).

Elles comprennent respectivement trois années et demi et quatre années de formations à caractère théorique et pratique (Filion, 2014). Seuls les gradués ont accès aux diverses spécialisations comme par exemple la spécialisation propre aux soins intensifs (SIAMU = soins intensifs et aide médicale urgente) et aux masters. Par contre sur le terrain, il existe peu de différence entre ces deux types d'infirmières, la principale étant de nature salariale.

Bien que la profession revête un certain caractère féminin, de nombreux écrits signalent la présence des hommes dès le début de son apparition. Leurs existences semblent avoir été occultées, les femmes étant jugées « meilleures » pour exercer cette profession (Carbuccia, 2010). Aujourd'hui, ils représentent approximativement quinze pourcents du personnel (STATBEL, 2020).

Ce que l'on dégage de cet historique, c'est que la profession d'infirmière a évolué au fur et à mesure du temps, passant de la femme qui prenait soin des malades, à la religieuse voulant soigner l'âme, à l'infirmière veillant à l'hygiène de l'environnement, à enfin ce que l'on connaît aujourd'hui, l'infirmière avec une formation et des compétences reconnues.

Mais bien que l'on reconnaisse son importance et que la vision de celle-ci se soit améliorée, on remarque tout de même que la profession infirmière est en lutte permanente (lutte pour la création d'écoles, pour la reconnaissance de la formation, pour la reconnaissance de l'importance de l'infirmière dans le soin.).

On s'est peut-être éloigné de la vision de l'infirmière soumise et dévouée mais malgré tout on attend quand même d'elle qu'elle le soit encore. Car actuellement, en Belgique, où il nous semble normale d'avoir des conditions de travail décentes, elles crient haut et fort que ce n'est pas ce qu'elles ont. Voyons ce qu'il en est en évoquant ces conditions de travail.

C. Conditions de travail éprouvantes aux soins intensifs.

Les conditions de travail font références aux caractéristiques du travail aussi bien organisationnelles que relationnelles et se manifestent surtout par leurs conséquences sur le bien-être des travailleurs (Ghram, 2016).

Le service des soins intensifs est défini comme spécifique puisqu'on y retrouve des pathologies diverses mais toutes dans leurs caractères « intensifs ». Cela signifie que les patients sont souvent plus lourdement malades et nécessitent des soins plus importants, plus précis ainsi qu'une surveillance plus accrue.

Le personnel infirmier présent dans ce service est majoritairement doté d'une spécialisation SIAMU suite à une année de spécialisation complémentaire suivie.

Ce service demande à l'infirmière de la technicité, de la polyvalence, de la gestion des situations critiques et des réflexions éthiques qui se posent et s'imposent (SRLF, 2015).

C'est d'ailleurs souvent ce côté technique et polyvalent qui attirent les infirmières qui viennent y travailler car il est riche en apprentissage aussi bien technique qu'intellectuel.

Selon les normes, une infirmière de soins intensifs ne peut être responsable que de maximum trois patients vu leurs états instables (AR 27/04/1998). Mais d'après Arnaud Bruyneel, infirmier et directeur de la SIZ Nursing (société des infirmiers et infirmières de soins intensifs), cette norme date de 1998 et donc depuis les soins ont considérablement évolués. Les patients sont de plus en plus âgés, ont de multiples pathologies, la durée de leur séjour est de plus en plus courte et les soins ainsi que les procédures sont plus complexes. A tout cela, on peut ajouter des tâches administratives aussi de plus en plus présentes, tout ceci augmentant la charge de travail de l'infirmière. Mais malheureusement, cette norme n'a jamais été revue.

Une autre spécificité propre à ce service est le stress qui y est omniprésent. Les infirmières sont en permanence sur le qui-vive afin d'intervenir dans les différentes situations imprévues qui pourraient se présenter : la dégradation soudaine de l'état d'un patient, un arrêt cardiaque, la prise en urgence d'un nouvel arrivé ou même être amené à quitter le service. Car en plus du travail dans le service, ces infirmières sont aussi responsables d'intervenir dans les situations d'urgence dans l'enceinte de l'hôpital, essentiellement en cas d'arrêt cardiaque, de malaise ou autre prise en charge critique.

Elles sont aussi régulièrement confrontées à des situations compliquées où la vie du patient est en danger, où leurs gestes peuvent avoir de graves conséquences, des

situations où leurs valeurs les plus profondes sont touchées. Ce qui engendre une charge émotionnelle non négligeable pour celles-ci.

La crise sanitaire actuelle a permis de mettre en lumière les difficultés que rencontrent les infirmières depuis un certain temps, telles que la surcharge de travail, le manque d'effectifs, de moyens et de reconnaissance et le besoin de revaloriser la profession. Mais cette crise permettra-t-elle qu'elles soient entendues ?

D. Situations rencontrées : illustration des conditions de travail.

Les diverses situations rencontrées par le personnel infirmier au sein d'un service de soins intensifs décrivent et illustrent les conditions de travail de celui-ci. En voici quelques-unes :

a. Les dilemmes éthiques : entre responsabilité professionnelle, respect de l'ordre médical et respect de la vie.

On fait peu état des dilemmes éthiques et de la détresse psychologique associée rencontrés par les infirmières. Pourtant, ils seraient responsables du tiers voire de la moitié des départs de fonction et même de la profession proprement dite (Langlois & al, 2009).

Pour commencer, il est important de savoir réellement ce que l'on entend par dilemme éthique. Comme appris au cours de sociologie du travail donné par Monsieur De Nanteuil, un dilemme éthique se traduit par un conflit de valeur. Le terme « dilemme » se traduit par un conflit mettant à l'épreuve les personnes qui y sont confrontées et le terme « éthique », renvoie aux valeurs en conflit toujours issues d'idéaux de justice sociale (De Nanteuil, 2020).

Bien que l'on retrouve différents termes désignant les dilemmes éthiques tels que dilemme moral, conflit éthique, conflit moral, détresse morale, stress moral, stress de conscience, il est cependant primordial de les distinguer. Le dilemme éthique, le dilemme moral et le conflit éthique font référence au processus d'évaluation cognitive d'un événement tandis que la détresse morale, le stress moral et le stress de conscience sont eux des réactions à cet événement (Langlois & al, 2009).

Les infirmières aux soins intensifs doivent faire face quasi quotidiennement à un grand nombre de dilemmes éthiques. Parmi eux, on retrouve l'acharnement

thérapeutique et l'euthanasie qui sont les plus visibles et que je vais développer ci-dessous.

- **L'acharnement thérapeutique :**

L'acharnement thérapeutique est l'expression utilisée par des personnes qui jugent l'intensité des interventions médicales disproportionnées par rapport aux bénéfices escomptés, aux coûts humains et au matériel que cela représente pour le patient (Langlois & al, 2009).

Les infirmières de soins intensifs sont des témoins privilégiés de ces décisions médicales mais ont parfois un regard différent sur une même situation clinique. Certaines situations peuvent créer un conflit de valeur entre le corps médical et le corps infirmier comme par exemple : lorsque les infirmiers perçoivent les interventions et traitements demandés par le médecin pour maintenir un patient en vie sans bénéfice pour celui-ci (Langlois & al, 2009).

Les infirmiers sont alors face à un dilemme qui est de mettre ou non en action le plan d'intervention décidé au niveau médical. Ce qui peut leur engendrer du stress, du désarroi et des situations de conflit avec le médecin. On est face à une confrontation de deux valeurs : la valeur personnelle et professionnelle. D'une part, la valeur personnelle avec l'importance du respect de la dignité du patient et d'autre part, la valeur professionnelle avec le devoir de respecter l'ordre médical et de l'exécuter (Langlois & al, 2009).

Pour les infirmiers, les moyens techniques utilisés pour maintenir un patient en vie créeraient de la distance avec celui-ci et on en oublierait la souffrance qu'il pourrait ressentir. L'enjeu serait alors d'arrêter ces gestes d'acharnement et de viser le confort du patient, une mort digne. Mais la mort est souvent considérée comme un échec pour le corps médical. Le médecin donne alors de faux espoirs au patient et sa famille, ce qui prolonge l'agonie, allonge la période de deuil en plus de la détresse créée chez le personnel infirmier (Langlois & al, 2009).

Les infirmières ne jugent pas ces situations à la légère . Pour se faire, elles se basent sur deux critères afin d'évaluer la futilité ou non d'un traitement qui sont les chances de survie du patient et sa qualité de vie après celui-ci (Langlois & al, 2009).

Le dilemme éthique identifié est donc de concilier responsabilité professionnelle, respect de l'ordre médical et respect de la vie. Les infirmières

se retrouvent alors piégées dans leurs rôles de technicienne, exécutante et en viennent à perdre le sens de leur travail (Langlois & al, 2009).

Elles se retrouvent parfois dans l'impossibilité de parler pour le patient, de s'exprimer et se rendent alors compte de ce qui aurait pu être réalisé pour celui-ci. En résulte alors un sentiment d'incompétence et de culpabilité touchant leur identité professionnelle. Cette incapacité peut mener à l'épuisement professionnel de ces infirmières (Langlois & al, 2009).

- **L'euthanasie/ La cessation de traitement :**

En opposition à l'acharnement thérapeutique où la mort est reportée, ici, on fait référence à une mort « accélérée » par l'intervention d'une personne (infirmière ou médecin). On y évoque le geste qui porte sur l'intention de mettre un terme à la vie d'une personne.

La distinction entre la cessation de traitement et l'euthanasie n'est pas toujours simple. Dans la cessation de traitement, la mort survient suite à l'arrêt des traitements qui étaient en cours. Tandis que dans l'euthanasie, il y a réalisation d'une injection d'une dose létale de médicaments. Elles sont toutes deux légales mais dans le contexte d'euthanasie, une procédure stricte est à respecter (Langlois & al, 2009).

Il n'est pas toujours facile pour les infirmières d'évoquer ces situations car elles sont la plupart du temps passées sous silence.

Le dilemme éthique identifié ici se pose dans le geste à réaliser le traitement prescrit. Ce dilemme fait ressortir trois valeurs (Langlois & al, 2009) :

- le respect de l'ordre médical.
- la responsabilité professionnelle.
- le respect de la vie.

Les infirmières n'ont pas l'occasion de participer aux discussions entre le médecin et la famille ou le patient. Discussion au cours de laquelle la décision est souvent prise. Les infirmières n'ont donc aucun pouvoir décisionnel et sont une fois de plus remis au rang d'exécutantes.

Elles sont amenées à porter un geste lourd de conséquence et déplorent à ce moment ne pas avoir le soutien organisationnel, émotionnel et médical nécessaire.

Le dilemme se pose cette fois dans la manière dont les choses se réalisent (Langlois & al, 2009).

On en vient à mettre en avant l'importance de la communication afin de mieux vivre et appréhender ce genre de situations, élément qui fait malheureusement défaut au sein de l'hôpital.

b. Quand le stress s'invite au travail.

Le stress est présent dans la vie de tous les jours mais semble être aussi de plus en plus présent dans le monde du travail. Comme nous l'avons déjà signalé plus tôt, celui-ci est omniprésent dans un service de soins intensifs. En effet, l'ambiance particulière mais aussi les dilemmes éthiques auxquels font face les infirmières dans leurs travaux leurs provoquent du stress au travail.

Commençons par le définir, le stress représente le phénomène d'adaptation du corps à son environnement. L'accord national interprofessionnel français définit cet état de stress lorsqu'il survient un déséquilibre entre la perception que le travailleur a des contraintes que lui impose son environnement et la perception des ressources qu'il possède pour y faire face (Gintrac, 2011).

