

UNIVERSITE DE DROIT, D'ECONOMIE ET DES SCIENCES D'AIX MARSEILLE
UNIVERSITE PAUL CEZANNE
INSTITUT D'ADMINISTRATION DES ENTREPRISES

*CENTRE D'ETUDES ET DE RECHERCHE
SUR LES ORGANISATIONS ET LA GESTION*

**STRESS ET STRATEGIES D'AJUSTEMENT :
UNE ETUDE EXPLORATOIRE
SUR LES MOYENS DE FAIRE FACE
DEVELOPPES PAR UN SERVICE
DES URGENCES DE NUIT**

*Virginie MOISSON**
*Olivier ROQUES***

W.P. n° 722

Avril 2005

** Etudiante en Doctorat de Sciences de Gestion ,Allocataire de Recherche, rattachée au CEROG-IAE d'Aix-en-Provence , Université Paul Cézanne Aix-Marseille III, Clos Guiot, Chemin de la Quille BP 33, 13540 Puyricard*

*** Maître de Conférences, rattaché au CEROG-IAE d'Aix-en-Provence*

Toute reproduction interdite

L'institut n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans ces publications : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Institut d'Administration des Entreprises, Clos Guiot, 13540 Puyricard, France
Tel. : 04 42 28 08 08.- Fax : 04 42 28 08 00

Stress et stratégies d'ajustement : une étude exploratoire sur les moyens de faire face développés par un service des urgences de nuit

Résumé

Le stress professionnel est aujourd'hui une préoccupation pour les entreprises et les travailleurs mais aussi pour les organisations syndicales et l'Etat, preuve en est, le récent accord cadre européen sur le stress lié au travail.

Cette communication a pour objectif d'étudier la mise en évidence de processus par lesquels des salariés particulièrement exposés à des situations de travail stressantes développent des stratégies qui leur permettent de maintenir leur niveau de performance et de répondre aux attentes des soignés.

Les résultats, obtenus par immersion au sein d'un service d'urgence et par des entretiens individuels, dressent une typologie des situations de travail stressantes et explorent les moyens de faire face développés par les salariés dans un contexte de travail jugé difficile.

Mots-clés

Stratégie d'ajustement, stress professionnel, soutien social, infirmières, service d'urgence, travail de nuit.

Stress and coping : an exploring study on coping strategies developed in an nightly emergency service

Abstract

Nowadays, professional stress is a preoccupation for the firms and the workers but also if we take into account the recent European agreement on work-linked stress, for unions and the State.

This article aims at studying which processes, thanks to which employees who are particularly exposed to stressing working conditions, are developed as strategies allowing them to keep up with their performances and to answer cured employee's expectations.

The results, obtained by immersion amongst employee's of on emergency service and by proceeding to individual interviews, make up an typology stressing working situations, and explore different means to face the employees develop in so considered difficult working conditions.

Key words

Coping, professional stress, social support, nurses, emergency service, night working.

INTRODUCTION

Lorsque les gestionnaires tentent de concilier les approches économiques et sociales, ils envisagent le plus souvent la question comme un arbitrage entre deux contraintes qu'une bonne dose de créativité permettrait de transformer en logique « gagnant-gagnant ». Dans une telle perspective, les organisations se livreraient à des analyses de la situation de leurs salariés et apporteraient des remèdes qui combindraient performance économique et bien-être. Etendue à des économies émergentes dont les normes sociales sont moins favorables aux salariés que dans les pays de l'OCDE, et mâtinée d'éthique, cette logique reprendrait celle de Ford du « five dollars a day » qui facilite le recrutement, satisfait le salarié et fait de lui un client potentiel. Toutefois, nos investigations sur le terrain montrent que bien souvent les salariés adoptent par eux-mêmes et parfois « clandestinement » des solutions en dehors de l'intervention concertée de l'entreprise. Confrontés à des situations délicates, les salariés sur le terrain pourraient trouver eux-mêmes des solutions et acquérir de nouvelles compétences, utiles, *in fine*, à l'entreprise.

L'article de Roques et Roger (2004) s'inscrivait dans cette logique de valorisation des performances économiques et sociales en étudiant les liens entre situations stressantes et développement des compétences. Toutefois, il laissait en suspens plusieurs points fondamentaux. En se concentrant sur les infirmières de jour des services d'urgence il écartait une population jugée trop différente qui travaille la nuit. D'après les répondants de la première étude, les conditions de travail de l'équipe de nuit auraient des caractéristiques très particulières (population des soignés, personnel moins nombreux, assouplissement des règles hiérarchiques, nature des accidents qui se produisent la nuit, etc...). De plus les dynamiques par lesquelles les salariés affrontaient leurs difficultés professionnelles et assuraient le fonctionnement de la structure ne pouvaient pas être suffisamment prises en compte.

Nous visons donc, dans cette communication, à mettre en évidence les processus par lesquels des salariés particulièrement exposés à des situations stressantes développent des stratégies qui leur permettent de maintenir leur niveau de performance et de répondre aux attentes des soignés. Pour mieux comprendre ces réactions, nous détaillerons les situations particulières qu'ils rencontrent dans leur travail.

La première partie de cette communication dresse un rapide état des lieux des coûts engendrés par les difficultés dans le travail et propose une analyse en termes de stress professionnel en insistant sur les stratégies d'ajustement. La deuxième partie détaille la population étudiée et la collecte de données au cours d'une observation participante. Enfin, dans nos résultats, nous identifions des caractéristiques du travail en urgence de nuit et nous mettons en évidence les différentes stratégies développées dans ce contexte.

