

HETS Centre de formation continue
Contribution scientifique tirée du travail de
diplôme DAS HES SO Superviseurs 2008-
2011

**Accueillir la souffrance au travail :
Quelles attitudes et quels outils
pour les superviseurs ?**

TABLE DES MATIERES

I. PRESENTATION DE LA DEMARCHE.....	3
II. LE TRAVAIL ET SES CARACTERISTIQUES.....	3
1. La loi sur le travail	3
2. Harcèlement moral au travail :.....	4
3. Conséquences pour la santé	6
4. Les conséquences institutionnelles.....	6
5. Constats en Suisse sur le travail et la santé.....	6
6. Le stress et la santé psychique	7
7. Psychodynamique du travail	12
III. LA SUPERVISION COMME ESPACE DE REFLEXION	14
1. Définition et objectifs	14
2. Le cadre.....	15
3. Le processus de supervision et la crise	15
IV. DES ATTITUDES ET DES OUTILS POUR ACCUEILLIR LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL.....	17
1. L'approche Centrée sur la Personne et ses attitudes	17
2. D'autres attitudes possibles	19
3. La théorie de l'attachement.....	20
4. La reconnaissance.....	21
5. Parcours professionnel et histoire de vie	22
6. Les échelles de stress	23
7. Le tableau du maintien et du changement.....	25
8. Positionnement dans la supervision et questionnements.....	25
V. CONCLUSION	27
VI. REMERCIEMENTS.....	28
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	29

INTRODUCTION

Ce sujet s'est imposé comme une évidence lorsque j'ai choisi le thème pour le travail de diplôme. Une certaine incompréhension sur les enjeux relationnels, institutionnels, voire politiques et économiques de ce phénomène, ont attisé ma curiosité.

Je rencontrais de plus en plus de situations de souffrance au travail dans ma pratique professionnelle aux HUG. Je suis infirmière chargée de formation au centre de formation des HUG. Je travaille pour une formation post-diplôme de santé mentale et psychiatrie d'une durée de 15 mois à temps plein. Depuis 5 ans, je me penche davantage sur les rapports entre employés et le système. J'observe les souffrances individuelles et celles des équipes accueillant des stagiaires. Les étudiants posent cette problématique de plus en plus souvent en analyse de la pratique.

Intéressée par les défis de santé mentale, de plus en plus présents ces dernières années en santé publique, j'avais lu les derniers rapports existants de l'office fédéral de la santé publique et notamment la santé psychique de la population Suisse et ses recommandations.

La promotion et l'éducation à la santé sont des domaines que j'enseigne depuis 9 ans. Les concepts de prévention, les facteurs de protection de la santé et de bien-être font partie de ma réflexion professionnelle et personnelle.

J'ai travaillé quelques semaines comme stagiaire, dans un service de santé du personnel d'une grande banque de la place genevoise. Cette expérience m'a appris les spécificités de ce rôle professionnel, à être à l'écoute du personnel, à analyser les enjeux d'un système, à développer le partenariat, notamment avec les ressources humaines.

Dans la formation dans laquelle j'exerce, j'ai créé des places de stage dans des services de santé. Je trouve essentiel que les étudiants ouvrent leur regard sur le rôle autonome infirmier, qu'ils sortent de l'hôpital et découvrent d'autres populations.

Face à la complexité du sujet, ses nombreuses articulations avec des domaines aussi divers que la psychologie, la sociologie, la médecine du travail, le juridique et l'économie, j'ai délimité mon champ d'exploration en lien avec ma pratique de supervision et les consignes exigées par la HETS.

Dans un premier temps, j'explorerai la littérature concernant le travail. Je commencerai par les articles de loi, puis je définirai les différentes souffrances au travail et ses conséquences sur la santé. Des rapports européens et suisses permettront de montrer l'évolution de ce phénomène par quelques statistiques. Je me centrerai ensuite sur la santé psychique des travailleurs et plus particulièrement sur celle des soignants en psychiatrie par le biais d'un projet effectué aux HUG. Je développerai, pour terminer ce chapitre, les travaux de la psychodynamique du travail et les alternatives possibles pour améliorer la santé au travail.

Puis, je me consacrerai à l'espace de supervision. Je définirai son processus, le cadre et la dynamique relationnelle. Je proposerai mes réflexions et mon questionnement sur le positionnement du superviseur. J'articulerai ces éléments plus concrètement avec la souffrance au travail.

Enfin, je proposerai au lecteur l'éventail des attitudes, des outils et des pistes de réflexion possibles pour le superviseur afin d'améliorer ses connaissances et ses compétences concernant la souffrance au travail.

Cet écrit n'est pas la version originale du travail de diplôme et s'apparente plutôt à une contribution scientifique.

I. PRESENTATION DE LA DEMARCHE

1. Problématique

Les pressions sociales, économiques et politiques exigent du travailleur une confrontation permanente à des réalités complexes. Les changements institutionnels, le stress, les conflits, l'absentéisme, les licenciements sont de plus en plus prégnants et sont source de souffrance dans les entreprises.

Des sentiments de rivalité, de solitude et d'exclusion jaillissent pour tenter de sauvegarder sa place de travail. La notion de déshumanisation est mise en avant depuis une dizaine d'années par les analystes du travail et les médecins du travail.

Les entreprises sont, elles aussi, soumises à la loi du marché. Les conséquences physiques et psychiques de la souffrance au travail des employés ont un coût non négligeable pour chacune d'elle.

2. Hypothèses

L'espace de supervision permet d'accueillir et de soutenir le supervisé lors d'une situation de souffrance au travail

Le superviseur doit acquérir des connaissances et des compétences spécifiques concernant ce thème.

3. Question de départ

Quels attitudes et outils développer pour le superviseur afin d'accueillir la souffrance au travail du supervisé, comment lui permettre de clarifier et surmonter les difficultés relatives à son contexte professionnel actuel ?