Il faut savoir que l'individu est capable de gérer le stress sur du court terme mais éprouve plus de difficultés lorsque celui-ci se fait plus présent. Il existerait aussi des différences entre individu dans la capacité à le gérer, différences en terme d'âge et de sexe (Gintrac, 2011).

Il existe différents types de stress au travail (= stressor) (Gintrac, 2011) :

- Les stressors organisationnels qui comprennent la surcharge de travail, le manque d'autonomie, les contraintes et règles organisationnelles.
- Les stressors professionnels qui font références aux exigences de la profession et aux activités propres à l'infirmière.
- Les stressors personnels tels que le vécu de deuils répétés, la détresse morale du patient ou de sa famille et le questionnement existentiel ou moral.

Les conséquences du stress peuvent être graves, multiples et parfois irréversibles. On parle de conséquences positives quand par exemple un délai à respecter entraîne le travailleur à être plus productif. Cependant, la condition d'un délais faisable doit être respectée.

Néanmoins, il peut aussi avoir des conséquences négatives se traduisant sur le travailleur en terme de symptômes qui peuvent être d'ordre physique, émotionnel et intellectuel (Gintrac, 2011) :

- Les symptômes physiques : douleurs, troubles du sommeil, de l'appétit, de la digestion, palpitations et/ ou sueur.
- Les symptômes émotionnels : tristesse, mal être, angoisse, sensibilité, nervosité et/ ou crise de larmes.
- Les symptômes intellectuels : difficultés de concentration et/ ou de prises de décision.

A ces symptômes pourront s'associer des pathologies graves telles que les troubles métaboliques, les maladies cardiovasculaires, les troubles musculosquelettiques et de la dépression.

Le stress est un coût non négligeable pour les entreprises avec les absences, le turnover du personnel, la diminution ou la perte de productivité mais aussi le coût de recrutement (Gintrac, 2011).

D'où l'importance d'y trouver des solutions. En voici quelques exemples (Gintrac, 2011) :

- Prévention des maladies professionnelles.
- Amélioration de l'environnement psychosocial de travail.
- Prévention du harcèlement moral, des violences au travail.
- Mesures axées sur le travail mais aussi sur les travailleurs.

Il serait compliqué voir idyllique de supprimer le stress au travail c'est pourquoi l'objectif est plutôt de l'atténuer et le rendre plus supportable pour le travailleur.

c. Quand les contraintes organisationnelles entraînent de la détresse morale.

La détresse morale est une importante problématique au sein de la profession infirmière car elle touche l'ensemble des milieux de soins (Zuzelo, 2007) et serait même un phénomène international (Hamric, 2012).

La « morale » se réfère à la notion de bien et de mal associés aux actes posés par l'humain (Durand, 2005) et « la détresse » elle, est plutôt un état de souffrance affectant le corps aussi bien physique que mental (Russel, 2012).

Cependant, on retrouve une multitude d'interprétations telles que :

- Situation survenant lorsque la personne ne peut poser le bon acte à cause de contraintes institutionnelles (Jameton, 1984).
- Situation obligeant la personne à compromettre ses valeurs professionnelles ou standards de pratique suite aux contraintes rencontrées (Pauly & al, 2009).
- Situation où la personne ne peut agir dans le meilleur intérêt pour son patient (Corley, 2002).
- Etc.

Toutes ces interprétations ramenant à la difficulté éprouvée par l'infirmière dans l'exercice de sa fonction. D'ailleurs, il semblerait que toutes les infirmières seraient susceptibles de subir de la détresse morale au cours de leurs carrières.

On peut néanmoins mettre en évidence trois grands types de sources amenant de la détresse morale (Poisson & al, 2014):

1. Les situations cliniques :

Par exemple, quand l'infirmière juge futile les traitements devant être donnés aux patients car ils n' amènent pas ou peu de bénéfice à celui-ci ou encore les traitements sans but concret de fin de vie, le non-respect de la volonté du patient ou de sa famille, lorsque le médecin donne de faux espoirs au patient et ses proches,... On peut dès lors faire un rapprochement avec ce que l'on vient d'évoquer dans le point des dilemmes éthiques.

2. Les contraintes internes à l'infirmière :

On cite plutôt ici la peur, le sentiment d'impuissance dans une action et le manque de connaissance qui empêche l'infirmière de répondre adéquatement à une situation de soin.

3. Les contraintes externes à l'infirmière :

Les effectifs insuffisants mettant en péril les soins aux patients, l'insuffisance de soutien administratif, le conflit avec les politiques de l'hôpital, l'obligation

de compromettre et/ ou de sacrifier la qualité des soins suite à des contraintes budgétaires.

Toutes ces situations amènent de la détresse morale pour les infirmières et affectent leur santé mentale et physique. Dans un premier temps, elles ressentiront des sentiments tels que la frustration, la colère, l'anxiété pour passer dans un second temps à des sentiments plus négatifs comme de la tristesse, de la culpabilité et une diminution de l'estime de soi (Poisson & al, 2014).

On peut aussi voir apparaître des répercussions physiques comme par exemple des maux de tête, des douleurs musculaires, des cauchemars, des insomnies, des palpitations qui ne feront que diminuer l'estime de soi de ces infirmières, affaibliront leurs satisfactions au travail et mèneront certaines d'entre elles à un épuisement professionnel (Poisson & al, 2014).

Avec les années d'expérience, elles développent des mécanismes de défense, point qui sera développé plus tard. Ceux-ci ne modifieraient pas la source de souffrance mais en atténueraient la perception. Par contre, une mise en garde est faite quant au recours trop intensif à ces mécanismes. Cela pourrait empêcher le travailleur à se rendre compte de la souffrance dont il est victime et donc l'empêcher de l'identifier et de la régler (Molinier, 2008).

D'autres solutions peuvent être envisagées afin de diminuer cette détresse morale et peuvent provenir de trois niveaux, au niveau des organisations de santé, de la chef infirmière et des infirmières elles-mêmes (Poisson & al, 2014) :

- **Au niveau des organisations de santé (L'employeur) :**

L'employeur a la responsabilité légale dans la mise en œuvre d'un environnement de travail sain (cfr droit du travail et obligations de l'employeur). Ce cadre de travail établi a un intérêt pour l'employeur car il empêche la fuite du personnel et par conséquent des problèmes d'effectifs (cfr turnover). Cette ambiance saine au travail augmentera aussi la satisfaction au travail et par répercussions la qualité des soins.

L'employeur pourrait par exemple prendre position dans des thèmes tels que le respect et l'autonomie du patient, sa qualité de vie et son rapport risque/bénéfice. Il pourrait aussi mettre en place des formations en éthique qui permettraient aux

infirmières d'apprendre à gérer ces situations de détresse. La communication est aussi un élément intéressant (cfr éthique de la discussion).

- **Au niveau de la chef infirmière :**

Elle possède une place stratégique car elle se situe entre l'organisation et les infirmières. Elle a aussi la responsabilité d'intervenir dans son unité sur les causes de détresse et les conséquences de celles-ci. C'est souvent la première personne vers qui la moitié des infirmières souffrant de détresse morale vont se tourner afin de trouver du soutien.

Malheureusement, celle-ci n'a pas toujours les moyens et connaissances pour intervenir d'où l'importance qu'elle se forme également.

- **Au niveau des infirmières :**

Une chose importante qu'elles peuvent réaliser à leurs échelles est de se tourner vers les collègues et de leur demander du soutien. La relation avec les collègues peut avoir une influence positive sur la détresse morale. Elle pourrait permettre la mise en place de stratégies d'adaptation et donc le maintien en poste du travailleur. La discussion pourrait donc être une solution en permettant aux personnes concernées de s'exprimer et de peut-être trouver au cours de celles-ci des pistes de solutions.

Par contre des contraintes organisationnelles comme la surcharge de travail entraveraient le recours à ce genre de pratiques.

En conclusion, la détresse morale vu ces similitudes peut clairement être associée au dilemme éthique. Ces conséquences sont non négligeables pour une série d'acteurs et promouvoir sa prise en charge pourrait permettre d'avoir des équipes fortes, dynamiques, en bonne santé et par conséquent des soins sécuritaires et de qualité.

d. La souffrance au travail : sujet préoccupant de notre époque.

La souffrance au travail est un sujet de préoccupation depuis les années 80. Parfois aussi appelé malaise au travail (Loriol, 2015).

Une multitude de sociologues, psychanalystes, médecins se sont penchés sur ce sujet. On retrouve entre autre, Jean Foucart, sociologue, qui associe la souffrance à l'intériorité, la perte de sens, l'incapacité à communiquer avec d'autres afin de trouver du réconfort, un refuge et à une construction partagée de l'interprétation (Foucart, 2003). La profession soignante parce qu'elle est confrontée régulièrement à la souffrance et la mort en est une catégorie de travailleurs à risque et donc un bel exemple (Loriol, 2015).

Un autre point de vue nous vient de la psychodynamique de travail avec Christophe Dejours, psychanalyste qui a lui étudié la souffrance au travail de manière pluridisciplinaire (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014). Il la présente comme « un état de lutte que vivent les travailleurs pour demeurer dans la normalité et ne pas sombrer dans la maladie » (Alderson, 2004). Il souligne que le travail parce qu'il impose des procédures et contraintes étrangères à l'individu est nécessairement source de souffrance (Dejours, 1993). Pour maintenir leur santé mentale, les travailleurs vont devoir viser un équilibre entre les sphères sociales, spirituelles, physiques, financières et mentales. Pour se faire, ils devront parfois recourir à des mécanismes de défense (Boivin-Desrochers, 2014) sujet qui sera développé ultérieurement.

Cependant les savoirs et la perception de la souffrance dépendent de qui la subit. Les salariés citent plutôt comme causes d'atteinte à leur santé mentale des éléments comme le manque de reconnaissance, l'augmentation de la charge de travail et la multiplication des contraintes de travail. Tandis que les directeurs, eux citent plutôt des problèmes d'ordre personnel (Loriol, 2015).

Le terme souffrance est moins utilisé par le travailleur. Il l'exprime plutôt par le terme « stress » afin de désigner la façon dont il vit son travail car la notion de souffrance est parfois associée à la misère ou une certaine position de victime (Loriol, 2015).

D'après Scarlett Salman, sociologue, le succès de la notion de souffrance au travail dans la médecine du travail permettrait de donner du sens aux difficultés rencontrées par les salariés et rendrait ainsi possible une démarche clinique qui déculpabiliserait le travailleur d'une forme de fragilité et permettrait une action curative. La souffrance serait donc un témoin de la difficulté du métier, un signe que l'organisation et le collectif ne parviennent plus à faire face à cette difficulté (Salman, 2008).

Abordons maintenant plus particulièrement la souffrance des soignants. Celle-ci est bien différenciée de maux tels que douleur, fatigue, usure physique mais par contre la souffrance pourrait éventuellement les accentuer. Le plus pénible pour les infirmières serait la confrontation qu'elles ont avec la souffrance de leurs patients ou leurs familles. Elles ressentiraient le manque de moyens et leur impuissance face à la souffrance de l'autre. Elles auraient parfois même le sentiment de devoir réaliser une mission impossible. Ce constat ne fait que s'aggraver avec la situation de l'hôpital pris dans des politiques de rationnement de dépenses avec une vision comptable imposant des procédures standardisées contraires aux pratiques des équipes de terrain. La souffrance naît alors dans l'impossibilité pour le soignant d'offrir des soins de qualité à son patient. On peut en arriver à des situations où le soignant va s'investir soit trop et risque alors l'épuisement professionnel ou pas assez et de ce fait, on voit plutôt apparaître des situations de dépersonnalisation des patients, de perte de motivation et de sens en son travail pour le soignant (Loriol, 2015).