I/ REVUE DE LA LITTÉRATURE

1.1) Le stress : entre surcoût financier et détresse humaine

Le stress a de lourdes conséquences en entreprise, selon une étude épidémiologique de l'Institut Français d'Action sur le Stress (IFAS)¹ menée en 2004 et portant sur près de 13 000 salariés ; il représente un facteur de risque pour la santé de plus d'un homme sur cinq et de près d'une femme sur trois. Les contraintes s'exerçant sur l'individu en entreprise peuvent être la charge de travail, les délais, la pression du client, le manque de reconnaissance... Le BIT dressait déjà un constat dans ce sens en 1997. Dans une étude réalisée en Angleterre, le stress et la dépression se sont révélées être parmi les facteurs les plus importants affectant la santé des travailleurs (Hodgson et al., 1993).

Divers troubles aussi bien physiques que psychiques liés au stress au travail ont été recensés (Levi, 1993). Ainsi, certains auteurs ont relié le stress à divers troubles physiques tels que l'hypertension artérielle (Boyd et Gumpert, 1983 ; Stora, 1988 ; Pépin, 1991), les maladies cardiovasculaires allant de la simple palpitation à l'infarctus (Gumpert et Boyd, 1985 ; Bourque et Charlebois, 1990 ; Pépin, 1991 ; Gaussin, Karnas et Sporcq, 1998), les ulcères de l'estomac (Gumpert et Boyd, 1985 ; Stora, 1988 ; Pépin, 1991 ; Gaussin, Karnas et Sporcq, 1998 ; Sekiou, 1998), les troubles intestinaux, la migraine, le mal de dos (Boyd et Gumpert, 1983 ; Pépin, 1991;), la diminution des défenses immunitaires (Stora, 1988 ; Pépin, 1991;).

¹ Enjeux, les Echos, p54, N°207 Novembre 2004

D'autres troubles physiques tels que l'ostéoporose (Stora, 1988), la sensibilité aux maladies allergiques (Stora, 1988), le diabète (Stora, 1988 ; Pépin, 1991), l'obésité (Stora, 1988), les troubles cutanés (Stora, 1988), l'augmentation du cholestérol dans le sang (Pépin, 1991), l'arthrite (Pépin, 1991 ; Stora, 1988) ou encore le cancer (Bourque et Charlebois, 1990 ; Pépin, 1991) sont également associés au stress au travail. Des liens entre le stress et divers troubles psychologiques sont mis en évidence tels que la nervosité (Gumpert et Boyd, 1985 ; Sekiou, 1998), l'anxiété (Pépin, 1991 ; Sekiou, 1998 ; Gaussin, Karnas et Sporcq, 1998 ; Roques, 2001), les crises d'angoisse (Gumpert et Boyd, 1985 ; Stora, 1988), la dépression (Stora, 1988 ; Pépin, 1991 ; Gaussin, Karnas et Sporcq, 1998 ; Roques, 2001), les troubles du sommeil à type d'insomnie (Gumpert et Boyd, 1985 ; Stora, 1988 ; Sekiou, 1998 ; Gaussin, Karnas et Sporcq, 1998), les troubles de la sexualité tels que la diminution de la libido (Stora, 1988), l'insatisfaction au travail (Roques, 2001), la frustration (Roques, 2001), l'aliénation ou sentiment de futilité (Roques, 2001), le ressentiment (Gumpert et Boyd ; 1985) et enfin l'épuisement professionnel (Roques, 2001 ; Pépin, 1991).

Pour limiter les surcoûts sociaux, il convient d'approfondir la notion de stress et de trouver des cadres d'analyse afin d'apprendre à le gérer.

1.2) Définitions

Le stress est une notion complexe qui n'a pu être définie de façon claire, complète et avec l'assentiment de l'ensemble des chercheurs. C'est un mot qui revêt de nombreuses définitions et qui a la particularité de ne pas exister depuis longtemps dans la langue française, bien qu'il soit désormais très connu et largement utilisé dans la communauté francophone. La connotation populaire du stress est, elle aussi, très ambiguë, à la fois négative et positive : négative en ce qu'elle recouvre une idée de souffrance, de malaise, une sorte de maladie imprécise où se mélangent l'anxiété, la dépression et des symptômes physiques aussi nombreux que variés ; positive en ce qu'elle possède aussi une connotation stimulante, excitante, accordée au rythme de la vie moderne (Aubert et Pagès, 1989).

Selon Selye (1975 /68), chercheur canadien considéré comme le père fondateur du terme, le mot stress désigne « *la somme de tous les effets non spécifiques de facteurs (activités normales, facteurs de maladie, remèdes, etc..) pouvant agir sur l'organisme, ces agents sont*

nommés stressseurs lorsqu'on fait allusion à leur capacité de produire le stress ». Mattesson et al (1982 /375) définissent de manière simple le stress comme « *la conséquence d'un manque d'adéquation entre la personne et l'environnement* ».

Selon Rivolier (1989), en anglais le mot stress a le sens de contrainte, de « force d'impulsion », qui s'exerce sur quelque chose. Le stress produit alors un « strain », qui signifie tension. Le stress est donc ici perçu comme l'agent, c'est le cas par exemple quand on parle du *stress* du travail à la chaîne.

Pour Lazarus (1966), Lévi (1975) et Masson (1975) nous sommes en présence d'un phénomène global où l'on prend en considération tous les facteurs intervenant, à savoir : stimulus, réponse et les processus de perception et d'évaluation de la situation. Il s'agit d'un processus interactif situé dans une perspective dynamique.