II. LE TRAVAIL ET SES CARACTERISTIQUES

1. La loi sur le travail

Dans l'article 2 de la loi sur le travail nommée par le secrétariat d'Etat de l'économie SECO, il est cité :

« L'employeur est tenu de prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer et d'améliorer la protection de la santé et de garantir la santé physique et psychique des travailleurs ».

Dans le commentaire de l'ordonnance 3 relative à la loi du travail, je mettrai en valeur plus spécifiquement ce qui concerne le sujet de cet écrit :

« La protection de la santé physique et psychique est un devoir commun des travailleurs et de l'employeur. La responsabilité de ce dernier couvre les facteurs liés au travail et influençant la santé (...)».

« Adapter les conditions de travail aux capacités de l'être humain (...) réduire au maximum les risques (...) concevoir la protection de la santé de telle sorte que les facteurs individuels, techniques, organisationnels et sociaux et toutes les interactions soient pris en compte dans leur globalité ».

« Accorder la priorité à des mesures de protection de la santé collective plutôt qu'à des mesures individuelles »

« Les coûts des mesures de protection et de prévention, en particulier ceux relatifs à la formation des travailleurs et tous ceux résultant des mesures à prendre sont à la charge de l'employeur »

Il est également stipulé dans l'article 6 alinéa 1 de la Ltr (20 mars 1998), que « l'employeur doit prendre les dispositions pour garantir l'intégrité physique et psychique de ses travailleurs, protection de leur personnalité incluse ».

Il est explicitement nommé que cela concerne également les travailleurs entre eux, y compris les relations entre employés et clients de l'entreprise.

2. Harcèlement moral au travail :

Plusieurs auteurs ont décrit le harcèlement moral. Hirigoyen, M-F, dès 1998, a ouvert un débat public et collectif sur ce thème en France. Elle permit de faire inscrire cette notion dans le code du travail.

Elle propose comme définition (2001) « toute conduite abusive (geste, parole, comportement, attitude...) qui porte atteinte, par sa répétition ou sa systématisation, à la dignité ou à l'intégrité psychique ou physique d'une personne, mettant en péril l'emploi de celle-ci ou dégradant le climat de travail » (p.18).

Combalbert, N. & Riquelme-Sénégu, C. (2009) reprennent les propos de la commission européenne sur la violence au travail comme « des situations ou des personnes maltraitées, menacées ou agressées dans des circonstances liées à leur travail, qui mettent explicitement ou implicitement à l'épreuve leur sécurité, leur bien-être ou leur santé » (p.71).

Ces deux auteurs citent également l'association « Mots pour Maux au travail » qui apportent le plus de précisions à cette définition

Un ensemble de conduites et de pratiques qui se caractérisent par la systématisation, la durée et la répétition d'atteintes à la personne ou à la personnalité, par tous les moyens relatifs au travail, ses relations, son organisation, ses contenus, ses conditions, ses outils, en les détournant de leur finalité, infligeant ainsi, consciemment ou inconsciemment, une souffrance dense afin de nuire, d'éliminer, voire de détruire. Il peut s'exercer entre hiérarchiques et subordonnés, de façon descendante ou remontante, mais aussi entre collègues, de façon latérale (Combalbert, N. & Riquelme-Sénégu, C., 2009, p. 72).

Pour mieux comprendre cette souffrance au travail, je vais cibler quelques formes de harcèlement :

- Le mobbing (pression exercée sur un membre)
- Le bullying (rudoyer le personnel)
- Le management par le stress (exercer sur l'ensemble des travailleurs une pression constante)
- Le management par la peur (mettre la pression en utilisant les menaces de perte d'emploi ou de dégradation)
- Le stalking (traquer, contrôler pour éviter une perte de productivité)
- Les menaces d'incompétence

Chacune de ces formes de harcèlement fait l'objet de spécificités.

Leymann a été le premier intéressé à définir le mobbing et rechercher ses caractéristiques.

Les agissements du mobbing ont été classés en 5 catégories :

- a) Empêcher la personne de s'exprimer
- b) Isoler la victime
- c) Déconsidérer la victime auprès de ses collègues
- d) Discrediter la victime dans son travail
- e) Compromettre la santé de la victime

Quant à Hirigoyen, M-F (2001), elle classe les agissements hostiles constitutifs du harcèlement moral ainsi :

- a) Atteinte aux conditions de travail
- b) Isolement et refus de communication
- c) Atteinte à la dignité
- d) Violence verbale, physique ou sexuelle

Que ce soit pour le mobbing ou le harcèlement moral, chaque classification répertorie les agissements:

- Les informations nécessaires pour le travail de la victime sont cachées
- Les tâches habituelles sont retirées
- Les supérieurs ou les collègues ne lui adressent plus la parole, l'ignorent et la mettent à l'écart
- Ses compétences sont niées
- Elle est considérée avec mépris
- Elle est discréditée...

Si tous ces éléments sont considérés de manière isolée, ils peuvent paraître anodins. Et pourtant, la victime peine parfois à nommer et identifier son vécu. L'absence de soutien ou de reconnaissance des collègues et/ou de l'entourage est un facteur aggravant.

D'après Hirigoyen (2001), il n'y a pas de profil type de harcelé. La victime n'a pas, contrairement aux idées reçues, une fragilité particulière. Ce sont plutôt d'ailleurs des personnes qui résistent, qui ont de fortes personnalités, affirmant leur pensée.

Dans son enquête, en France, les femmes seraient victimes à 70% et les hommes à 30%.

En tant que femme, ces chiffres me font réagir. Qu'est-ce que cela signifie dans une société occidentale, où les rôles homme-femme ont été fortement déstabilisés ces trente dernières années ?

Les territoires professionnels et domestiques ont fortement été appelés à changer. La femme est entrée dans cette sphère, a augmenté ses compétences et son niveau d'études, est devenue une cadre et a exercé son influence. Elle a pris du pouvoir dans les entreprises, jusqu'à faire partie des plus grands conseils d'administration.

Jusqu'où ces changements sociaux influencent-ils les rapports de force dans les entreprises ?

Les victimes de harcèlement entre 46 et 55 ans seraient également les plus touchées avec 43%.