Le travail n'apporte donc plus la satisfaction envisagée car celui-ci a été « idéalisé ». Il y a un décalage entre attente et réalité et cela crée chez le travailleur, l'infirmière de la souffrance (Loriol, 2015).

e. Conflit de valeur et valeurs en conflit.

Les infirmières rencontrent comme on a pu le voir dans les points précédents, une confrontation régulière entre trois types de valeurs : leurs valeurs personnelles, professionnelles et organisationnelles.

Elles doivent agir en faisant correspondre ces trois valeurs. Lorsqu'elles n'y parviennent pas, on assiste alors à la naissance d'un conflit de valeur qui peut avoir des conséquences directes sur elle mais pas que.

f. Charge de travail : trop c'est trop !

Actuellement, on entend beaucoup parler dans les médias de surcharge de travail pour les infirmières, mais qu'en est-il vraiment?

On distingue deux types de charge de travail, la charge physique et mentale ou psychologique.

Comme on a déjà pu l'évoquer dans ce mémoire, à l'heure actuelle, les patients sont plus lourdement « malades », nécessitent des soins plus complexes, les hospitalisations durent moins longtemps et le travail doit donc être condensé et/ou fait en un minimum de temps. On ajoute à cela le stress omniprésent et les différents horaires à prester avec le travail de nuit non physiologique pour le corps. On peut donc dire qu'en effet le travail infirmier revête un caractère physique non négligeable.

En ce qui concerne la charge mentale ou psychologique, on peut y aborder la proximité avec la mort, la souffrance, la douleur et donc la nécessité de trouver des moyens de s'en protéger (cfr mécanisme de défense).

La surcharge de travail peut être quantitative, lorsque la charge de travail est trop importante par rapport aux temps ou ressources mis à disposition mais aussi qualitative, c'est-à-dire quand les exigences sont trop élevées en comparaison aux compétences de l'individu (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014).

Aux soins intensifs, une infirmière peut normalement être responsable, s'occuper de maximum trois patients vu leurs états instables (AR 27/04/1998). Il faut savoir que cette norme n'est pas respectée sur le terrain. Il arrive parfois que l'infirmière se retrouve avec quatre voir cinq patients en charge. Et comme le signale Arnaud Bruyneel, ce non-respect de la loi pourrait entraîner des graves conséquences pour le patient, car ce non-respect entraîne une hausse du risque de mortalité pour le patient (Bruyneel, 2020).

L'intensification du travail au sein des hôpitaux depuis une quinzaine d'années due aux restrictions budgétaires et soucis d'effectif entraîne une charge de travail plus importante pour le personnel. On voit alors apparaître de la fatigue, des épuisements et de l'absentéisme. Cette surcharge de travail est une des raisons évoquée par les infirmières quand celles-ci quittent leurs emplois ou leurs professions (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014).

E. Mécanismes de défense : se protéger pour supporter.

Comme dis ci-dessus, les mécanismes de défense ne régleront pas la source de souffrance mais permettront cependant d'en atténuer la perception. Ils sont à utiliser occasionnellement car utilisés de manière intensive, ils empêcheraient le travailleur de se rendre compte de la souffrance qu'il ressent (Molinier, 2008).

Ces attitudes et ces comportements vont permettre la préservation de la santé mentale du travailleur. Ils peuvent être d'ordre individuels ou collectifs et peuvent être conscients ou inconscients (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014).

Ces mécanismes de défenses permettent d'établir un équilibre entre proximité au patient et distance émotionnelle nécessaire pour la préservation de la santé mentale des infirmières. En voici quelques-uns :

- **Le détachement affectif de son travail** : La personne va décider de moins s'investir dans son travail, ne va plus réaliser toutes ses tâches, va diminuer son temps de travail, prendre plus de pauses et/ou banaliser les situations de détresse (Poisson & al, 2014).
- **L'activisme** : A l'inverse de la précédente, la personne va s'investir de manière intensive dans son travail. Ce procès ne pourra s'effectuer que sur du court terme car il est coûteux en terme d'énergie et peut se répercuter sur la vie personnelle de la personne l'utilisant (Molinier, 2008).
- **La stratégie du coping** : Ce sont des comportements qui vont permettre de résister aux agressions du milieu de travail. Par exemple, la parole va permettre de verbaliser les émotions ressenties à ses proches ou encore faire part des sources de détresse aux supérieurs (Poisson & al, 2014).
- **Le concept de résilience** : Cette stratégie de défense permet aux infirmières de se défendre et de survivre dans leur milieu de travail. Il consiste à prendre en compte la difficulté vécue, apprendre à vivre avec et rebondir en changeant de perspective (Anaut, 2005).
- **L'utilisation de l'humour, du rire et de la plaisanterie** : Cette utilisation permettra de « dédramatiser » les situations compliquées (Pomerleau & al, 2013).
- **La recherche de reconnaissance auprès du patient** : Vu l'absence de reconnaissance provenant de ces supérieurs, la personne pourra rechercher cette reconnaissance ailleurs comme par exemple chez le patient pour les infirmières (Alderson, 2006).
- **La dépersonnalisation du patient** : Cela consiste à ne plus voir le patient comme un être vivant et donc ne pas entrer en contact avec lui.

- **La diminution de temps de travail ou prise de congé à thème:** C'est un moyen permettant de prendre de la distance par rapport à son travail (Alderson, 2006).
- **La stratégie ultime :** Le départ de la fonction voir même de la profession.

F. Pas de solution miracle mais pourquoi pas des pistes à explorer.

Dans la plupart des situations rencontrées par les infirmières de soins intensifs, on peut repérer que des sujets manquants sont mis en avant tels que le manque de reconnaissance ainsi que le manque de communication et de temps de discussion. C'est pourquoi, j'ai pensé qu'il serait intéressant d'aborder deux éthiques bien connues en sociologie qui sont l'éthique de la discussion et l'éthique de la reconnaissance. Elles ne seront pas des solutions miracles mais peut-être des pistes intéressantes à explorer.

- **L'éthique de la discussion / de la communication :**

Cette éthique a été créée par Jurgen Habermas, philosophe allemand dont la pensée est centrée sur le principe de démocratie. Pour lui, il ne peut y avoir de démocratie sans débat public. Et c'est à cela que va servir cette éthique, permettre par le langage aux personnes de s'exprimer. Mais pas seulement de s'exprimer, elles vont aussi pouvoir être entendues et prises en compte (Fleury, 2019).

Jurgen Habermas explique l'importance de réaliser cette discussion avec tous les acteurs et les définit en trois grandes catégories, les personnes qui décident, les personnes qui connaissent (chercheurs, spécialistes, etc) et les personnes qui subissent. On est donc dans une tripartite de la communication (Fleury, 2019).

Il met aussi l'accent sur trois règles à respecter pour permettre une situation juste qui sont (De Nanteuil, 2016):

- La règle de la vérité propositionnelle : c'est-à-dire que les arguments mobilisés dans la discussions aient des bases empiriques.
- La justice normative : les acteurs doivent pouvoir justifier leurs choix d'argumentaire.
- La sincérité subjective : les acteurs doivent croire en ce qu'ils disent.

Bien qu'il n'ait pas conçu cette éthique pour le monde du travail tel que nous le connaissons actuellement ne voyant pas le travail tel qu'il est, peut être par manque d'analyse de celui-ci (De Nanteuil, 2016). Grâce à de nombreux autres penseurs mais aussi à la critique de Nancy Fraser, cette éthique a pu être adaptée pour y être utilisée.

En effet, ces espaces et temps de communication sont essentiels pour les travailleurs afin de leur permettre aussi bien une réalisation individuelle que collective. Malheureusement, ils sont encore trop peu présents et parfois même chassés dans les lieux de travail, voyant là du temps où le travailleur ne produit pas ou il produit aussi mais autre chose comme de la collaboration, des moyens de passer du prescrit au réel (cfr la psychodynamique de travail). Comme le souligne Monsieur De Nanteuil « l'inexistence d'un tel espace, ou l'impossibilité d'en respecter les règles constitutives, viole des attentes de justice que ce système productif lui-même met en jeu lorsqu'il demande aux travailleurs d'accroître constamment leur qualité de travail tout en se conformant à un système de production très verticalisé » (De Nanteuil, 2016).

Une autre analyse importante faite par Michèle Grosjean et Michèle Lacoste toutes deux professeurs de communication est centrée sur le milieu hospitalier. Elles y font référence à l'importance du langage pour les soignants. Il leur permettrait d'exister comme sujet dans la relation de soin. Cette parole permettrait d'aborder des thèmes tels que la souffrance, la mort mais aussi les rythmes de travail, la division des tâches, etc. Ces auteures mettent en évidence la première nécessité pour le personnel soignant de mettre des mots sur les tensions rencontrées qui frôlent parfois l'insupportable. L'acte du langage est même vu ici comme une activité éthique (De Nanteuil, 2016). Or, le fonctionnement capitaliste dans nos sociétés de travail « incite à rechercher que les heures payées soient des heures effectivement travaillées...ce qui tend à réduire au minimum les temps d'entre-deux, d'attentes, les moments creux, les « pauses » dans la journée ou la semaine de travail » (Boltanski & Chiapello, 1999, p 362-363).

Ce modèle permettrait donc d'éviter l'injustice cardinale qui est le mutisme, l'impossibilité donc pour le travailleur de faire entendre ce qu'il vit, ressent et désire (De Nanteuil, 2017).

Espérons que dans les années à venir, cette éthique, sa vision ne cesse de croître au sein des organisations hospitalières mais pas seulement, il faudrait qu'elle soit étendue à tous les milieux de travail.

- **L'éthique de la reconnaissance :**

Cette éthique a été développée par Axel Honneth et entend voir le travailleur dans sa globalité, c'est-à-dire pas seulement comme un acteur dans son travail mais aussi comme un être humain à part entière. Cette reconnaissance étant nécessaire à l'individu pour la construction de son identité (Carré, 2013).

Axel Honneth identifie trois types de reconnaissance (Honneth, 2015) :

- La reconnaissance affective ou amoureuse apportée par les proches et remplissant le besoin affectif.
- La reconnaissance juridique amenée par le droit et où l'individu y est reconnu comme une personne capable de prendre des décisions.
- La reconnaissance culturelle trouvée au travail par les retours donnés par rapport à la contribution faite par le travailleur.

En ce qui nous concerne, les infirmières attendent d'une part de la reconnaissance juridique leur permettant d'être reconnues comme des êtres capables de prendre des décisions par le biais par exemple de la communication. Et d'autre part, la reconnaissance culturelle où leurs contributions seraient vues à la hauteur de ce qu'elles font.

Les infirmières attendent non seulement d'être reconnues pour ce qu'elles disent, font mais aussi subissent par leurs conditions de travail. Grâce à cela, nous éviterons donc l'injustice cardinale de mépris pouvant découler d'une non-reconnaissance de l'individu (De Nanteuil, 2017).

G. Conclusion.

Dans cette conclusion, je vais tenter de répondre à la question de recherche initiale qui était je le rappelle : « Comment le personnel infirmier de soins intensifs vit-il les conditions de travail auxquels il est confronté ? »

Après avoir évoqué les différentes situations auxquelles sont confrontées les infirmières de soins intensifs, on peut dès lors mieux comprendre les difficultés rencontrées telles que stress au travail, confrontation aux dilemmes éthiques, détresse morale, souffrance au travail et surcharge de travail. Elles font en fait quotidiennement face à des dilemmes éthiques. L'intensification du travail, les restrictions budgétaires et la crise sanitaire que nous avons vécu et vivons encore n'ont fait qu'accentuer et souligner cette réalité.

Bien que certaines trouvent des solutions en utilisant des mécanismes de défenses, ceux-ci ne règlent pas le problème initial.