Van Harrison (1985) énonce que l'expérience du stress est le résultat de l'évaluation de l'adaptation entre la menace de l'environnement et la capacité de l'individu à faire face. Une faible adaptation apparaît quand l'environnement est perçu comme porteur de plus de menaces que ce que l'individu est capable de gérer. Cette faible adaptation est stressante parce que les individus ne pensent pas qu'ils possèdent les ressources pour faire face à l'environnement.

Ivancevich et al. (1982) définissent le stress comme « *la conséquence d'un manque d'adéquation entre la personne et l'environnement* »

Pour nous « **le stress est une relation entre un environnement donné et une situation donnée dans laquelle l'individu considère que les sollicitations de l'environnement mettent à l'épreuve ou dépassent ses capacités d'ajustement. Elle se traduit par une altération du bien-être et peut conduire à des stratégies d'ajustement** ».

1.3) les stratégies d'ajustement

Les stratégies cognitives et comportementales que l'individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant ont été définies sous le terme de « *coping* » (« stratégies

d'ajustement² ») par Lazarus et Folkman (1984). Il s'agit de l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à gérer et maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu.

De très nombreuses définitions du « coping » sont recensées dans la littérature. Pour Coyne *et al*³. (1981), il s'agit d'efforts cognitifs et comportementaux pour gérer les conflits et les demandes environnementaux et internes qui affectent un individu et dépassent ses ressources. Pour Folkman et Lazarus, (1980, p. 223) «*le coping est défini comme les efforts cognitifs et comportementaux faits pour maîtriser tolérer ou réduire les demandes et conflits internes ou externes* ».

Selon Lazarus et Folkman (1984), les stratégies d'ajustement ont deux fonctions principales : (1) maîtriser ou modifier le problème qui entraîne du stress dans l'environnement - on parlera de stratégie centrée sur la situation - ou (2) réguler la réponse émotionnelle du problème - on parlera alors de stratégie centrée sur l'émotion. Ces deux types de stratégies d'ajustement s'influencent d'ailleurs mutuellement pour une situation donnée. A partir de ce modèle, les auteurs ont pu construire des questionnaires (tels le Way of Coping Questionnaire ou WCQ) qui permettent de quantifier les différents styles de « coping » en fonction de situations données.

Pour Dewe (1987) le « coping » représente des tentatives actives ou passives qui permettent de répondre à une situation de menace avec pour objectif de déplacer ou de réduire l'inconfort émotionnel. Greenglass, (1993) considère que certaines stratégies d'ajustement visent à constituer ou stimuler un soutien social.

Dans l'optique d'identifier des traits de personnalité liés à des stratégies d'ajustement efficaces, des chercheurs ont tenté de mettre en évidence les caractéristiques des personnes qui font face de manière fructueuse aux situations difficiles. Un des traits proposé par Antonovsky (1987) est le 'sens de la cohérence' c'est-à-dire la capacité à voir le monde comme une entité prévisible et compréhensible. Ainsi, les personnes possédant une capacité de compréhension élevée conçoivent leur vie et leurs expériences comme ordonnées, structurées

² La notion appelée « coping » dans la littérature anglo-saxonne pose un problème de traduction en langue française. Le terme de « coping » signifie à la fois « faire-face, s'en sortir, résoudre ». pour un revue de littérature sur le choix de cette traduction, voir Roques (1999, p 173-174)

³ Coyne, J.C., Aldwin, C., et Lazarus, R.S. (1981), "Depression and coping in stressfull episodes", *Journal of Abnormal Psychology*, 90, pp. 439-447.

et prévisibles ; inversement les personnes possédant un faible niveau de compréhension les perçoivent comme confuses et aléatoires.

Martin (1996) montre que l'humour est un facteur de santé mentale et de bien être psychologique et émotionnel en agissant comme une protection contre le stress dont il réduit les conséquences émotionnelles délétères. De ce point de vue, il peut agir comme une stratégie d'ajustement à une situation difficile. En renforçant l'état d'esprit positif et en réduisant l'état d'esprit négatif (anxiété, fatigue, hostilité) il confère une certaine stabilité d'humeur en cas d'événements stressants. On retrouve le même type de considération chez Downe (1999) dans son étude de l'humour chez les prostituées costaricaines.

Dans l'étude empirique de Guibert et al. (2002), l'humour est souvent utilisé dans des situations de crise pour les affronter plus sereinement ou pour les éviter ; dans la majorité des cas, les répondants affirment qu'il contribue largement à dédramatiser l'atmosphère. Les blagues échangées dans un groupe facilitent les relations et créent des liens. Pour Comte-Sponville (1995), l'humour témoigne non seulement d'une bonne relation à soi-même, mais facilite également les relations avec les autres.

II/ METHODE

2.1) La population

Au sein des hôpitaux, le service des urgences tient une place à part notamment par la nature des tâches, en effet celles-ci sont beaucoup moins liées à l'hygiène des malades et au corps du patient. Les contacts déplaisants, qui sont moins du domaine de l'infirmière que de l'aide-soignante y sont réduits. De plus, les urgences sont le service le plus ouvert sur l'extérieur. Tout y est éphémère, même l'agonie et la mort. Les agonies lentes se déroulent plutôt dans les autres services spécialisés où sont transférés les malades s'ils ne sont pas décédés de mort subite. La mort n'a pas le temps d'apparaître angoissante comme elle peut l'être dans un service de réanimation (Aubert et Pagès, 1989).