De même, 58% des cas proviennent d'un harcèlement de la hiérarchie, 29% proviennent simultanément de hiérarchie et collègues, 12% proviennent uniquement des collègues.

Le harcèlement horizontal est fréquent lorsque les collègues sont en rivalité pour un poste.

Les causes principales du harcèlement moral en entreprise sont:

- Les méthodes de travail stressantes
- La mauvaise communication
- Le formatage
- Le manque de reconnaissance
- La déresponsabilisation
- La soumission des personnes
- La société narcissique

3. Conséquences pour la santé

Toujours selon Hirigoyen, M-F. (2001), au début du harcèlement, les symptômes décrits sont identifiés à ceux du stress:

Irritabilité, anxiété, fatigue, troubles du sommeil, brûlures d'estomac, nervosité, douleurs musculaires.

Par la suite, ces signaux d'alerte vont se modifier et évoluer vers des troubles psychiques graves avec des sentiments d'épuisement, une hypercombativité, de la fatigue chronique, une baisse de l'estime de soi. La dépression est souvent mise en évidence avec des troubles de l'attention et de la mémoire, de la culpabilité, du pessimisme, de l'isolement, une perte de confiance en soi et du sens du métier.

Les sentiments d'impuissance, de colère, de peur, de honte ou d'angoisse sont toujours présents.

C'est un traumatisme, une effraction dans le psychisme. D'ailleurs, les symptômes post-traumatismes décrits dans le DSM IV comme la reviviscence des scènes de violence, d'humiliation, des flash-back, surtout la nuit, peuvent durer des mois voire des années. Ces névroses traumatiques laissent toujours des traces et sont réactivées par des situations de stress. Les victimes ressassent, elles ne comprennent pas ce qui leur arrive. Ces traumatismes peuvent aussi se modifier en des troubles délirants plus ou moins transitoires. Les hallucinations auditives avec des délires de persécution, sont des exemples de symptômes de psychose traumatique. Dans la littérature, il est décrit une pathologie de la solitude, de l'isolement renforçant la souffrance.

Ce qui me semble essentiel à relever, c'est la difficulté à en parler, à trouver les mots et mettre du sens sur les événements. C'est pourquoi, ces situations passent souvent inaperçues au service de santé du personnel ou à la hiérarchie. Ces personnes subissent une grande désillusion et une perte d'espoir conduisant à un écroulement narcissique. Ces conséquences mènent également à des troubles addictifs, des troubles alimentaires ou une hyperagitation.

Le suicide, la perte d'emploi, l'invalidité sont des aboutissements possibles souvent relevés par les médias, en France notamment, ces dernières années.

4. Les conséquences institutionnelles

Les personnes souffrant de harcèlement présentent des difficultés de concentration et un ralentissement dans l'exécution du travail. On constate une baisse d'efficacité et de productivité. Le manque d'initiative sera concomitant avec la perte de confiance en soi, l'absentéisme augmentera les risques d'accidents.

Ce climat de travail délétère engendre des coûts économiques directs et indirects pour l'institution et la société entière.

5. Constats en Suisse sur le travail et la santé

Krieger, R et Graf, M. (2009) relève les points déterminants dans le rapport du Seco concernant le travail et la santé en Suisse :

41% des personnes actives subissent des tensions psychiques et nerveuses au travail dont 61% affirmant avoir peur au travail.

38% des rentes AI en 2007 ont été allouées à des personnes souffrant de maladie psychique alors qu'elles n'étaient que de 29% en 1998. Sur la totalité des rentes AI, la santé et le social représentent 3%, ce qui est considérable.

Il serait intéressant de connaître les facteurs de risque spécifiques à cette population qui reçoit l'AI pour intervenir dans le domaine de la prévention, mais je ne traiterai pas cet objet.

L'hôtellerie et la restauration montrent un taux encore plus élevé de 5%. En comparaison, le taux le plus bas est de 2,1% dans l'enseignement et l'éducation.

77% des personnes actives sont satisfaites de leur travail (ce qui est encourageant), 16% sont moyennement satisfaits et 7% n'en sont pas satisfaits.

Les risques psychosociaux, dans cette étude, sont définis par le stress et le surmenage, la peur, les exigences trop élevées, le mobbing, la nervosité, le traitement incorrect et les tensions au travail. La pression des délais au travail a augmenté depuis 2005.

Les auteurs ont fait des liens avec les indicateurs de stress au travail.

De plus, le soutien des collègues, qui est un facteur essentiel de protection, a diminué.

Les hommes sont soumis à davantage de contraintes physiques et de risques psychosociaux que les femmes. Néanmoins, les auteurs signalent des risques psychosociaux élevés dans la santé et le social avec 47%. Je constate que cette population de travailleurs est très féminine, ce qui me laisse supposer que les femmes de ce secteur sont soumises à davantage de contraintes que leurs collègues des autres domaines.

Les personnes actives, hautement qualifiées, ont davantage de ressources même si elles sont également soumises à plus d'exigences donc de risques psychosociaux.

7,7% des personnes actives disent avoir été confrontées à du mobbing dans les 12 derniers mois alors que ce chiffre était de 4,4% en 2002, ce qui est tout de même préoccupant. La 4^{ème} enquête européenne de 2005 sur les conditions de travail parle de 7,1%.

Néanmoins, 80% des personnes interrogées nomment leur satisfaction au travail.

Les sujets travaillant en équipe mettent plus l'accent sur le fait qu'elles subissent des charges physiques lourdes ainsi qu'une tension psychique forte que les personnes ne travaillant pas en équipe.

Plus le niveau de formation est élevé, plus les risques psychosociaux et la forte tension psychique et nerveuse sont présents. Les postes à responsabilité, donc les cadres, sont facilement soumis à ces difficultés.

Les contraintes psychiques sont également plus élevées chez les 25-34 ans.