Ce constat permet donc de mieux comprendre pourquoi les infirmières ne font qu'une partie de leur carrière aux soins intensifs (environ sept années).

On peut donc maintenant répondre et dire que NON, les infirmières de soins intensifs ne vivent pas bien leurs conditions de travail, c'est d'ailleurs le sujet principal de leur révolte actuelle. Preuves en est qu'elles signalent être au bord de l'épuisement, les burn-out et risque de burn-out ne font qu'augmenter.

Bien que les pistes de solutions envisagées dans ce paper ne soient pas des solutions miracles, elles pourraient cependant être le point de départ d'une réflexion. Espérons que le gouvernement soit de cet avis et que les choses bougeront pour elles car comment les hôpitaux fonctionneront si il n'y a plus d'infirmière en place? Ne vaut-il mieux pas prévenir que guérir ?

Bibliographie.

- Alderson M. (2004) *La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques*. Santé mentale au Québec. p 243 à 260.
- Alderson M. (2006) *La quête de reconnaissance des infirmières travaillant dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Espace de réflexion, espace d'action en santé mentale au travail*. Institut de psychodynamique du travail du Québec. Les Presses de l'Université Laval. p 81 à 107.
- Anaut M. (2005) Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers* n°82. p 4 à 11.
- AR 27/04/1998 : Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée.
- Billen G., Despy A., Frédéric M., Gubin E., Jaumain S., Lévesque A., Nandrin J-P., Marquès Pereira B., Morelli A., Puissant J., Richard E., Summers A. & Vogel-Polsky E. (1995) *Femmes et médecine : Groupe interdisciplinaire d'Etudes sur les femmes de l'Université libre de Bruxelles*.
- Boivin-Desrochers C. & Alderson M. (2014) Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. *Recherche en soins infirmiers* n° 118. p 85 à 96.
- Boltanski L. & Chiapello E. (1999) *Le nouvel esprit du capitalisme. La déconstruction du monde du travail*. p 360 à 371.
- Bruyneel A. (2020) *Interview de Bruyneel Arnaud (infirmier et président de la SIZ Nursing, association des infirmiers et infirmières de soins intensifs de Belgique)*.
- Carbuccia H. (2010) *La formation des infirmières et infirmiers au XXe siècle, de l'apprentissage du genre social au genre professionnel*.
- Carré L. (2013) *Le droit de la reconnaissance*. Michalon.
- Corley M. (2002) *Nurse moral distress : a proposed theory and research agenda*. Nursing Ethics. p 636 à 650.
- Dejours C. (1993) *Travail : usure mentale*. Bayard.
- De Nanteuil M. (2020) *Cours de Sociologie du travail*. UCL.

- De Nanteuil M. (2016) *Travail et sens de la justice*. Presse universitaire de France. Chapitre 4.
- De Nanteuil M. (2017) *Justice dans le travail*. Sens et avenir du travail.
- Durand G. (2005) *Introduction à la bioéthique : histoire, concepts et outils*. Saint-Laurent.
- Fillion, N. (2014) *Recherche en soins infirmiers*. 119(4). p 41 à 43.
- Fleury C. (2019) *Le développement d'une éthique de la discussion en démocratie*.
- FNEI (2018) *Historique de la formation en Soins Infirmiers*. FNEI (Fédération Nationale des Étudiant(es) en Soins Infirmiers).
- Foucart J. (2003) *Sociologie de la souffrance*. De Boeck.
- Fusulier B. & Moulaert, T. (2012) *Être infirmière et parent : une approche compréhensive des engagements et des parcours professionnels en Belgique francophone*. Les Cahiers de recherche du Girsef 88.
- Ghram R. (2016) *Conditions de travail*. Psychologie du travail et des organisations. P120 à 123.
- Gintrac A. (2011) Le stress au travail, un état des lieux. *Management & avenir n° 41*. p 89 à 106.
- Hamric A. (2012) *Empirical research on moral distress : issues, challenges and opportunities*. HEC. p 39 à 49.
- Hesbeen W. (2017) *Humanisme soignant et soins infirmiers : « Un art du singulier »*. Elsevier Masson.
- Jameton A. (1984) *Nursing practice : the ethical issues*. London.
- Laurent R-M. (2013) *Les combats des infirmiers en regard de leur histoire : Analyse*. Santé Conjugée.
- Langlois L., Dupuis R., Truchon M., Marcoux H. & Fillion L. (2009) *Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs*. OpenEdition Journals. Vol 11 n°2.
- Lorient M. (2015) *La souffrance au travail*. De Boeck supérieur. N° 38 p 23 à 33.
- Mengal Y. (2016) *Il était une fois au pays de la santé publique, un/une chef infirmier(e)*. Vol au-dessus de la vie d'un chef. FNIB. Erasme.
- Molinier P. (2008) *Les enjeux psychiques du travail*. Payot & Rivages.
- Pauly B., Varcoe C, Storch J. & Newton L. (2009) *Registered nurses perceptions of moral distress and ethical climate*. Nursinh Ethics. p 561 à 573.

- Penneçot C. (2015) *Histoire de la profession d'infirmière en France*. IFSI Dijon.
- Poisson C., Alderson M., Caux C. & Brault I. (2014) La détresse morale vécue par les infirmières : Etat des connaissances. *Association de recherche en soins infirmiers N° 117*. p 65 à 74.
- Pomerleau D., Alderson M. & Decarie S. (2013) *L'espace de parole au service des collectifs de travail : pour un milieu plus satisfaisant chez les infirmières dispensant des soins à domicile*. *L'infirmière clinicienne*. p 96 à 105.
- Rasir J. (2019) *Développement professionnel des infirmières*. UCL.
- Russel A. (2012) *Moral distress in neuroscience nursing : an evolutionary concept analysis*. *Journal of neuroscience nursing*. p 15 à 26.
- Salman S. (2008) « *Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail* ». *Sociologie du travail* vol. 50. p 31 à 47.
- SRLF (2015) *Perspectives infirmières*. Lavoisier.
- STATBEL (2020) *Personnel des soins de santé*. STATBEL.
- Zuzelo P.,(2007) *Exploring the moral distress of registered nurses*. *Nursing Ethics*. p 344 à 359.

Paper II :
Partie Philosophique.

*Profession infirmière et
reconnaissance.*

Promoteur : Monsieur Hunyadi

Table des matières :

A. Introduction.....	p 32
B. Profession infirmière et reconnaissance : petit aperçu historique.....	p 33
C. Non-reconnaissance aux soins intensifs.....	p 34
D. Théorie du don de Marcel Mauss : donner, recevoir et rendre.....	p 38
E. L'éthique du Care : « prendre soin ».....	p 40
F. L'éthique de la reconnaissance d'Axel Honneth.....	p 44
G. La reconnaissance dans le monde du travail.....	p 46
H. Conclusion.....	p 51

Bibliographie.

A. Introduction.

Depuis quelques années maintenant, nous prenons conscience de l'importance du concept de reconnaissance dans le monde du travail. Celui-ci permet non seulement au travailleur d'être reconnu dans ses qualités et ses capacités mais aussi de construire son identité professionnelle. Cette reconnaissance est capitale afin de remplir un besoin fondamental de l'être humain qui est le besoin d'estime de soi présent dans la pyramide de Maslow (Pellesier, 2006). Quand celle-ci vient à manquer, on peut voir apparaître des répercussions importantes aussi bien sur le travailleur avec de la démotivation et de la perte de sens en son travail mais cela peut aussi toucher l'entreprise en elle-même car sa production et/ou sa réputation peuvent en être impactées.

A travers ce paper, j'aimerais aborder le concept de reconnaissance en lien avec la situation des infirmiers de soins intensifs. Ce sujet me touche personnellement de par mon statut d'infirmière dans ce service.

J'ai donc décidé de poser ma question de recherche comme ceci : « **Pourquoi ne prend-t-on pas soin des métiers de soin ?** »

Pour répondre à ma question, je vais tout d'abord faire un aperçu historique de la profession infirmière en lien avec le concept de reconnaissance qui nous intéresse ici. Ensuite j'aborderai les difficultés que peuvent rencontrer ces infirmières au regard de mon expérience personnelle. Pour répondre à ma question de recherche, j'effectuerai des liens avec des concepts et des théories bien connues en philosophie tels que la théorie du don de Marcel Mauss, l'éthique du Care mais aussi l'éthique de la reconnaissance d'Axel Honneth.

B. Profession infirmière et reconnaissance : petit aperçu historique.

Le métier d'infirmier est présent depuis toujours mais n'a pas toujours été reconnu comme tel (Raisir, 2019).

Dans un premier temps, ce sont des femmes sans formation qui prodiguent des soins et leurs activités sont transmises de génération en génération. Ensuite, les religieuses prennent les choses en main et espèrent par le soin soigner aussi l'âme des malades. Ce sont les grandes guerres et les progrès médicaux associés qui vont faire naître le besoin d'infirmiers formés pour assister le médecin dans sa tâche.

C'est là que va naître la première bataille des infirmières menée en partie par Florence Nightingale qui est celle de créer des écoles d'infirmières et de faire reconnaître la formation qui y est enseignée. La première école est créée en 1907 en Belgique et c'est seulement soixante ans plus tard que l'art infirmier sera reconnu par une loi avec l'arrêté royal relatif à l'art de guérir des professions paramédicales.

Les batailles suivantes concerneront des conditions de travail décentes mais aussi la reconnaissance du rôle de l'infirmière qui ne désire plus être seulement vue comme le simple bras droit du médecin (Rasir, 2019).

La formation infirmière vient d'être allongée pour passer de trois à quatre ans mais sans changement au niveau salarial. On assiste donc à un « développement de la polyvalence mais à salaire égal » (Boltanski & Chiapello, 1999, p 367).

Près de cent ans plus tard, les infirmières sont toujours dans la bataille pour une reconnaissance de leur métier et désirent être reconnues à leurs justes valeurs.

C. Non-reconnaissance aux soins intensifs.

Le service des soins intensifs est un service spécifique où l'on rencontre des patients avec des pathologies lourdes nécessitant une prise en charge et une surveillance plus importante.

On sait que le métier d'infirmière n'est pas évident de par les horaires, la charge émotionnelle lourde liée à la proximité avec la maladie et la mort.

Mais dans un premier temps, les infirmières ne prêtent pas forcément attention à ces difficultés et se focalisent plutôt sur l'apprentissage de la profession et le côté technique du métier.

Les années passent et l'hôpital change. Les contraintes budgétaires y sont de plus en plus présentes et beaucoup de répercussions retombent sur les infirmières.

Il y a de plus en plus de travail avec des hospitalisations qui durent de moins en moins longtemps et des patients avec des pathologies plus lourdes et plus compliquées. Il faut donc effectuer le travail et les examens plus rapidement pour que le patient se rétablisse vite et que l'on puisse s'occuper du suivant (Bruyneel, 2020). Il faut savoir que « l'effet de l'intensification du travail sur la santé physique et mentale n'est pas positif ! » (Boltanski & Chiapello, 1999, p 371). D'ailleurs « l'enquête conditions de travail de 1991 a montré que de plus en plus de salariés se voyaient imposer des contraintes de rythme dans leur travail » (Boltanski & Chiapello, 1999, p 363-364).