Les centres hospitaliers sont ouverts en continu, il y a donc deux équipes médicales qui travaillent exclusivement la nuit. L'activité étant moins dense que la journée, le personnel soignant est moins nombreux : 6 Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) et 4 aides-soignantes par équipe. Leur horaire de travail s'étend de 20h30 à 6h30. Le public n'est pas le même que le jour, avec un surcroît de personnes qui souffrent de problèmes psychiques divers, de tentatives de suicide, d'état d'ébriété, de personnes sans domicile fixe. Le sentiment d'angoisse lié à la nuit et des situations de violence caractérisent ce contexte professionnel.

8 femmes et 2 hommes ont pu être interrogés et enregistrés, 4 dans une équipe, 6 dans l'autre. Leur moyenne d'âge est 42 ans. 9 d'entre eux ont un conjoint et au minimum 2 enfants, 1 seule est célibataire et sans enfant.

2.2) Méthode

Notre étude a débuté par 3 nuits d'observations, au terme desquelles la méthode d'observation participante a été retenue pour permettre d'être plus proche des équipes. Cela c'est traduit par un poste d'agent d'accueil dont les tâches principales étaient d'assurer l'interface avec les patients et les pompiers puis l'orientation du soigné vers les services d'urgences appropriés. Etalé sur une période de 20 nuits pendant l'été ce travail permettait d'interroger la population entre 4h et 6h30 du matin, après les heures de forte activité plutôt consacrées à l'observation. Les personnes ont été interrogées à la faveur d'une disponibilité dans leur emploi du temps ce qui revenait à interroger les salariés au moment où leur rotation dans le service les affecte au SMUR⁴ pour ne pas perturber le fonctionnement du reste de l'équipe. Etant d'astreinte, ils regagnent le véhicule de secours uniquement s'ils sont « bipés » contrairement au reste de l'équipe qui est affecté à un poste déterminé dans les services de médecine, de chirurgie ou d'hospitalisation de courte durée.

Les entretiens semi directifs avaient donc lieu pendant les périodes de repos, sans la présence des autres membres de l'équipe. La phase de collecte s'est terminée avec la saturation des

⁴ Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) est une équipe mobile médicalisée qui intervient sur tout appel de détresse et transporte le malade ou le blessé sur le lieu de soins approprié.

données. Les 10 entretiens, d'une moyenne de 1h 30 ont été enregistrés sur bande magnétique et intégralement retranscrits. Ils ont été traités par classement thématique.

III/ RESULTATS

L'analyse de contenu thématique réalisée sur le corpus a permis de dégager des éléments de réponse quant à la problématique retenue. Ces entretiens nous ont permis de faire un inventaire des situations vécues comme stressantes par le personnel soignant ainsi que des moyens dont ils disposent pour y faire face.

3.1) Les situations de travail stressantes

De part leurs activités et leurs responsabilités les soignants subissent une forte pression dans leur travail qui peut se traduire par une plus forte tension perçue ou subie que dans d'autres métiers. En effet, la situation d'urgence impose une grande maîtrise des compétences professionnelles : les erreurs peuvent avoir des répercussions beaucoup plus graves que dans la plupart des autres professions.

Dans le tableau ci-dessous sont donc présentées les situations de travail apparaissant comme stressantes pour les soignants du service des urgences travaillant la nuit. Lors d'entretiens individuels nous leur avons posé la question suivante : « *quelles sont les situations que vous jugez particulièrement stressantes dans votre travail ?* » Nous avons donc toutes les situations qui sont ressorties lors de l'analyse de contenu et nous les avons hiérarchisées. Nous avons mis en avant les situations qui ont été le plus souvent citées pour arriver à celles qui n'ont été énoncées que par un ou deux interviewés.

Ainsi le facteur de stress le plus évoqué est la pression de la famille du patient (les 10 personnes en ont parlé de manière spontanée) et 3 d'entre elles l'ont évoqué en premier lieu. Il nous est apparu clairement que la famille du patient était lourde à gérer et qu'elle était un réel facteur de stress pour l'ensemble du personnel soignant. Ainsi, cette infirmière de 42 ans nous confiait : « *les familles qui sont là, et ce n'est pas une famille, tu as 3,4 personnes,*

accompagnants par box qui te viennent dessus, qui te demandent alors le bilan ? Comment il va ? Ils te viennent à la charge sans arrêt, ils t'empêchent de travailler, ils restent au milieu, oui ça, ça me stresse » et nous arrivons à la « bobologie » qui lui n'a été abordé que par un interviewé

Situations de travail stressantes	Nombre d'individus qui ont abordé ces situations
Pression de la famille	10
Gravité de la situation	9
La mort	9
Surcharge de travail	8
Comportement du médecin	7
Connaissance du patient	7
Urgences pédiatriques	7
SMUR	6
Violence	6
Personnalité difficile du soigné	6
Manque de temps	6
Incertitude	5
Angoisse du patient	4
Arrivée de nouveaux soignants	3
Mauvaise entente avec les collègues	3
Manque de place, bruit, chaleur	3
Faible effectif	3
Manque de pratique de gestes techniques	2
Sentiment de solitude	2
Accident d'exposition au sang	1
Trajet pour se rendre en intervention	1
Fatigue	1
Bobologie	1

Tableau 1 : citations des situations de travail potentiellement stressantes pour le personnel soignant urgentiste de nuit

Ensuite, d'autres situations stressantes relatives au travail étaient mentionnées telles que la gravité de la situation, la mort, la surcharge de travail, le comportement du médecin. Tous les

éléments de l'étude Roger et Roques (2004) pratiquée sur 8 services d'urgences de jour se retrouvent dans le cas de ce service de nuit⁵. A côté de ces situations stressantes qui semblent faire partie intégrante de l'activité de ce type d'infirmières, apparaissent des facteurs liés au contexte nocturne du travail : la violence, les sorties avec le SMUR, la fatigue, le sentiment de solitude et l'angoisse des patients qui est accrue pendant la nuit.