6. Le stress et la santé psychique

Dans le rapport édité par Promotion Santé Suisse, Faustinelli, C. (2008) met en évidence des éléments intéressants :

- 31% des employés suisses pensent que leur santé est atteinte à cause de leur travail. Ils citent des symptômes comme maux de tête, stress, douleurs musculaires, quel que soit leur niveau social.
- Les cadres nomment plus volontiers l'épuisement professionnel, le stress et les troubles du sommeil, tandis que les ouvriers disent souffrir plutôt de douleurs physiques.

Dans ce même rapport, l'auteur s'appuie sur une brochure du Seco dont Wenchel (2003) cite les principales sources de stress relevées dont :

- L'insécurité au travail
- Le manque de clarté dans les compétences
- Le manque de soutien et de feed-back
- La pression temporelle
- Le comportement des supérieurs
- Les dangers liés aux conditions de travail
- Les responsabilités importantes
- Les faibles marges de manœuvre
- Le déficit de communication et d'information
- Les troubles de la santé
- Les nouveautés techniques et le surmenage

A l'heure actuelle, dans le monde du travail, les auteurs signalent qu'un grand nombre de facteurs de stress sont devenus incontrôlables. En effet, si l'on réfléchit à l'insécurité au travail, Faustinelli, C. cite les pressions économiques. La quantité de travail est souvent imposée par les clients extérieurs.

Il serait donc illusoire de penser qu'augmenter le sentiment subjectif de contrôlabilité des employés par des cours visant le développement de l'estime personnelle ou l'amélioration des compétences de la personne en coping soit suffisant pour améliorer le niveau de stress et améliorer le bien-être psychique, surtout si les causes du stress ne sont pas sous le contrôle de la personne. L'aide en cas de stress supposerait donc plutôt une restructuration à tous les niveaux et non axée uniquement sur l'individu (Faustinelli, C. 2008, p.15).

Lorsque je pense à ma pratique professionnelle comme formatrice et superviseur, je rencontre effectivement les facteurs de stress cités ci-dessus par les employés des HUG. Au niveau des unités de soins, le rythme de travail a augmenté et les ressources, comme partout, ont diminué. En même temps, la qualité des soins est une exigence. Le turn-over des patients est plus élevé avec une diminution du nombre de jours hospitaliers. Tout cela a des conséquences, très concrètes, sur le travail quotidien des soignants. Dans la brochure du nouveau plan stratégique 2010-2015 (septembre 2010), les HUG décrivent 7 objectifs accompagnés chacun de projets.

L'objectif n°5 correspond à « Attirer et retenir les talents nécessaires à notre activité »
Les projets reliés à cet objectif sont :

- Attraction et rétention des meilleurs talents
- Développement de la mobilité
- Formation, accompagnement et outillage des cadres
- Amélioration du bien-être et de la santé au travail
- Développement des parcours professionnels
- Planification des besoins en ressources humaines

Je suis allée rencontrer la Responsable des Soins du département de psychiatrie et santé mentale aux HUG et mandatée par l'institution pour mener le projet « Amélioration du bien-être et de la santé au travail ».

Durant cet entretien, elle m'a appris que :

En 2006, elle avait réalisé un projet en partenariat avec l'équipe psychosociale des HUG sur l'épuisement professionnel des infirmiers hospitaliers en psychiatrie adulte.

A ce stade, je n'approfondirai pas la thématique de l'épuisement professionnel pour des raisons de limites de champ de mon travail. Cependant, il me semble nécessaire de définir certaines caractéristiques.

Selon Canouï, P & Mauranges, A. (2001) qui reprennent la définition de Bédard, D. & Duquette, A. (1998), « l'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens » (p.16).

Ci-après, quelques caractéristiques :

- C'est un processus dynamique qui peut s'aggraver ou s'améliorer, ce n'est pas une maladie.
- La fatigue et l'épuisement au travail sont présents, la symptomatologie est large.
- C'est une difficulté d'adaptation que la personne ne repère pas toujours rapidement, c'est insidieux.
- L'accumulation et la répétition de stress émotionnel vont conduire à un épuisement et un détachement, voire une certaine déshumanisation de la personne soignée.
- Les facteurs évoqués sont entre autre relatifs à la personnalité, aux motivations profondes de l'être, de son engagement au travail, à l'organisation du travail, au sens et aux valeurs du travail dans notre société.

Lors du projet réalisé aux HUG dans le département de psychiatrie, en 2006, 200 questionnaires ont été envoyés aux infirmiers et 79 ont été exploités. En parallèle, 53 soignants ont été interviewés dans des focus-groupes. Le problème d'épuisement professionnel a été reconnu dans le département de psychiatrie en 2005.

Certains éléments ont été mis en évidence, tels que :

- Le taux d'occupation des lits patients en 2005 était déjà en moyenne de 105-110% avec des pointes de 118%.
- L'introduction de nouvelles applications informatiques avait, durant cette même année, considérablement augmenté les tâches administratives des infirmiers au détriment du travail auprès du patient.
- L'absentéisme était en augmentation en 2005, représentant 17 jours par personne en moyenne 4555 jours d'absence au travail.
- Une augmentation des erreurs professionnelles.
- Un appauvrissement de la qualité des soins par un manque de disponibilité du personnel.

L'échelle de Maslach a été utilisée et a permis de cibler l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation, ainsi que le faible accomplissement personnel. Dans les questionnaires, il est apparu que 15% des infirmiers en psychiatrie adulte présentent un niveau d'épuisement professionnel élevé. En Suisse, la moyenne est de 17% des travailleurs. En outre, 16% des infirmiers montrent un niveau élevé de dépersonnalisation et 1/3 indique un niveau élevé de non-accomplissement professionnel.

Les focus-groupes ont permis d'identifier plus spécifiquement certains thèmes problématiques :

- a) La surcharge générale et notamment la précarisation des conditions de travail.
- b) Le manque de cohésion d'équipe, manque d'autonomie dans les actes de soins, peu de place à la prise d'initiative, perte de transmission du savoir infirmier et de la culture d'entreprise, dévalorisation de la profession et perte d'identité professionnelle
- c) La dégradation des relations avec les patients (violence)
- d) Les tensions entre hiérarchie médicale et infirmière
- e) L'utilisation de l'outil informatique et notamment du dossier patient

L'analyse de ce rapport montre que l'épuisement professionnel n'est pas dû à une problématique de type psychologique mais de type organisationnel.