L'hôpital commence à fonctionner comme une entreprise où il est important de viser la productivité et le profit. Mais, les infirmières ne sont pas en accord avec cela. En effet, elles ont choisi ce métier pour s'occuper des gens, de l'humain et elles n'ont actuellement plus le temps de s'y consacrer. Or, nous le verrons dans un des points suivant, le relationnel est un des aspects importants pour les infirmières. Elles tentent en vain de se faire entendre et de dénoncer ces conditions de travail devenues très difficiles. Malheureusement, la situation ne fait que s'empirer au fil du temps et bon nombre d'infirmières quittent leur emploi voire leur profession faute de pouvoir entrevoir une solution aux problèmes qu'elles rencontrent. Les chiffres présentés sur le site belgium.be, site d'informations et services gouvernementaux nous le témoigne car en 2016 sur les 202 402 infirmiers autorisés à pratiquer seulement 124 196 sont en activités dans le secteur des soins. Où sont donc passés les 78 206 infirmiers qui pourraient combler le manque d'infirmier sur le marché ?

La crise du Coronavirus va encore plus les mettre à mal. Cette crise a touché tout l'hôpital mais plus particulièrement certains services. Le service des soins intensifs a en effet du prendre en charge les patients dans des états critiques, nécessitant des soins plus lourds comme par exemple l'apport d'oxygène à haute dose, la mise sous respirateur ou encore les patients nécessitant d'être plongés dans un coma artificiel.

Les infirmières se sont retrouvées comme tout le monde face à l'inconnu. La peur s'est emparée d'elles, elles craignaient pour la vie de leurs patients, de leurs proches mais aussi de leur propre vie. Mais, elles ont été présentes au front car c'était leur devoir, le métier qu'elles ont choisi. Les soins étaient lourds et les équipements portés pas toujours faciles à supporter. Elles se sont « données » une fois de plus sans compter. Les difficultés d'avant crise ne font que s'accroître avec les horaires à respecter et le personnel malade. Des patients décèdent et malheureusement sans la présence de leur famille car le protocole interdit les visites. Les infirmières en viennent à endosser un rôle de substitution des familles en accompagnant les patients jusqu'à leur dernier souffle. Cette crise touchera les infirmières aussi bien physiquement que psychologiquement.

Cependant, un point positif est à mettre en avant dans ce contexte difficile. Cette première vague a aussi été marquée par les marques de soutien massives apportées par la population aux hôpitaux. Les infirmières reçoivent des mots d'encouragement, des remerciements, des dons de nourriture et des applaudissements. Ces marques de reconnaissance symboliques les touchent et leur donnent du courage pour continuer et avancer.

Par contre au niveau du gouvernement, bien que l'on souligne l'importance du personnel des hôpitaux et qu'on les remercie pour le travail effectué, les décisions prises ne vont pas dans ce sens. On y voit décider des lois « aberrantes » comme celle de l'obligation de retour en poste du personnel si cela s'avérait nécessaire or c'est ce que ce personnel fait déjà, ou encore la délégation des soins à des personnes sans formation spécifique. Le personnel perçoit négativement ce genre de décisions qui sont vues, comme un manque de reconnaissance en ses capacités et ses qualités, mais aussi en son identité professionnelle. Tout ce qui, comme on le verra, constitue la reconnaissance du travailleur.

Cette situation de crise relayée par les médias a pu mettre en évidence les difficultés rencontrées par le personnel soignant qui étaient déjà présentes avant la crise mais qui ont été accentuées par celle-ci. Les soignants ont cru et vu là, une possibilité de faire

reconnaitre ces difficultés et de faire changer les choses. Malheureusement, un an plus tard, elles sont toujours au même point, aucune reconnaissance forte n'est en vue.

Au niveau de l'établissement hospitalier qui m'emploie, l'ensemble du personnel a reçu une gourde ainsi qu'un sachet de pralines offerts avec les dons reçus de la population. Une prime de 250 euros nous a été octroyée pour les équivalents temps plein.

On entend souvent des phrases comme « Bravo pour tout ce que vous faites ! », « Je ne pourrais pas faire ce métier, c'est une vraie vocation ! », « Merci d'être là ! », mais est-ce suffisant d'entendre cela ? Pourquoi les infirmières devraient se contenter de mots ? Depuis toutes ces années, n'ont-elles pas mérité mieux, une vraie reconnaissance de leur importance, une vraie reconnaissance de leurs savoir-faire et leurs savoir-être.

Tout ceci amène les infirmières à se poser des questions sur leurs identités professionnelles, « je suis là pour prendre soin des gens mais pourquoi ne prend-t-on pas soin de moi ? » Cela en amène certaines à être dégoûtées de leur métier, à ne plus vouloir l'exercer.

Elles tentent de retrouver goût en la profession, en ce qui les a amené là. Mais nous sommes toujours dans la crise du coronavirus et toujours avec cette charge de travail plus conséquente, des horaires lourds, une fatigue continue et malheureusement personne sur qui compter.

Les questions fusent : « Pourquoi suis-je à ce point dégoûtée de mon métier ? » « Combien de temps vais-je encore tenir ? » « Ne devrais-je pas penser à moi et m'éloigner de ce métier qui n'évoluera jamais et ne va faire que se concentrer sur l'argent et non plus sur l'humain ? », « Est-ce encore en phase avec mes valeurs professionnelles ou personnelles ? ». Tant de questions qui habitent je pense beaucoup d'infirmières en ce moment. Et il faut savoir que « la première source de mal-être, c'est la considération quasi exclusive de l'individu en tant que « producteur ». Vous n'intéressez pas l'employeur en tant qu'être humain mais en tant que producteur. C'est une souffrance d'être ignoré dans notre pluridimensionnalité » (Chapoutôt, 2020).

Qu'attend le gouvernement pour dire quelque chose ou agir afin de ne pas se retrouver sans infirmières car comment fonctionnera un hôpital s'il n'y a plus d'infirmières pour assurer les soins. On se base peut-être sur le fait que leur vocation dont on parlait juste avant, ne leur permettra pas d'abandonner leur profession, d'abandonner leur patient, mais pense-t-on vraiment à elles, prend-t-on en retour soin d'elles comme elles prennent soin de tous ?

De la reconnaissance, ce n'est pourtant pas grand-chose et pourtant cela pourrait faire tellement.

D. Théorie du don de Marcel Mauss : donner, recevoir et rendre.

La profession infirmière est souvent apparentée à de la vocation, un don des personnes l'exerçant. C'est pour cette raison que j'ai voulu réaliser une comparaison entre cette vision du métier et la théorie du don de Marcel Mauss.

Ce philosophe et anthropologue français s'est fait mondialement connaître avec son œuvre « l'essai sur le don » publié en 1925. Dans celle-ci, il met en avant sa découverte qui consiste à dire que les sociétés archaïques n'étaient en rien dirigées par les contrats, le marché, les achats et les ventes mais plutôt par une triple obligation. Il affirme que malgré ce que l'on peut croire, la société actuelle fonctionne encore comme cela.

Cette triple obligation comprend le fait de donner, de recevoir et de rendre. Elle met un caractère social dans une société mondialisée mettant seulement en évidence l'aspect économique des activités (Caillé, 2007). Un premier lien apparaît suite à ce que les infirmières dénoncent au sein de l'hôpital qui est de ne plus voir l'humain au profit de la rentabilité. Mauss dit d'ailleurs : « La raison profonde de l'échange-don vise d'avantage à être qu'à avoir ! » (Mauss, 1991). En réalisant cette action du don, les humains vont façonner leurs sociétés et ainsi passer de la méfiance à la confiance, du mépris à la reconnaissance, de la guerre à la paix (Alter, 2002) : « c'est en acceptant de donner et de se donner les uns aux autres, et donc d'entrer dans le cycle du donner, recevoir et rendre, que les humains façonnent leurs sociétés, en attestant par le don qu'ils font qu'ils se reconnaissent mutuellement et s'accordent leurs confiances et sont désireux de passer de l'hostilité à l'alliance, de la défiance à la méfiance, et du mépris à la reconnaissance ; reconnaissance qui n'est autre que celle de leur commune dignité et humanité » (Caillé, 2014).

Il aborde aussi le fonctionnement de toute organisation et souligne la nécessité d'avoir besoin de gens qui s'allient et se donnent pour que celle-ci existe. Il sera dès lors important pour son bon fonctionnement que les entreprises parviennent à mobiliser des sentiments d'appartenance, de dévouement et de loyauté auprès de ses travailleurs (Caillé, 2010).

Cela n'est pas forcément pratiqué dans les sociétés actuelles qui prennent plus en compte la considération des qualités et des capacités plutôt que la personnalité du travailleur. Or celui-ci est un être humain à part entière. Sans cette prise en compte

globale, c'est son efficacité mais aussi son esprit de don à l'entreprise qui pourrait en être affecté. Je travaille dans un petit hôpital du Brabant Wallon. Celui-ci a toujours souhaité mettre en avant son caractère familial mais au fur et à mesure des années ce caractère s'est petit à petit effacé au profit de relations professionnelles plus distantes et prenant moins en compte l'avis de chacun. Ce qui effrite le sentiment d'appartenance évoqué par Marcel Mauss et entraîne une certaine perte de don de la part des infirmiers envers l'hôpital. Or sans don, l'efficacité est compliquée à atteindre.

Reprenons cette triple obligation évoquée par Mauss au regard de la situation des infirmières pendant la crise du coronavirus. Dans notre exemple, elles ont donné sans compter pour leurs patients mais aussi pour un bon fonctionnement de l'hôpital (cela s'identifie au don dont parle Mauss). Ensuite, elles ont reçu en échange de l'hôpital un ballotin de pralines et une gourde payés grâce aux dons de la population. Donc, on peut en conclure que rien n'est réellement venu de l'hôpital (la deuxième partie de la triple obligation maussienne, l'action de recevoir est absente). Quant à la dernière action qui est celle de rendre, les infirmières en sont au point de se poser la question de savoir si la relation mérite encore qu'elles s'impliquent d'avantage.

La forme de réciprocité présente dans cette théorie, nous pousse à nous demander « pourquoi le don fait par les infirmières ne mérite-t-il pas un contre don de leurs organisations de travail ou du gouvernement ? ».

Pour conclure : « le don est un opérateur de reconnaissance. C'est à travers le don que s'opère la reconnaissance entre les sujets humains [...] les êtres humains ne sont pas avant tout des êtres de besoin. Même si ces besoins existent et sont parfois très pressants, nous sommes surtout animés par le désir d'être reconnus, par un désir de reconnaissance. Reconnu, mais par qui, à quel titre, pourquoi ? Dans toutes les sociétés traditionnelles, la valeur qui est attribuée au sujet humain est très exactement proportionnelle à la capacité de donner qui leur est reconnue » (Caillé, 2018, p 47). Vu l'importance de ce concept dans la conjoncture actuelle, il serait dès lors intéressant de le remettre au centre des relations professionnelles. Il pourrait avoir non seulement des avantages pour le travailleur mais aussi pour l'entreprise.

E. L'éthique du Care : « prendre soin ».

Il me semble important d'aborder une éthique propre au secteur de la santé : l'éthique du Care. Celle-ci commence à se faire connaître en Europe tandis qu'elle est beaucoup plus développée dans les pays anglo-saxons (Zielinski, 2010).

Le mot « Care » signifiant « soin » doit être entendu de manière précise comme le soin mutuel. L'éthique du Care réfléchit sur la notion de « prendre soin ». Notion qui nous intéresse ici et qui est bien connue des infirmiers puisqu'elle reprend la base de leurs interventions.

Le « care » trouve son origine dans les études de Carol Gilligan, philosophe, en 1982 aux Etats-Unis. Elle met en évidence la différence au niveau des critères de décision moral entre homme et femme. Les hommes se concentrant sur la logique et cherchant des références au droits tandis que les femmes préfèrent la valeur des relations et le développement d'interaction sociale. Gilligan établit donc un nouveau paradigme du care comme étant « la capacité à prendre soin d'autrui ». On ne parle pas pour autant d'une éthique féminine mais plutôt d'une éthique contemporaine (Gilligan, 2008). On peut déjà faire un lien direct avec la profession d'infirmière ; où les médecins, étant principalement des hommes, se concentrent sur la science et les chiffres, tandis que l'infirmière va quant à elle, porter son attention sur l'état clinique du patient ainsi que sur son ressenti.