Il est intéressant d'observer qu'au fil de la conversation les personnes interrogées déclarent être stressées par plusieurs éléments. C'est en discutant avec elles qu'elles prennent conscience que finalement, et contrairement à ce qu'elles pensaient, il y a de nombreuses situations de travail qui peuvent générer de la pression. Ainsi certains nous diront que c'est en discutant avec nous qu'ils se sont rendus compte qu'ils étaient plus stressés que ce qu'ils pensaient « *moi inconsciemment je ne l'avais pas analysé, c'est là en parlant* » nous disait une infirmière de 53 ans. Une autre déclarait « *en fin de compte, si on regarde bien tout me stresse !* »

3.2) Les stratégies d'ajustement

Nous étudierons par la suite quels sont les types de « coping » développés par les salariés. Nous sommes bien conscients qu'au stade de notre travail il s'agit simplement d'une ébauche des stratégies d'ajustement mises en place par les professionnels de santé.

3.2.1) Les stratégies d'ajustement tournées vers l'action

Lorsque les soignants sont face à des situations critiques, ces derniers déclarent ne pas avoir le choix et agir. En fait la gravité des situations est au cœur de leur métier et ils réagissent en étant « professionnels ». Ainsi, ce qui va compter à ce moment précis est de sauver la personne qui se trouve en situation de détresse en réagissant très vite. « *Il te faudrait une caméra parce que tu as tout le monde qui se précipite, tout se fait de façon machinale, on n'a pas à dire fait ceci ou cela, chacun sait ce qu'il a à faire.* » (un infirmier de 47 ans)), un autre

⁵ La classification de Roger et Roques (2004) comprend 8 points : gravité de la situation, manque de temps, pression du public, relations avec la hiérarchie, entente avec les collègues, événements imprévisibles, personnalité difficile du soigné, difficultés dans la vie privée. Ces rubriques sont nommées différemment dans l'étude actuelle, mais traduisent des contenus voisins.

déclare : « *je réagis, c'est très technique, on sait très bien que sur un infarctus on doit faire ça,, et comme on est une équipe, que l'on se connaît bien, on sait comment ça va tourner, c'est presque automatique, oui il n'y a quasiment pas de bruit dans le déchoquage, ça s'enroule tout seul, c'est dans les cas vitaux, cela devient presque à mon avis, un automatisme.* » (un infirmier de 42 ans). Les termes employés pour agir sont liés à la réussite, il s'agit de lier le travail fourni au fait que cela fonctionne et que la situation devient alors positive, ainsi une infirmière de 51 ans déclare : « *quand ça s'est bien passé tu as une sensation de satisfaction. C'est personnel parce que tu vois que ça a marché, que tu as fait ce qu'il fallait, que le malade s'est amélioré et puis je pense que le malade te renvoie aussi une image que lui est mieux.* ».

3.2.2) Le fatalisme de façade ou stratégie d'ajustement tournée vers la régulation des émotions.

Bien souvent, en cas d'échec, les personnes interrogées affichent un fatalisme et déclarent que ce qui est arrivé devait arriver, « *que c'est le destin* », « *ce n'est pas de ma faute* », « *c'était écrit* ». Nous pensons que ce mouvement de pensée est un moyen de se protéger, de prendre de la distance par rapport à une situation difficile rencontrée en urgence. En fait, il s'agit de se préserver en se désengageant d'une situation impliquante et ainsi permettre de travailler sereinement. Ainsi, chaque soignant interrogé tient des propos tels que « *c'était comme cela, ça devait arriver. Ce n'est pas de notre faute, c'est la faute à personne, c'est le destin* » (une infirmière de 41 ans), ou encore « *finalement c'était prévu comme ça, moi je dis c'était son destin. Tu nais tu as ta date d'arrivée et de départ qui sont prévues, selon moi, c'est écrit* », nous confiait un infirmier de 47 ans.

Les termes employés pour faire face à ce type de situation évoquent ceux des questionnaires sur le fatalisme ou encore *Locus de Contrôle*. Faut-il alors penser, à la suite de Schneider (1987) que les conditions de travail contribuent à sélectionner des salariés aux personnalités particulièrement adaptées ? Une investigation complémentaire par questionnaire contribuerait à répondre à cette question.

3.2.3) Le rire

Cette stratégie d'ajustement a été abordée lors des entretiens par 4 personnes. Le fait de rire est souvent cité comme un excellent moyen d'évacuer et de lutter contre le stress. « *Mon moyen d'évacuer c'est de parler de cul, (raconte une anecdote) je m'entends quoi, il faut le prendre au 2^{ème} degré. Tu vois des conneries comme ça c'est marrant, il faut rire* » (une infirmière de 42 ans). On remarque que le fait de décompresser par le rire se fait d'une part quand il y a le temps et d'autre part quand cela se rapproche de la fin de la nuit « *il y a le café mais il y a aussi le rire, quand on a le temps !on rigole quand on a un moment, un créneau, souvent c'est plus dans la fin de la nuit. Tu relâches les soupapes. Souvent on raconte de petites anecdotes qui ne sont pas de la vie du service mais qui sont des situations que l'on a vues, entendues sur des gens* ». (Une infirmière de 53 ans) ; « *à la fin de la nuit on rigole, on dit des bêtises* » (l'aide-soignant de 47 ans).