Tous ces éléments sont révélateurs non pas d'une profession soumise à un stress intense mais plutôt d'une catégorie de salariés d'une institution qui ne prend pas en compte les conditions dans lesquelles ces derniers doivent mener un travail relationnel difficile et ce, sans autre appui direct que celui de leurs chefs, les IRU. (p.33).

Par ailleurs, Il est évoqué l'impossibilité pour les infirmiers « de régler les émotions entre collègues » (p.34), car l'absentéisme peut entraîner un cercle vicieux et les infirmiers présents, « sont toujours plus tentés d'attendre » (p.34) que leurs collègues reviennent, pour être à leur tour en maladie.

De plus, l'accent est mis sur l'importance de changement institutionnel et non pas de « pousser les infirmiers souffrant d'épuisement ou proche de l'être à aller consulter mais plutôt de mettre sur pied une véritable politique de ressources humaines » (p.34)

Il est souligné que « ...de réelles pathologies risquent de se développer...» (...) « ...avec une perte sensible de la qualité des soins par une moindre implication du soignant dans le traitement du patient (p.34).

Actuellement, la Responsable des Soins du département de psychiatrie a confirmé l'absence de statistiques concernant le stress au travail aux HUG.

Par contre, dans le plan stratégique de 2010-2015, certains éléments seront investigués comme la satisfaction du personnel, sa motivation et son engagement. Il n'est pas évoqué le terme de souffrance au travail.

Ce constat rejoint d'une certaine manière les conclusions de Cartwright et Cooper (1996), qui nomment une double responsabilité dans la gestion du stress au travail : celle de l'organisation et celle de l'individu. Or, ils déplorent la tendance à responsabiliser l'individu pour qu'il gère mieux la situation actuelle sans s'occuper réellement des modifications à effectuer dans les conditions de travail.

Parallèlement, ces mêmes auteurs notent que les employés, lorsqu'ils rencontrent des difficultés, se dirigent vers la résolution de problèmes et non pas la gestion des émotions, le lieu de travail ne permettant pas d'accueillir les émotions.

Ce dernier point m'interroge. Les superviseurs pourraient-ils, à l'avenir, travailler avec les ressources humaines pour que ces dernières orientent leurs collaborateurs en difficulté vers cet espace de parole ?

Dans la suite de ce rapport, il est relevé enfin que le stress, le plus dur à supporter, est la restructuration de l'entreprise. Ces événements sont perçus comme incontrôlables et les personnes n'ont pas forcément l'impression d'avoir les ressources à s'adapter.

Les auteurs encouragent les organisations à instaurer les stratégies institutionnelles suivantes :

- Le ré-aménagement du lieu de travail
- Le ré-aménagement de l'environnement de travail
- La flexibilisation des horaires et des programmes
- L'encouragement à un mode de management participatif
- La participation de l'employé au niveau du développement de sa carrière
- L'analyse des rôles et l'établissement d'objectifs
- Assurer un soutien social et un feed-back régulier
- Etablir une politique de travail favorable à la famille
- Partager les récompenses

J'aurais été intéressée à connaître ce qui est effectué au sein de mon entreprise, mais ce n'est pas l'objet de ce travail.

Je me contenterai de cerner le soutien social et le feed-back régulier qui sont plus proches des objets à traiter en supervision.

Faustinnelli, C. (2008) s'appuie sur une définition du soutien social selon Cohen (2004) qui cite, « se réfère à un réseau de personnes pouvant fournir une aide psychologique ou matérielle et améliorant ainsi la capacité d'une personne à gérer une situation de stress » (p.22).

Ce peut être d'ordre informationnel (conseils d'un tiers, informations), instrumental (aide matérielle ou financière, aide dans l'exécution du travail) ou émotionnel (empathie, bienveillance, réconfort et aidant l'expression des émotions).

Cohen insiste sur le rôle central des relations sociales et fait des liens entre ce facteur et la santé physique et psychique.

D'autres auteurs soulèvent, dans ce rapport, les facteurs influençant la santé tels que :

- Kiecolt-Glaser & Newton (2001) concernant la détermination de la quantité d'interactions sociales ainsi que leur qualité.
- Cacioppo et al. (2002) concernant le sentiment de solitude et d'isolation.

Ce qui me semble intéressant à souligner, ce sont les conséquences directes de ce soutien social qui permettent :

- D'augmenter les chances de vivre un événement positif.

- D'agir sur des paramètres physiologiques comme le système cardio-vasculaire, neuroendocrinien et immunitaire.
- D'influencer la perception du stress.
- D'améliorer le coping appliqué.
- D'avoir une influence directe sur le cours des événements stressants.

Dès lors, je crois que le superviseur intervient tout à fait dans le soutien social et le feedback.

La sociologie observe que, depuis quelques décennies, les liens sociaux se perdent progressivement. L'éloignement des liens familiaux, le manque de liens avec son voisinage sont de plus en plus marqués. L'entreprise devient probablement le lieu où les liens sont encore présents, où les personnes se côtoient le plus longtemps. Or, actuellement, par la spécialisation et la fragmentation poussée du travail, il y a une réduction de soutien social. Selon Baechler et al.(2003), cité par Faustinnelli, C. (2008) « la conjoncture favorise l'apparition de tensions au sein de l'entreprise, ne pouvant que détériorer la qualité des relations. En effet, les personnes stressées sont moins capables d'empathie et de sensibilités personnelles» (p.28).

Lors de ma pratique de formatrice, je suis très investie dans la période de santé communautaire qui s'articule avec la santé mentale.

La prévention primaire, secondaire et tertiaire est développée avec les étudiants de spécialisation en santé mentale et psychiatrie. Les terrains de stage sont divers et les populations ciblées sont nommées selon les lieux, usagers, résidents, patients, clients ou employés lorsqu'il s'agit de service de santé du personnel.