Joan Tronto, une autre philosophe américaine donne sa définition du care comme « l'activité caractéristique de l'espèce humaine , qui reprend tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprenant nos corps, nos personnes et notre environnement » (Tronto, 2009, p 13 et 143).

A travers les différentes définition qu'on en fait, le care serait tantôt une aptitude ou une disposition et tantôt une activité. Une interrogation survient alors sur la question de l'acquisition. En effet, dans un premier lieu le care est vu comme une vertu morale découlant d'une prédisposition naturelle alors que dans un deuxième lieu il est plutôt vu comme une compétence, un savoir-faire à acquérir (Brugere, 2010). Mais nous ne sommes pas pour autant dans un questionnement de l'inné ou de l'acquis, nous nous demandons plutôt comment avoir de bonnes dispositions (Zielinski, 2010). Cette

interrogation était déjà présente chez Aristote quand il nous disait : « Ce n'est ni par nature, ni contrairement à la nature que naissent en nous les vertus morales mais la nature nous a donné la capacité de les recevoir et cette capacité est amenée à maturité avec l'habitude » (Zielinski, 2010). On voit donc l'importance de ne pas séparer compétence et vertu (Tronto, 2009). En ce qui concerne les infirmiers-infirmières, on parle souvent d'une certaine « vocation » à être infirmière mais le savoir et la compétence s'acquiert par la formation et la pratique.

Tronto présente quatre phases du Care représentant quatre caractéristiques morales (Tronto, 2009):

- Le « **Caring about** » autrement dit « se soucier de ». Cela reprend l'identification d'un besoin, la nécessité d'y répondre et la possibilité d'y apporter une réponse.
- Le « **Talking care off** », c'est-à-dire prendre en charge le besoin qui a pu être identifié.
- Le « **Care giving** », le « prendre soin », représentant la rencontre directe avec autrui au travers de son besoin. Tronto insiste sur le fait que le care est un travail à proprement parler et demande donc du professionnalisme avec sa dimension sociale et économique.
- Le « **Care receiving** » implique d'évaluer ce que le soin a produit chez la personne qui l'a reçu, son résultat.

Ces quatre caractéristiques représentent la manière dont les infirmières fonctionnent. En observant le patient, elles vont en dégager les besoins qui lui sont propres, les prendre en charge, réfléchir à la manière d'y répondre et entrer en relation avec le patient à travers le soin prodigué. En fin d'intervention, elles évalueront les répercussions de leurs actes sur le patient.

La compétence se développe par la pratique mais les répétitions ne suffisent pas.

En effet, il existe un certain processus dans le Care (Zielinski, 2010) :

- La première étape est **l'attention**, car il faut être attentif aux besoins des autres pour les identifier. Cela mobilise la sensibilité, qui elle aussi serait le fruit d'un processus. L'empathie intervient elle aussi dans le Care et permet de la réciprocité.

- Ensuite vient **la responsabilité**. Tronto met en évidence la responsabilité du devoir, de l'obligation dans une dimension plus sociale et plus politique. C'est le fait de passer à l'action après avoir observé.
- Après, **la compétence** : Le Care est mis là sur le terrain de l'habileté qui s'acquiert par un perfectionnement volontaire. On voit alors intervenir la notion de professionnalisation. Dans ce point, Tronto nous montre l'importance, l'obligation même de se soucier des résultats, des conséquences mais nous met aussi en garde pour ne pas que nous réduisions l'éthique à cela. L'attention est portée sur la manière de faire et le respect de pas mal de choses telles que la dignité de la personne, son estime d'elle-même, etc.
- Enfin, **la capacité de réponse**, ce sera au destinataire d'évaluer si la réponse correspondait à son besoin. Il n'est donc pas seulement l'objet du soin mais aussi le sujet. Il ne s'agit donc pas seulement de prendre soin mais aussi de prendre soin de l'autre d'où l'importance de se centrer sur autrui et pas seulement sur le soin. Cela va aussi permettre de renforcer la qualité de la relation qui se crée à ce moment.

Celui qui donne le soin se trouve dans une position vulnérable dans la relation. Le Care permet de redonner la place à cette vulnérabilité dans le lien social.

Car l'un des risques serait de distinguer un acteur et un bénéficiaire. Effectivement, si le bénéficiaire est réduit à cela, le Care est alors un échec. L'objectif du soin est de rendre de l'autonomie à la personne bénéficiaire du soin et non la création d'une société avec des personnes en état de minorité, de passivité comme cela a pu être le sujet d'une critique politique (Zielinski, 2010). La pratique infirmière met d'ailleurs un point d'honneur à redonner de l'autonomie au patient.

Jean-Philippe Pierron, philosophe accorde une place particulière aux infirmiers et les reconnaît dans cette éthique en expliquant que les soins prodigués par les infirmiers sont en plus d'être effectués, pensés par ceux-ci. Il dit d'ailleurs : « le personnel infirmier, porterait une expertise spécifique inaliénable et irréductible. Il serait à même de percevoir et de prendre en charge les besoins des malades, d'assumer la reconnaissance

de ses besoins globaux, de les promouvoir et de les faire entendre dans les institutions hospitalières » (Pierron, 2015).

On peut donc conclure que l'éthique du Care, le fait de prendre soin comme les infirmiers le font envers leurs patients n'est pas anodin. Tantôt une aptitude, tantôt une activité qui mérite donc d'être reconnue comme une capacité, une qualité à part entière bien présente chez les infirmiers.

F. L'éthique de la reconnaissance d'Axel Honneth.

Pour parler de reconnaissance, bien que beaucoup d'autres penseurs aient aussi abordés ce concept, il paraît évident de citer Axel Honneth, sociologue et philosophe allemand qui a développé l'éthique de la reconnaissance. Il y atteste la nécessité de la reconnaissance par autrui pour la construction de l'individu (Carré, 2013). Comme l'a si bien dit Fichte : « L'homme n'est homme que parmi les hommes ! » (Lamarre, 2002). Cette reconnaissance permet à l'individu de sortir de l'anonymat, d'être reconnu comme sujet de sa propre histoire (De Nanteuil, 2016).

Axel Honneth présente trois types, genres de reconnaissance (Honneth, 2015) :

- **La reconnaissance affective/amoureuse** : c'est la reconnaissance produite par les personnes qui nous sont chères. Elle remplit notre besoin de relation à l'autre, le besoin affectif. Elle est indispensable et si celle-ci vient à manquer, on peut voir apparaître des états pathologiques.
- **La reconnaissance juridique** : elle fait référence au droit, au fait d'être reconnu comme un être juridique doté de capacités de prise de décision.
- **La reconnaissance culturelle** : la personne y est reconnue par sa contribution dans la société. Cette reconnaissance s'effectue essentiellement dans le milieu de travail. C'est donc bien celle-ci qui va le plus nous intéresser. Le travailleur contribue au fonctionnement de l'entreprise qui l'emploie et attend en retour d'être reconnu à sa juste valeur pour la contribution apportée.

Ce que ce philosophe amène avec son éthique, c'est permettre à l'individu d'être non seulement reconnu dans ses qualités et ses capacités mais aussi comme un être à part entière. Ce qui permet aussi de prendre en compte les minorités de la population et de ce fait, on assiste à une certaine justice qui permettra l'épanouissement au travail de tous les travailleurs. Cette reconnaissance ramène donc le travail à un travail plus « humain » (Honneth, 2015).

Comme on a déjà pu le mettre en évidence dans les points précédents, les infirmières n'exercent pas ce métier pour une cause économique. Pour reprendre notre situation initiale, le travail effectué pendant la crise du coronavirus n'a pas été fourni pour

toucher une éventuelle prime. Elles l'ont fait pour l'humain, pour remplir leurs devoirs. Mais ne mériteraient-elles pas une rétribution à la hauteur de ce qu'elles ont contribués à faire?

G. La reconnaissance dans le monde du travail.

La reconnaissance, comme on l'a déjà dit, permet l'affirmation des capacités et des qualités d'un individu ou d'un groupe et révèle son importance quand elle vient à manquer (Heller, 2009). Il ne suffit donc pas simplement de rémunérer le travailleur, celui-ci a besoin d'être reconnu de bien d'autres manières (Brun & al, 2002).

Enormément de penseurs ont abordé cette thématique. On peut mettre en évidence quatre grands points de vue sur la reconnaissance.

- **La conception humaniste et existentielle :**

Dans cette conception, on va s'intéresser à la personne, son être à part entière. On s'appuie sur le principe que si les personnes ont des conditions de travail appropriées, elles s'engageront dans leur travail (Martin & al, 1996). L'accent est mis sur la communication et les relations interpersonnelles (Bourcier & Palobart, 1997).

- **L'approche comportementale ou comportementale :**

Cette approche se base sur le fait que la personne est influencée par les conséquences de ces actes (Nelson, 2001). La reconnaissance est vue comme une méthode qui incite l'individu à avoir des comportements souhaités. On y utilise le principe de récompense.

- **La psychodynamique de travail :**

On y retrouve en grande partie les travaux de Christophe Dejours, psychanalyse qui a beaucoup étudié ce sujet. Il s'intéresse au travail dans sa dimension de l'expérience qu'en fait le travailleur, la manière de s'adapter, comme il l'appelle le fait de passer du travail prescrit au travail réel. Ce travail prescrit étant invisible par rapport au travail donné ou au résultat du travail (Dejours, 1993). Christophe Dejours met en évidence l'existence de deux types de travail, le travail prescrit et le travail réel. Le travail prescrit faisant référence à ce qui est demandé au travail et le travail réel reprenant le travail effectué avec les ajustements faits par les travailleurs pour apporter des solutions aux problèmes rencontrés dans l'exécution du travail prescrit (Dejours & Gernet, 2013). La

reconnaissance est donc amenée sous forme de gratitude, de remerciement pour le travail effectué mais aussi l'apport donné par le travailleur. Mais elle peut aussi être formulée par deux types de jugements, « le jugement d'utilité », émis par la hiérarchie mais aussi les bénéficiaires et « le jugement de beauté », effectué par les collègues, personnes les plus à même de juger le travail vu qu'elles le connaissent bien. Ces jugements vont permettre au travailleur de se sentir intégré dans son équipe professionnelle.

- **La perspective éthique :**

On aborde la reconnaissance dans sa vision de dignité humaine et justice sociale. Il est dès lors important de ne pas voir le travailleur comme un simple moyen permettant d'atteindre un objectif de production fixé, mais bien de le reconnaître dans sa condition de personne humaine. La reconnaissance étant vue comme un obligation, un devoir de se soucier les uns des autres et d'envisager les besoins de chacun (Pauchant, 2000).

Le fait de « reconnaître » nécessite l'interaction entre deux ou plusieurs personnes. La reconnaissance peut provenir de plusieurs sources comme (Bourcier & Palobart, 1997):

- De certaines **institutions** qui affirment des programmes reconnaissant le travail réalisé par leur personnel.
- **De La hiérarchie**, mais malheureusement on remarque souvent une difficulté pour celle-ci d'exprimer de la reconnaissance. Celle-ci pourrait provenir du fait d'avoir peur de perdre de l'autorité, du pouvoir en l'effectuant (Hivon, 1996).
- **Des collègues** peuvent produire de la reconnaissance vu qu'ils sont comme on l'a déjà dit les mieux placés pour juger du travail (jugement de beauté).
- **Des personnes externes** avec lesquelles le travailleur est amené à interagir (jugement d'utilité).
- **De la communauté, la population** qui peut reconnaître la contribution sociale et l'utilité sociale des travailleurs (jugement d'utilité).