Le fait de rire est aussi utilisé face à l'agressivité et/ou l'angoisse du patient, c'est un moyen de détendre l'atmosphère « *quand tu vas voir un malade qui est énervé, tu vas discuter avec lui, tu vas le rassurer, le calmer, tu lui sors une petite blague ou deux, tu arrives à lui sortir un petit sourire, alors ça se passera très bien* » (un infirmier de 42 ans).

Le rire est donc utilisé pour détendre les patients angoissés mais aussi pour décompresser vers la fin de la nuit pour l'équipe soignante. Cependant le fait de se détendre est de rire n'est pas toujours très bien perçu par les patients ou les accompagnants. Ainsi, lorsqu'un interne a cherché à plaisanter avec une jeune femme qui s'était fait mal au pied, celle-ci l'a injurié parce qu'elle estimait que, compte tenu de la situation, il n'était pas opportun de rire. Cela s'apparentait pour elle à une moquerie. C'est ce que nous confie aussi une infirmière de 53 ans : « *mais bon souvent les gens ne comprennent pas, on rit alors que eux sont dans la douleur, le stress, l'angoisse, dans l'interrogation de ce qui va arriver, ils ne comprennent pas.* » Ces dangers de l'humour rejoignent les déclaratifs des répondants de l'étude de Guibert et al. (2002).

3.2.4) Le désir de se soustraire au stress : fuite réelle ou dans l'imaginaire ?

3.2.4.1) Le refuge dans des dérivatifs

Laborit (1976) met clairement en avant dans son ouvrage « l'éloge de la fuite » un moyen de faire face au stress La solution est de *fuir*. C'est le seul comportement, d'après Laborit, qui

permettra de demeurer normal par rapport à soi-même. Ceci est possible grâce à notre imaginaire. Nous montrons comment les soignants s'évadent dans une activité dérivative.

La lecture

Certains soignants confient que pour faire face à des nuits difficiles, ils ont recours à l'évasion par la lecture. Pour ces derniers c'est un très bon moyen d'évacuer toutes les tensions ressenties au travail et un excellent moyen pour trouver le sommeil. La lecture a été citée par 2 femmes. *« J'arrive chez moi je lis. Tous les matins je lis. Quand j'ai passé une très bonne nuit à l'hôpital je lis un quart d'heure environ, quand j'ai eu un gros stress je vais alors lire ¾ d'heure, une heure. Cela me permet de m'évader, d'avoir l'esprit ailleurs, tu es obligé ».*

Dans ce témoignage, nous voyons combien il est important pour chacun de trouver un moyen d'échapper au stress avec l'expression : *« tu es obligé »*. Cette infirmière de 41 ans précise qu'il y a différents moyens d'oublier et de se faire plaisir, pour elle son choix se tournera vers la lecture : *« plutôt que d'aller faire une virée en ville et de claquer 2000 balles ; ce que feront certaines, moi ça va être de lire énormément. C'est vrai que je m'évade beaucoup par la lecture ».*

Le bricolage

Un répondant se tourne vers une activité permettant de changer de centre d'intérêt et d'avoir l'esprit occupé : le bricolage. Pour cet infirmier de 47 ans, *« je fais du bricolage, cela me permet de ne plus penser à l'hôpital je me concentre sur ce que je fais et donc je ne pense plus à ici ».*

La pratique sportive

Nous identifions la pratique sportive comme une autre forme de stratégie d'ajustement. Une infirmière de 42 ans confie : *« pour évacuer je vais faire du jogging, de l'aquagym, j'habite à la campagne donc je suis toujours en plein air »*. Une autre infirmière de 40 ans déclare : *« il faut déconnecter, chacun trouve son truc. Moi, je vais aller faire du sport, je vais aller faire du vélo pendant trois jours (rires). Je fais beaucoup de sport : la marche à pied, la course, tout ce qu'on me propose je le prends ! Chacun a son truc, il y en a qui vont bricoler... ».*

Nous constatons que 3 personnes déclarent pratiquer du sport pour évacuer les tensions ressenties au travail « *je fais du sport, c'est une façon d'évacuer le sport. Je combats en étant tout le temps en activité : je cours, je fais du vélo et beaucoup de salle, les cours collectifs pas la muscu (rires).* »

3.2.4.2) Le désir de fuite du poste de travail

Ici le terme de « fuite » traduit la volonté de se soustraire physiquement à des situations de travail difficiles à gérer. Deux infirmières déclarent « *ce qui me touche le plus ce sont les agressions physiques, je m'en vais, ou je préfère fuir* ». Dans cette interview, l'infirmière affirme partir parce qu'elle estime qu'elle est aux urgences pour soigner les patients et non pour recevoir des coups. Ce n'est plus de son ressort mais celle de la sécurité ou de la police. Une autre infirmière du même âge confie : « *franchement quand je sais que la famille va arriver et qu'il s'est passé un accident très grave, un décès, si je pouvais m'échapper...mais je ne peux pas laisser mes collègues. C'est une situation que je n'aime pas, pas du tout même.* » Il s'agit ici pour elle d'un désir qui ne se traduit pas en actes de solidarité avec son équipe, alors qu'elle aimerait pourtant bien « *s'échapper* ».