Je fais ainsi un lien avec les concepts de santé mentale, de psychologie de la santé, d'éducation à la santé et d'empowerment que j'enseigne.

Ce thème de « souffrance au travail et supervision » fait aussi intervenir ces thèmes et j'ai acquis des compétences dans ces domaines.

Comment pourrais-je les utiliser de manière pertinente ? J'ai de plus en plus le sentiment que les différents domaines de savoir sont à assembler de manière à être davantage complémentaires.

D'ailleurs, Faustinnelli, C. (2008), confronte l'importance de travailler avec les collaborateurs et la manière d'utiliser leurs compétences. Il cite «l'enjeu restera donc de mettre en place un terrain favorable, faisant comprendre aux employés que leurs compétences jouent un rôle central pour l'amélioration de la situation (...). Les employés connaissent mieux les postes de travail que leurs supérieurs et sont, du coup, des interlocuteurs centraux dans l'élaboration de solutions préventives» (p.77).

D'après les mêmes auteurs, l'approche positive de la compétence en matière de santé psychique devrait être approfondie. En effet, les facteurs de protection de la santé psychique sont encore peu développés.

La compétence en matière de santé est définie par l'Institut de Médecine Sociale et Préventive de Berne comme « la compétence à mener une vie saine qui se base sur le savoir (...) Ce savoir est surtout transmis par la culture et l'éducation. Hormis le savoir pratique, ce modèle de compétence en matière de santé contient également un savoir spécifique qui concerne les risques de santé individuels et collectifs ou encore les mesures d'amélioration des conditions de santé » (p.50).

Ce concept s'articule avec celui de l'empowerment, puisque c'est un « processus au travers duquel les individus, les organisations et les collectivités se responsabilisent et prennent le contrôle par rapport à des sujets qui les concernent directement » (p.51).

La compétence de santé est donc un élément à part entière de l'empowerment.

C'est pourquoi, si l'on suit les recommandations du Seco, l'entreprise est un lieu central pour favoriser ces deux aspects.

« Quand on se sent compétent, on comprend mieux les enjeux et on se sent plus impliqué donc plus motivé à participer » (p.51).

En supervision, comment favoriser cet empowerment et ces compétences de santé ?

7. Psychodynamique du travail

Le regard de la psychodynamique du travail est incontournable pour traiter la problématique de la souffrance au travail. Il m'est d'autant plus précieux que la théorie psychanalytique m'est familière dans ma pratique depuis plus de 15 ans.

Je me suis donc basée sur les observations de Déjours, Grenier-Pezé et Molanier et vous présente les éléments suivants :

Le rapport au travail n'est jamais neutre. Il favorise autant la santé que la maladie, le meilleur ou le pire. Il est rempli de subjectivité où l'histoire de vie du travailleur s'imbrique dans son histoire professionnelle. L'un façonne l'autre. Pour la vie psychique, il n'y a pas de frontière entre travail et hors-travail, tout est lié.

Lorsque la vie professionnelle accroît ses contraintes, les conséquences se répercutent dans la sphère privée. A l'inverse, les conflits familiaux, les séparations, les obstacles inhérents à la vie personnelle sont également dommageables à l'activité professionnelle. L'étiologie de la souffrance ne s'impose donc pas toujours au clinicien. Il faut d'abord trouver l'alliance avec le patient ou le client pour chercher les éléments qui ont provoqué une déstabilisation puis en comprendre le sens ensemble.

Pourquoi les symptômes apparaissent-ils maintenant ? Quels sont les changements vécus ces derniers temps ? Quelles étaient les contraintes et les ressources internes et externes ? Se sont-elles modifiées ?

Ces questionnements montrent déjà la complexité de cette clinique. Malgré les nombreuses contradictions rencontrées dans la pratique, la centralité du travail est essentielle à reconnaître dans la construction identitaire du sujet.

La supervision développe, selon moi, cette construction identitaire.

Chaque secteur professionnel relève d'une singularité. Des valeurs sont connotées positivement ou négativement selon le milieu où l'on exerce.

Ainsi dans le bâtiment, Déjours C.(2010) remarque les conduites viriles des ouvriers qui font face aux situations à risque sur un chantier. Les comportements dangereux, la témérité et la désobéissance sont mis en valeur pour éviter de sentir la peur. Cette dernière est contournée par des défenses collectives où toute trace de plainte ou de souffrance est niée. La présence de l'alcool est dès lors, plus compréhensible, car elle permet convivialité et sociabilité. La cohésion de groupe si précieuse est préservée. Ceux qui ne peuvent plus relever le défi pour cause de fatigue, de maladie ou d'accident, sont alors exclus du groupe. Pourtant ces stratégies défensives sont essentielles pour continuer à travailler et le clinicien doit, dans la mesure du possible, suspendre son jugement.

Il existe toute une série de stratégies collectives de défense, à chaque fois spécifiques de la situation de travail. On peut montrer, si l'on pénètre davantage dans le détail, que la souffrance, dont les stratégies défensives tentent d'assumer la maîtrise mentale, est toujours intimement liée aux contraintes organisationnelles du travail (Déjours, C., 2010, p.31).

Je n'ai pas trouvé de stratégies spécifiques au milieu soignant dans mes lectures. C'est toutefois une piste de réflexion que j'aimerais explorer dans ma future pratique.

La notion de normalité est au cœur de ce regard lié sur le travailleur et repose des questionnements tels que : qu'est-ce que la santé ou la maladie ?

Selon le même auteur, « Un même comportement n'a pas le même sens selon qu'il s'articule à une stratégie sophistiquée de lutte pour la santé ou selon qu'il s'inscrit dans un syndrome de décompensation psychopathologique » (p. 27).

Il plaide pour une approche compréhensive où le clinicien n'est pas un expert.