La reconnaissance peut se manifester de bien des manières et à différents moment aussi dans le travail.

On distingue quatre manifestations de la reconnaissance (Guéguen & Malochet, 2014):

- **La reconnaissance existentielle.** Elle reconnaît le travailleur dans sa qualité d'être humain et se manifeste dès la collaboration avec celui-ci. Elle peut être posée par des gestes ou des paroles. Le travailleur y est donc reconnu, respecté et ses besoins sont pris en considération.
- **La reconnaissance de la pratique du travail.** Elle concerne la manière dont le travailleur effectue son travail. On y récompense la créativité, l'innovation, le travail d'équipe et l'amélioration des méthodes de travail.
- **La reconnaissance de l'investissement dans le travail.** Même si parfois le résultat n'est pas atteint, il est important de reconnaître ce qui a été fait et encourager les travailleurs à faire mieux la prochaine fois.
- **La reconnaissance des résultats du travail.** Elle comprend comme son nom l'indique les résultats. La reconnaissance portera sur l'efficacité, l'utilité et la qualité du travail des travailleurs. Attention de ne pas se focaliser que sur cela et donc d'occulter tout le processus de travail.

Il est important de pratiquer la reconnaissance. Cependant, il sera important que celle-ci soit bien faite et pour se faire, il faut respecter des critères de qualité (Brun & Dugas, 2002):

- La sincérité (la reconnaissance des forces mais aussi des faiblesses).
- La réactivité (pratiquer la reconnaissance dans un court délai suivant l'acte, le résultat).
- La proximité hiérarchique (la reconnaissance aura plus d'impact si celle-ci est effectuée par un supérieur hiérarchique proche).
- La variabilité (l'importance de varier les formes de reconnaissance).
- La personnalisation (elle doit être adaptée à la personne).
- La légitimité (elle doit être justifiée).
- La spécificité (elle doit concerner un fait ou un résultat précis).
- La cohérence (elle doit être en cohérence avec les pratiques de l'organisation).

Jusqu'ici, on a pu voir la reconnaissance dans son caractère positif mais il faut savoir qu'elle peut revêtir un caractère négatif aussi au sein des entreprises. J'ai décidé d'aborder deux formes négatives qu'elle peut prendre qui sont le mépris et le déni.

Premièrement, le mépris apparaît dans les situations où la singularité de l'individu est mise de côté (De Nanteuil, 2016) au profit de stratégies managériales dictées par les contraintes de rentabilité imposées aux entreprises (Heller, 2009). Ces stratégies peuvent se traduire par des pressions excessives exercées sur les travailleurs, le non-respect de règles de sécurité, le non-paiement des heures supplémentaires et/ou du harcèlement. Tout ceci générant de la souffrance chez le travailleur mais aussi sur les personnes devant effectuer « le sale boulot » c'est-à-dire les managers. Pour se protéger de cette souffrance, les managers peuvent avoir recours à des stratégies psychiques consistant à mettre de côté les relations intersubjectives. Ce qui va d'autant plus renforcer les comportements de mépris (Heller, 2009).

Deuxièmement, le déni, quant à lui, fait obstacle aux pratiques de reconnaissance (Heller, 2009). Pour le comprendre, il faut reprendre l'analyse du travail selon Dejours, avec l'existence de deux types de travail : le travail prescrit et le travail réel. Le travail prescrit faisant référence à ce qui est demandé au travail. Le travail réel reprenant le travail effectué avec les ajustements faits par les travailleurs pour apporter des solutions aux problèmes rencontrés dans l'exécution du travail prescrit (Gernet, 2016). Le travail réel est celui qui mérite de la reconnaissance car c'est en effet celui-ci qui va mobiliser les capacités et les qualités du travailleur. Malheureusement, selon Dejours, ce travail réel est trop souvent dénié, non reconnu à sa juste valeur au sein des entreprises : « la non-reconnaissance de la mobilisation de l'ingéniosité et de la coopération, le recours à la «tactique du secret» et au silence conduisent à la déstructuration du collectif » (Gernet & Dejours, 2009). Tout ceci nécessite des espaces et des temps de communication afin d'identifier les problèmes, d'établir une réflexion et mettre sur pied de solutions. Mais comme en fait état Jurgen Habermas dans l'éthique de la discussion, ceux-ci sont encore trop peu présents dans les entreprises (De Nanteuil, 2016). De plus, le fonctionnement capitaliste dans nos sociétés de travail « incitent à rechercher que les heures payées soient des heures effectivement travaillées...ce qui tend à réduire au minimum les temps d'entre-deux, d'attentes, les moments creux, les « pauses » dans la journée ou la semaine de travail » (Boltanski & Chiapello, 1999, p 362-363).

Reprenons la situation des infirmières à l'hôpital, on se rend compte qu'elles subissent une certaine forme de déni, car leur travail est souvent « dénié » et caché derrière celui du médecin. Ce qu'elle font n'est pas mis en avant et on pourrait dès lors se poser la question de savoir si leurs apports et leur travail sont perçus à leur juste valeur. Quant au mépris, je ne l'ai jamais connu ou vu sur mon lieu de travail, l'unique élément que je peux évoquer est le fait qu'il est demandé à nos supérieur de ne pas être trop proches de nous afin de garder un certain ascendant, un certaine forme de pouvoir.

H. Conclusion.

La notion de « travail » a beaucoup évolué à travers le temps. En effet, celui-ci a été considéré dans un premier temps comme une tâche quotidienne effectuée tantôt par les femmes ou les esclaves pendant que les hommes œuvraient en politique. Dans un second temps, le travail fut vu comme un labeur, un ouvrage pratiqué essentiellement par les hommes afin de s'auto-suffire. Vient ensuite, le temps de l'industrialisation, où là, le travail commence à prendre la forme qu'on lui reconnaît aujourd'hui en devenant une partie intégrante de notre vie (Gorz, 2010).

Le point commun de toutes les théories, les éthiques ainsi que les différents propos de sociologues et philosophes mobilisés dans ce papier met en lumière le fait que l'on ne prend pas soin des métiers de soins car on en oublie l'humain derrière le patient mais aussi l'humain derrière le travailleur. Or, comme le dit si bien Honneth : « sans reconnaissance, l'individu ne peut se penser sujet de sa propre vie » (Honneth).

Et si c'était ça, la solution ! Concevoir le travailleur comme un être humain, cela entraînerait peut être une reconnaissance naturelle de lui par son travail. Comme le dit si bien Gori : « Une approche humaniste du travail et de la personne constitue le remède à ce monde contemporain prônant la compétition entre les individus, la guerre économique, la réussite individuelle et parfois, l'imposture » (Grebot, 2019, p 259).

C'est clairement le sujet des revendications actuelles portées par les infirmières. Elles refusent d'accepter que le patient soit considéré comme un produit, une tâche à réaliser qui leur est confiée. Ces infirmières qui pourraient être remplaçables tout comme un ouvrier d'une chaîne de montage effectuant un geste simple (comme le faisait déjà remarquer Adam Smith). C'est malheureusement le message qu'elles reçoivent de leur direction quand elles vont les interpeller, on leur dit : « N'hésitez pas à aller voir ailleurs si cela ne vous convient plus, les portes de l'institution sont grandes ouvertes ! ». Elles ont donc le sentiment d'être des pions placées dans un horaire. Ce n'est pas ça, être reconnue ! On a pu le découvrir au travers de ce papier :

« se donner », prendre soin, supporter la souffrance, la douleur, la mort, n'est pas simple. Alors reconnaissons-le !

Pour conclure, j'aimerais aborder un autre philosophe, André Gorz, que nous venons d'étudier dans le cadre du cours de philosophie du travail. Celui-ci met en évidence l'importance de limiter l'approche capitaliste au fonctionnement des entreprises et affirme que la société, elle, doit se tourner vers une société socialiste où l'individu pourrait faire au cours de sa vie un certain nombre de « travail » qui pour lui aurait du sens et dans lequel il s'épanouirait. Mais, c'est à nous de le vouloir et de nous battre pour ce changement. Comme le dit Gorz : « la société n'est pas interchangeable à nous de le vouloir » (Gorz, 2010). « Il ne faut rien attendre des traitements symptomatiques de la « crise », car il n'y a plus de crise : un nouveau système s'est mis en place qui abolit massivement « le travail ». Il restaure les pires formes de domination, d'asservissement, d'exploitation en contraignant tous à se battre contre tous pour obtenir ce « travail » qu'il abolit. Ce n'est pas cette abolition qu'il faut lui reprocher : c'est de prétendre perpétuer comme obligation, comme norme, comme fondement irremplaçable des droits et de la dignité de tous, ce même « travail » dont il abolit les normes, la dignité et l'accessibilité. Il faut oser l'Exode de la « société du travail » : elle n'existe plus et ne reviendra pas » (Gorz, 1997, p 1)

Au vu de l'évolution de la notion de « travail », n'est-il pas temps d'en changer pour être plus heureux d'un point de vue professionnel ? Ce problème de reconnaissance ne touche pas seulement les infirmières ou le milieu hospitalier, il nous touche tous !

Bibliographie :

- Alter N. (2002) Don, ingratitude et management. *Revue française de gestion* n°211. p 47 à 61.
- Alter N. (2002) Théorie du don et sociologie du monde du travail. *Revue du MAUSS* n°20. p 263 à 285.
- Belgium.be (2021) *Site d'informations et services gouvernementaux*.
https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/plancad_infirmiers_2016.pdf
- Boltanski L. & Chiapello E. (1999) *Le nouvel esprit du capitalisme. La déconstruction du monde du travail*. p 360 à 371.
- Bourcier C. & Palobart Y. (1997) *La reconnaissance : un outil de motivation pour vos salariés*. Les Editions de l'Organisation. p 195.
- Brugere F. (2010) *L'éthique du Care : entre sollicitude et soins, dispositions et pratiques*. Presses universitaires de France. p 69 à 86.
- Brun J-P. & Dugas N. (2002) *La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens*. Secrétariat du conseil du trésor. Québec.
- Bruyneel A. (2020) *Interview de Bruyneel Arnaud (infirmier et président de la SIZ Nursing, association des infirmiers et infirmières de soins intensifs de Belgique)*.
- Caillé A. (2007) « *Reconnaissance sociale et sociologie* », *La quête de la reconnaissance. Nouveau phénomène social total*. La Découverte.
- Caillé A. (2012) Sur le don et le MAUSS. *Revue sociologique*.
- Caillé A. (2010) *Mauss, le paradigme du don et de la reconnaissance*.
- Caillé A. (2014) *La révolution du don*. Edition du seuil.
- Caillé, A. (2018) Joseph Wresinski à la lumière de Mauss : anthropologie politique du don. *Revue Quart-Monde* n°248, p 44 à 49.
- Carré L. (2013) *Axel Honneth : le droit à la reconnaissance*. Michalon.
- Dejours C. (1993) *Travail, usure mentale : de la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Editions Bayard. p 263
- De Nanteuil M. (2016) *Travail et sens de la justice*. Presse universitaire de France. Chapitre 4.
- De Nanteuil M. (2020) *Cours de Sociologie du travail*. UCL.
- Gernet I. (2016) *Suicide au travail*. Psychologie du Travail et des Organisations. p 397 à 400.