3.2.5) Le soutien social

L'ensemble de la population interrogée a déclaré avoir recours à du soutien de la part des collègues de travail ou de leurs proches ou encore des deux « *un cas qui nous avait tous marqué, c'est une jeune femme qui s'est immolée au CAP 48⁶, on en a parlé après entre nous. Au début j'en parlais beaucoup avec ma famille quand je rentrais, maintenant j'en parle moins. Je fais de la prévention auprès de mes enfants, ça me permet d'évacuer.* ». Présenté par plusieurs auteurs comme une stratégie d'ajustement (Lazarus et Folkman, 1984 ; Latack, 1986 p. 384), le soutien social revêt deux formes suivant qu'il est (1) issu du milieu professionnel ou (2) issu de l'entourage.

⁶ Le CAP (Centre d'Aide Psychiatrique) 48 est une annexe de l'hôpital psychiatrique Montperin d'Aix-en-Provence qui se trouve localisée dans le service des urgences.

3.2.5.1) Le soutien social issu du milieu professionnel

Nous avons souligné que les soignants sont confrontés à de nombreux facteurs de stress, pourtant la décision de se confier à ses collègues n'est pas toujours aisée à prendre « *je me vois mal en pleine nuit aller voir une collègue et lui dire il faut que je te parle, j'ai vécu ça et ça* », confiait une infirmière de 42 ans. Pourtant, quand la démarche est entreprise, cela permet d'obtenir de la compassion de la part de ses collègues et de ne pas se sentir isolé. Ainsi une infirmière de 43 ans nous disait « *les collègues, eux, sont un réconfort. Nous vivons les mêmes choses* ». Quand l'équipe soignante a vécu une nuit difficile, elle en reparle quelques jours après avec les personnes qui étaient présentes le soir en question. C'est donc en salle de pause autour du café que les professionnels de santé parlent de leur ressenti et de leurs émotions « *souvent quand il y a un gros truc, on ne parle pas du tout. On en reparle dans les trois ou quatre jours après. Toute notre thérapie et notre débriefing émotionnel se passent au café. On en reparle avec ceux qui étaient là. Je parle très rarement de mon boulot à la maison et puis ils ne comprendraient pas, c'est plutôt avec mes copines.* » (Une infirmière de 41 ans)

Dans les propos tenus par cette infirmière nous prenons conscience de l'importance de la discussion avec des collègues de travail. D'après elle, ils sont les seuls habilités à comprendre puisqu'ils ont vécu la même chose qu'elle. Pour d'autres, le soutien social va se trouver à son domicile.

3.2.5.2) Le soutien social issu de l'entourage

La famille est souvent considérée comme un soutien considérable face à un environnement professionnel présenté comme plus riche en facteurs de stress que la vie privée : « *je suis plus stressé au travail qu'à la maison* » déclare un infirmier de 42 ans. Le soutien de la famille peut modérer la tension ressentie. Toutefois ce n'est pas le cas pour l'ensemble du personnel soignant puisque certains nous confiaient ne jamais parler du travail à la maison.

Pourtant d'autres se tournent vers leur conjoint qui apparaît comme une ressource pour lutter contre le stress. Ainsi 4 personnes sur 10 déclarent en parler avec leur conjoint(e). « *J'ai de la chance d'avoir un mari calme, il m'aide* » confie une infirmière de 42 ans, une autre ajoute «

peu de soignants parlent de leur boulot à l'extérieur, moi j'en parle beaucoup avec mon mari ; mais il a aussi son boulot qui est stressant. C'est vrai qu'à nous deux on arrive à évacuer mais des fois c'est dur. Heureusement que j'ai mon mari ! Sur les 4 répondants qui se tournent vers leurs proches, la moitié sont des hommes. « *Quand vraiment ça me choque j'en parle avec ma femme, il faut que ça sorte* », confiait un infirmier de 47 ans ; « *et pour évacuer, contrairement à beaucoup de gens, j'en parle à l'extérieur. Quand j'arrive chez moi le matin, ma femme a droit à tout ce qui m'a touché dans la nuit, je lui raconte tout, en fait c'est mon exutoire. Je lui raconte tout ce qui m'a touché.* » Les deux seuls hommes que nous avons dans notre échantillon ont comme soutien social leur femme, faut-il alors envisager que ces derniers préfèrent en parler en premier lieu avec leur épouse plutôt qu'avec leurs collègues de travail ? On-t-ils une attitude qui ne laisse rien paraître au travail et dévoilent-ils davantage leurs sentiments lorsqu'ils sont chez eux ? Ces possibles différences de comportement face au soutien en fonction du genre ont déjà été soulignés par Umberson et al. (1996). Pour approfondir cette question, un échantillon plus important serait nécessaire.

Quelque soit le ou les moyens trouvés par chaque soignant pour évacuer, chacun dans son témoignage a souligné la nécessité, l'obligation « de trouver son truc ». Pour eux, il est indispensable de trouver sa stratégie pour faire face sinon il est impossible « de tenir » aux urgences. D'après l'ensemble de notre échantillon, il faut se préserver et déconnecter de l'hôpital une fois rentré chez soi. Les conséquences du stress peuvent être préjudiciables pour le soignant lui-même mais également pour le service et les soignés.