La psychodynamique du travail s'est beaucoup centrée sur l'axe de la reconnaissance du travail accompli. L'importance de se sentir utile dans le collectif est essentielle ; l'employé se

sent à sa place, développe un sentiment d'appartenance et peut supporter bien des contraintes sans les percevoir.

Lorsque le sujet a pu choisir son métier et l'exerce avec un certain équilibre, Grenier-Pezé, M. (2010) parle du travail comme « source de plaisir et de sublimation. Psychisme et corps agissent de concert pour une production valorisante » (p.113).

Par des exemples, elle montre comment s'articule psychosomatique et histoire des patients. En effet, les gestes du métier participent à la construction de l'identité à plus d'un titre :

- Par la loyauté identificatoire résultant de la famille. L'enfant observe et copie les adultes.
- Par la racine gestuelle. Les dynamismes musculaires sont différents selon les cultures et les appartenances professionnelles
- Par l'identité sexuelle. Chaque genre apprend par son éducation et sa culture à modeler son corps, à tenir des postures différentes.

C'est pourquoi, le corps est tout le temps en jeu par les gestes du métier. En parlant du harcèlement moral, Grenier-Pezé, M. (2010) dit « toucher aux gestes du métier, c'est inévitablement contraindre le corps. Si les gestes de métier sont une source fondamentale de stabilisation de l'économie psychosomatique, rendre leur exécution aléatoire, paradoxale, déqualifiante, jour après jour, a des effets traumatiques pour la psyché » (p.116).

Elle dénonce également les méthodes de management poussant à l'erreur et à la déstabilisation. Elle, aussi, parle de l'idéologie défensive interdisant l'expression de la peur et de la souffrance au travail. Il y a actuellement

Une autorisation de l'utilisation de pratiques délétères comme méthode de management pour obtenir la reddition émotionnelle de tous. La fabrication de harceleurs repose donc sur l'intériorisation psychique et corporelle de techniques systématisées, permettant d'adhérer au monde du travail et de s'arranger avec les principes d'appartenance au groupe dominant qui mettent en valeur dureté, discipline et épreuves corporelles (Grenier-Pezier, M., 2010, p.118).

Les soignants et les professionnels du social proviennent d'un champ d'activités où la place de l'Autre est au centre. Il m'apparaît qu'une certaine inconscience ou naïveté se manifeste parfois et que les propos de Grenier-Pezier, M. pourraient être vécus comme inimaginables. L'auteur dénonce le blindage, l'ambiance négative et le manque de solidarité. Les cadres sont tout aussi victimes que bourreaux, essayant eux-mêmes de préserver encore le peu de santé qu'il leur reste. Signifier ses difficultés, c'est oser se montrer faible et par voie de fait indigne de la place occupée. La survie est souvent symbolisée par le silence.

Le travail exige un engagement total allant parfois jusqu'à renoncer à sa propre identité et à ses valeurs, poussant jusqu'au suicide.

Molinier, P. (2010), propose une réflexion intéressante sur le care, les soignants et l'hôpital. Elle décrit les préoccupations gestionnaires au détriment des préoccupations soignantes. Elle s'appuie sur les travaux de Tosquelles et d'Oury pour développer sa pensée sur la clinique du travail. Elle prône une organisation du travail centrée sur le souci de l'autre. Cela signifie notamment, faire quelque chose d'utile pour l'autre. Prendre soin de ceux qui prennent en soin. Elle nomme certaines caractéristiques du caring comme le travail psychique et la réflexion que cela nécessite, mais également la prise en compte essentielle de la parole du subalterne. Les savoir-faire discrets d'un collectif restent souvent dans l'invisible, ce sont de petits riens, néanmoins efficaces. Ce travail est « inestimable car sa valeur n'est pas estimable selon les lois du marché » (p.161).

On parle de plus en plus de qualité à l'hôpital, mais les attentes des acteurs tels que patients, familles, soignants et administratifs se différencient. Les chartes de qualité sont parfois loin du travail réel et mettent en défaut le personnel, surtout le moins formé. On ne peut pas prétendre à une éthique du care sans une élaboration de l'expérience vécue.

L'auteur nomme « l'attention aux autres génère de la souffrance, de la gêne, du malaise, du dégoût, de la peur, de l'excitation, du chagrin, parfois aussi de la haine » (p. 167).

Pour travailler les défenses mises en place par les équipes soignantes, la subjectivité doit pouvoir être entendue. L'articulation entre les logiques soignantes et gestionnaires est à encourager.

Cette pensée corrobore l'analyse du rapport sur l'épuisement professionnel des infirmiers en psychiatrie adulte aux HUG.

Par ailleurs, les espaces de supervision ou d'analyse de la pratique sont souvent relégués à des temps meilleurs. Bien des équipes de soins somatiques ne connaissent pas ces espaces de réflexion. Ce n'est malheureusement qu'au détour d'une formation longue durée que les professionnels découvrent ces pratiques. Ces dernières sont source de satisfaction et ils ont parfois l'espoir de promouvoir ces pratiques dans leur service. Le manque de temps est toujours incriminé ainsi que le manque de ressources en personnel.

En psychiatrie, seul département connaissant bien ces espaces de réflexion, la problématique se pose un peu différemment. Les sentiments d'insécurité au sein de l'équipe sont parfois présents et le regard des collègues trop menaçants. Les défenses collectives se manifestent et ce qui devrait être nommé est indicible. Se considérer comme vulnérable dans certaines situations, dépendant du collectif pour trouver une alternative, semble une honte.

Dans cette première partie, j'ai ressenti le besoin d'explorer la littérature sur la thématique de la souffrance au travail. J'ai renoncé à poursuivre cette quête pour me recentrer. Je sais que cela fait partie du travail d'élaboration. Tâtonner, explorer, recentrer. Un mémoire c'est aussi accepter qu'il soit inachevé. Les sentiments de toute-puissance inhérents à ce type de démarche sont remis à leur juste place.

Dans la seconde partie, je vais poursuivre sur la thématique de la supervision.