- Gernet I. & Dejours C. (2009) Évaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie* n° 8. p 27 à 36.
- Gilligan C. (2008) *Une voix différente. Pour une éthique de Care*. Champs essais. Flammarion.
- Gorz A. (1997) *Misère du présent, richesse du possible*. Galilée. P 1.
- Gorz A. (2010) *André Gorz*. Focus. Vidéo youtube.
- Gorz A. (2013) *Vers la société libérée*. Vidéo youtube.
- Grebot E. (2019) *Les pathologies du travail*. Dunod. p 259 à 262.
- Guéguen H. & Malochet G (2014) *La reconnaissance dans le monde du travail*. Les théories de la reconnaissance. p 55 à 77.
- Heller T. (2009) *Reconnaissance et gouvernement des salariés. Au-delà du mépris*. OpenEdition Journals.
- Hivon C. (1996) *L'acte de reconnaître : enjeux narcissiques chez les gestionnaires*. Université Laval.
- Honneth A. (2015) *La lutte pour la reconnaissance*. Folio Essai.
- Hunyadi M. (2020-2021) *Cours de philosophie du travail*. UCL
- Lamarre J-M. (2002) *Fichte et l'éducation : devenir homme parmi les hommes*. La télémaque. p 65 à 80.
- Martin B, Lenhardt V. & Jarroson B. (1996) *Oser la confiance. Propos sur l'engagement des dirigeants*. Insep Editions. p 165.
- Mauss M. (1991) *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Sociologie et anthropologie. Presses universitaires de France.
- Nelson B. (2001) *Make reinforcement a positive experience*. Bizjournals.
- Pauchant T & al. (2000) *Pour un management éthique et spirituel : défis, cas, outils et questions*. Editions Fides-Presses. p 418.
- Pellisier J. (2006) Réflexions sur les philosophies de soins. *Gérontologie et société* vol. 29 / n° 118. p 37 à 54.
- Pierron J-P. (2015) *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin*. La nature humaine.
- Rasir J. (2019) *Développement professionnel des infirmières*. UCL.
- Renault E. (2004) Reconnaissance, institutions, injustice. *Revue du MAUSS* n° 23. p 180 à 195.
- Tronto J. (2009) *Un Monde vulnérable. Pour une politique du care*. Editions La Découverte. p 13 et 143

- Zielinski A. (2010) *L'éthique du Care. Une nouvelle façon de prendre soin*. S.E.R Tome 413. p 631 à 641.

Articulation :

Le Turnover.

Mon articulation va porter sur le « turnover des infirmiers de soins intensifs ».

Pour débiter, il est important de comprendre ce que signifie le turnover. Ce terme désigne le « taux de roulement du personnel d'une entreprise » (Le Robert, 2021). Ce taux est calculé annuellement par les entreprises en mettant en relation les arrivées et les départs de leurs travailleurs. Cela leur permet de visualiser la mobilité de leurs personnels. Il existe deux types de turnover : le turnover interne, c'est lorsque le travailleur quitte son poste pour un autre poste dans la même entreprise et le turnover externe, dans ce cas, le travailleur quitte soit son entreprise soit sa profession (Thilmant, 2018).

Les infirmiers représentent une profession avec un taux de turnover assez important (Estryn-Béhar & al, 2010) et la crise que nous connaissons à l'heure actuelle pourrait bien l'accentuer (Bruyneel, 2020). Les derniers chiffres que j'ai pu trouver datent de 2016, on remarque à cette date que sur les 202 402 infirmiers autorisés à pratiquer, seulement 124 196 sont en activité dans le secteur des soins de santé. Où se situe donc les 78 206 restants ? On sait que 19 274 exercent une autre activité que celle dans le soin, pour le reste, nous n'avons malheureusement pas l'information (Chiffres trouvés sur le site belgium.be. Site d'informations et de services gouvernementaux). On peut donc constater que près de 10% des infirmiers diplômés exercent un autre métier que celui du soin.

Le turnover aux soins intensifs est dû principalement aux conditions de travail propres à ce service et à un manque de reconnaissance. Il peut avoir de graves conséquences sur l'entreprise, sur le patient mais aussi sur la population comme nous le verrons plus tard.

En effet, comme évoqué dans mon paper sociologique, les conditions de travail sont particulières dans un service de soins intensifs. Bien que l'historique de la profession nous ait montré les changements déjà réalisés, des améliorations sont encore nécessaires. Le personnel infirmier rencontrent quasi quotidiennement des dilemmes éthiques auxquels il doit faire face. Ceci lui engendre du stress, de la détresse morale et de la souffrance au travail. Malgré l'utilisation de mécanismes de défense à un moment, ceux-ci finissent par ne plus suffire. Il ne reste alors qu'une possibilité à ce travailleur quitter sa fonction pour atténuer sa souffrance professionnelle.

En ce qui concerne, la reconnaissance, abordée dans mon paper philosophique, le personnel infirmier crie haut et fort qu'il ne se sent pas considéré. Il ne serait vu que comme un moyen de production par les hôpitaux or « les humains ne sont ni des ressources, ni des robots » (Taskin & Dietrich, 2020). Effectivement, l'intensification du travail, les contraintes budgétaires et la vision économique ont transformés l'hôpital en une entreprise visant le profit.

Il en a donc complètement oublié la composante humaine. Ce qui met l'infirmier devant un dilemme éthique supplémentaire.

Le « turnover » est un phénomène bien connu dans les services de soins intensifs, on pense et dit que c'est « normal ». Mais est-ce normal de ne pas pouvoir supporter plus de dix ans ces conditions de travail si particulières ainsi qu'un manque de considération, reconnaissance associé ? On peut remarquer que le fonctionnement capitaliste dans nos organisations de travail, où il est important de viser la production, la rentabilité n'est pas en accord avec ce pourquoi les infirmières ont décidé de pratiquer ce métier. Dans cette vision, on en oublie complètement l'humain !

Il faut savoir que ce questionnement n'est pas seulement présent chez le personnel infirmier ou chez moi. D'autres scientifiques, sociologues, philosophes s'en inquiètent. C'est d'ailleurs la raison de la naissance de la revue du MAUSS (Mouvement anti-utilitariste des sciences sociales). Cette revue a été créée en hommage à Marcel Mauss et dans le but d'arrêter de tout ramener à la vision économique des choses (Caillé, 2012). Actuellement, on réduit l'homme à sa vision de l'homo oeconomicus or il est aussi un être hyper social!

Mais où est donc passé la composante humaine propre à ce métier ?

Le turnover est un sujet actuel, interpellant et mondial ! En effet, la crise sanitaire a pu mettre en avant les difficultés vécues par le personnel infirmier, celui-ci déclare être à bout. D'ailleurs, on craint une pénurie d'infirmiers pour les années à venir. Comment fonctionnera un hôpital sans personnel infirmier ?

Comme j'ai déjà pu l'évoquer, le turnover peut avoir de graves conséquences et ce à différents niveaux.

Au niveau de l'entreprise, il représente un coût en terme de recrutement et de formation mais aussi un problème en terme d'organisation du travail avec des effectifs réduits. Au niveau du patient, on peut mettre en évidence que la sécurité et la santé de celui-ci peuvent être mises en jeu (Bruyneel, 2020). En effet, avec moins de personnel, sa prise en charge et sa surveillance peuvent en être affectées. On signale d'ailleurs qu'un manque de personnel peut influencer le taux de mortalité des patients. Et enfin, la société ne pourrait pas se passer des hôpitaux et par conséquent des infirmiers pour leur bon fonctionnement. Ils sont donc tout deux d'utilité publique.

Il faut savoir que ce phénomène peut aussi avoir des conséquences directes sur le personnel infirmier en tant que tel. Car ces mouvements de personnels engendrent plus de travail pour eux en terme de formation des nouveaux, de reprises d'horaire. Leur cohésion peut en être affectée or une bonne cohésion d'équipe surtout dans ce genre de service est primordiale.

On se retrouve alors dans un cercle vicieux car le turnover engendre lui-même plus de problèmes, ce qui va finalement accentuer le turnover de départ. Pourtant, bien qu'on se rende compte de la situation, rien n'est fait pour contrer ce phénomène. L'infirmier est à la base de l'engrenage du système de soin. Ne devrait-il pas aller bien avant de prendre soin des autres?

Ces travailleurs aux blouses blanches ont besoin d'un geste fort pour se sentir reconnus et valorisés. Aujourd'hui, les mots ne suffisent plus ! Ce métier remplit toutes les conditions légales d'un métier « lourd, pénible » mais pourtant il n'est pas reconnu comme tel, pourquoi ? Cette reconnaissance permettrait pourtant de reconnaître les réalités du terrain ainsi que les conditions de travail difficiles mais aussi donner sens aux difficultés que peuvent rencontrer les infirmiers. L'infirmier ne cherche pas à gagner plus mais à rendre son salaire équilibré en visu de sa charge physique et émotionnelle de travail.

Comme évoqué dans la partie philosophique, ce métier est encore associé aujourd'hui à de la vocation, du don et on s'attend donc à ce que le personnel infirmier n'abandonne pas, ne quitte pas la profession, l'hôpital, le patient. Comme cette citation nous le dit si bien : « Les infirmières sont uniques en leur genre. Elles ont ce besoin de prendre soin des autres. Ce qui est à la fois leur plus grande force et leur défaut le plus fatal » (Auteur Anonyme). Mais l'actualité nous fait dire le contraire, le personnel infirmier est arrivé au bout de ce qu'il pouvait supporter. Les infirmiers manifestent et les étudiants désertent les écoles. Alors qu'attendons-nous pour réagir ? Allons-nous attendre que l'hôpital ainsi que les soins de santé s'effondrent ? Ne vaut-il pas mieux prévenir que guérir ?

Pourtant des solutions existent. On en a d'ailleurs évoqué quelques-unes dans ce mémoire. Par exemple, l'utilisation de l'éthique de la reconnaissance qui permettrait aux infirmiers d'être reconnus en tant qu'être humain, avec leurs capacités et leurs qualités et pourrait par la même occasion reconstruire cette identité professionnelle malheureusement menacée à l'heure actuelle. L'éthique de la communication, quant à elle, leur permettrait de pouvoir s'exprimer, d'être entendu et pris en compte. Une troisième proposition pourrait être envisagée avec l'utilisation du management humain que j'ai découvert au cours de ce master. Ce management qui recentre le travail sur l'humain, une conception importante pour les infirmiers et qui est malheureusement menacée actuellement par le fonctionnement de nos organisations de travail. Ce management qui déclare que « gérer les hommes et les femmes comme des ressources n'est ni acceptable, ni efficace » (Taskin & Dietrich, 2020). Ces auteurs le disent si bien : « Humaniser le travail, ce n'est donc pas lui donner un supplément d'humanisme. C'est, au contraire, retrouver ce qu'il a d'humain » (Taskin & Dietrich, 2020) et c'est tout l'enjeu dans le milieu hospitalier actuellement.

A cause du manque d'attention porté au phénomène de turnover, on pourrait imaginer dans un futur, des robots travaillant à la chaîne, sans émotion, selon une programmation définie, prenant possession de ce métier qui est à mes yeux, un métier où seul l'humain peut prendre soin de l'humain !

Bibliographie.

- Belgium.be (2021) *Site d'informations et services gouvernementaux.*
https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/plancad_infirmiers_2016.pdf
- Bruyneel A. (2020) *Interview de Bruyneel Arnaud (infirmier et président de la SIZ Nursing, association des infirmiers et infirmières de soins intensifs de Belgique).*
- Caillé A. (2012) Sur le don et le MAUSS. *Revue sociologique.*
- Estry-Béhar M., Van Der Heijden B., Fry C. & Hasselhorn H-M. (2010) Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants. *Recherche en soins infirmiers N° 103*, p 29 à 45.
- Le Robert (2021) *Le Robert en ligne.*
- Taskin L. & Dietrich A. (2020) *Management humain.* De Boeck Supérieur.
- Thilmant G. (2018) *Les facteurs déterminants de l'intention de quitter du personnel infirmier en bloc opératoire.* UCL.