CONCLUSION

Suite à notre travail de recherche, nous avons pu dresser une typologie des situations de travail stressantes pour les professionnels de santé travaillant dans un service des urgences, la nuit. Par rapport à l'étude précédente (Roques et Roger, 2004), nous mettons en évidence des facteurs communs, propres au travail d'urgence et d'autres qui caractérisent le travail de nuit. La méthode employée permet, à travers une immersion dans le service, de créer un climat de confiance, voire de complicité et d'obtenir des informations nuancées sur les stratégies d'ajustement. En effet, à côté des réponses usuelles d'action en direction du soigné, les répondants utilisent des stratégies de réévaluation cognitives qu'il est délicat de mesurer par

questionnaire. Ainsi, ils gèrent la déception d'efforts déployés en vain en affichant du recul et du fatalisme sur la situation. En outre, ils cherchent du réconfort auprès de leurs collègues en dédramatisant les situations de crise par de l'humour (modérément goûté par certains patients) et en recherchant un soutien social dans leur entourage. Pour occulter la difficulté de certaines nuits, certains trouvent refuge dans des activités telles que la lecture, le bricolage ou le sport.

Plusieurs limites à notre étude peuvent être mises en évidence. En premier lieu, le choix d'une méthodologie performante pour étudier les stratégies d'ajustement limite le nombre de répondants et rendraient hasardeuses des généralisations quantitatives. Cela rend plus difficile une réelle comparaison avec l'étude antérieure sur les équipes de jour. Les résultats ne visent donc pas encore la validité externe. En interrogeant, par commodité des soignants affectés au SMUR, (c'est-à-dire lors d'un moment de réflexion et non d'action) nous privilégions probablement certaines stratégies au détriment d'autres.

Ces résultats montrent l'agencement spontané de réseaux d'entraide et de stratégies individuelles pour gérer les difficultés. De ce point de vue, nous montrons comment les acteurs d'une organisation prennent en charge les dimensions sociales de leur travail pour maintenir la performance du service. Or ces démarches révèlent l'absence d'intervention de l'organisation. Toutefois, sous l'impulsion de ce travail, la Direction des Ressources Humaines a pu mesurer les difficultés de son personnel de nuit. Des actions à visée sociale ont été décidées et doivent être mises en œuvre au mois de janvier 2005. Elles prendraient la forme d'une formation à la gestion du stress et de groupes de paroles. Une étude ultérieure pourrait donc tenter de mesurer les apports de cette prise en charge sur la performance économique et sociale de l'entreprise

BIBLIOGRAPHIE

Aubert N. et Pagès M. (1989), « le stress professionnel », Klincksieck, Paris.

Bourque J.-J., Charlebois P. (1991), «Gestionnaires: résistez à la pression», *Revue Internationale de Gestion*, vol. 15, 2, pp. 25-30.

Comte-Sponville A. (1995), L'Humour, dans « Le Petit Traité des Grandes Vertus », Puf, Paris, p. 276-291.

Coyne, J.C., Aldwin, C., et Lazarus, R.S. (1981), "Depression and coping in stressful episodes", *Journal of Abnormal Psychology*, 90, pp. 439-447.

Dewe, P.J (1987), "Identifying strategies nurses to cope with work stress", *Journal of Advanced Nursing*, 12, 489-497.

Downe P (1999), Laughing when it Hurts : Humor and Violence in the Lives of Costa Rican Prostitutes, *Women's Studies International Forum*, 22, 1, p. 63-78.

Gaussin J., Karnas G. (1998), «Le stress en entreprise: proposition d'une méthodologie de pré diagnostic », in *Stress, santé et intervention au travail*, tome 7, Press Inter Universitaires.

Guibert N., Paquerot M. et Roques O. (2002) : « L'humour en management : un essai de structuration du domaine », 16^e Journées des IAE, 10, 11 et 12 septembre 2002, Paris.

Gumpert E.G., Boyd D.P. (1985), « Stress et solitude du patron de PME», *Harvard l'Expansion*, Eté, pp. 44-51.

Ivancevich J.M et Matteson M.T (1980), *Stress and Work : A Managerial perspective*, Dallas : Scott, Foresman

Laborit H. (1999), L'éloge de la fuite, R.Laffont, Paris.

Lazarus R.S. (1966), *Psychological stress and the coping process*, Mac Grow-Hill, New York, cité par Lazarus R.S et Folkman S. (1984), *stress, appraisal and coping*, Springer publishing company, New York

Martin R., (1996), *Humour as a Therapeutic Play : Stress-Moderating Effects of Sense of Humour*, *Journal of Leisurability*, 23, 4, 8p..

Rivolier J. (1989), *l'homme stressé*, Paris, PUF

Roques O., Roger A. (2001), « L'influence du lieu de contrôle, du type A ou B et de l'étape de carrière sur le stress au travail: à la recherche d'une confirmation internationale», *Communication n° 13, Institut d'Administration des Entreprises*, pp. 1-17.

Roques O. (1999), *Les réactions des salariés en transition de carrière : une approche en termes de stress au travail*, thèse de doctorat, IAE d'Aix-en-Provence, Université d'Aix-Marseille III.

Selye H. (1975), *le stress de la vie-le problème de l'adaptation*, nouvelle édition, NRF, Gallimard

Sekiou L. *et al.* (1998), *Gestion des ressources humaines*, Bruxelles, De Boeck Université.

Smith A. (2001), «Perceptions of stress at work », *Human Resource Management Journal*, London.

Stora J.-B. (1988), «Le coût du stress», *Revue Française de Gestion*, pp. 108-113.

Umberson D., Chen M. D., House J. S., Hopkins K., Slaten E. (1996), The effect of social relationships on psychosocial well-being : are men and women really so different ?, *American Sociological Review*, 61, 837-857.