III. LA SUPERVISION COMME ESPACE DE REFLEXION

1. Définition et objectifs

Selon l'Association Romande des superviseurs (2010) :

La supervision stimule le développement professionnel et personnel et amène le supervisé à s'interroger sur ses attitudes, ses paroles, ses perceptions, ses émotions et ses actions. Elle vise à développer la lucidité ; elle aide à prendre de la distance et donc à mieux gérer des situations complexes. Elle favorise l'intégration de l'expérience et l'intégration des supports théoriques.

La supervision porte sur des situations actuelles et concrètes de la réalité professionnelle. Dans les nombreux buts qu'elle vise, je mettrai l'accent sur les éléments intéressants que j'ai trouvés dans l'article de Tschopp, F., Kolly-Ottiger, I., Monnier, S. & Tissot, S. (2007).

J'ai mis en lien les différents objectifs de la supervision avec la thématique de la souffrance au travail :

- Développer la conscience des actes, de ses responsabilités et de son engagement
- Améliorer les compétences professionnelles et le confort personnel
- Développer sa capacité à créer des liens interpersonnels, à travailler et coopérer en équipe
- Perfectionner les outils de travail
- Prendre de la distance sur son engagement et ses émotions
- Comprendre et analyser son fonctionnement professionnel
- Identifier et analyser les contraintes institutionnelles, culturelles, sociales, économiques et politiques
- Identifier les causes de la souffrance et du stress vécu au travail

- Sortir de l'isolement
- Eviter de porter seul les contradictions sociales
- Déceler les différents enjeux relationnels, systémiques...
- Clarifier sa propre histoire et la problématique énoncée dans le milieu professionnel
- Analyser les structures institutionnelles et dynamiser les positions des différents acteurs

Ces objectifs, je les retrouve lorsque je suis confrontée à la souffrance au travail.

Je rajouterais l'importance d'identifier les ressources internes et externes pour surmonter les obstacles.

Les auteurs évoquent explicitement l'évolution des professions au sein du domaine social et de la santé avec l'arrivée de nouvelles fonctions, des changements identitaires et des exigences institutionnelles. Ces différents facteurs font souvent vivre aux collaborateurs des sentiments d'échec, de culpabilité, d'épuisement et de démotivation.

Pour elles, « la supervision et les interventions institutionnelles proposent certains outils pour y faire face dans la mesure où elles ouvrent des espaces pour questionner les manières de faire des professionnels dans les institutions » (p.23).

Les dispositifs de supervision s'adressent parallèlement à des étudiants dans un processus de formation et/ou à des professionnels. Ces interventions sont individuelles ou collectives selon la demande du supervisé, du lieu de formation, de la hiérarchie ou de l'institution.

Les supervisions en groupe ou en équipe permettent de travailler plus spécifiquement le partage, le lien entre les membres et de favoriser le soutien mutuel.

Les valeurs de chacun, les conflits entre certaines personnes de l'équipe ou du groupe et l'organisation seront ainsi approfondis en présence de tous.

Nous constatons, là, que les outils utilisés seront donc singuliers à la situation présentée et adaptés aux possibilités de chacun.

2. Le cadre

La supervision s'énonce par un contrat clairement défini avec un nombre de séances (reconductibles si nécessaire), un rythme convenu entre le superviseur et le supervisé, une clarification de la demande. Le temps est nécessaire pour entrer dans un processus de maturation.

Lorsque je rencontre la première fois le supervisé dans mon bureau, je définis le cadre de la supervision et nous faisons connaissance à travers son parcours de professionnel. C'est l'occasion pour moi de mieux comprendre ce qu'il vient chercher, et d'ébaucher ses désirs d'évolution professionnelle.

La fréquence est discutée et je propose souvent 90mn, ce qui me semble plus confortable pour prendre le temps de la réflexion.

La confidentialité est un élément essentiel et demande d'y revenir parfois durant le processus.

Durant cette première séance de supervision, je précise ces règles, le lieu, le temps et les absences possibles. J'explore également avec le supervisé, s'il a déjà pratiqué la supervision individuelle, en groupe ou en équipe. Je l'aide à identifier les représentations qu'il a de cet espace, ses attentes. Je le définis aussi en mettant au centre la co-construction.

Je laisse la place à ses questions, qu'elles portent sur cet espace, sur mon parcours professionnel ou autre.

3. Le processus de supervision et la crise

En théorie, la supervision relève d'un travail d'accompagnement entre le superviseur et le supervisé. La relation est asymétrique. C'est une co-construction progressive amenant chacune des parties à identifier son vécu et à le travailler à l'intérieur de la supervision.

Selon les mêmes auteurs cités précédemment, « c'est une aire de rencontre » au sens de Winnicott « favorable à la créativité (...) La recherche du sens des actions est alors possible et la pratique professionnelle devient moins confuse, car moins engluée dans l'affectif, moins aveuglée par les enjeux émotionnels » (p.32).

Pour conclure, Tschopp, F., Kolly-Ottiger, I., Monnier, S. & Tissot, S. (2007) mettent l'accent sur un élément clef pour moi dans ce travail : les attitudes à favoriser chez les superviseurs. Effectivement, elles nomment l'importance de la qualité d'écoute des intervenants face à la complexité des situations. J'y reviendrai dans le chapitre sur les attitudes et les outils.

Pour l'instant, je me dirige vers la question de la crise et des émotions en supervision puisque, dans la souffrance au travail, ce thème est prédominant.

Lebbe-Berrier, P. (2007) aborde ce questionnement. Cet article a éveillé un intérêt personnel, car il reprenait des notions systémiques.

L'école de Palo Alto m'est connue puisque j'enseigne les bases de l'école systémique.

Pourtant, je me rends compte que je n'utilise pas suffisamment certains concepts concrètement dans les supervisions. C'est pourquoi, je m'y attarderai à travers ces quelques lignes.

Tout d'abord, la notion de crise qu'elle définit comme « cet état provisoire qui peut émerger soit par trop de stress et donc une perte des mécanismes d'adaptation, soit par rigidification, amenant une paralysie et une désorganisation » (p.149).

Elle relève l'aspect du temps limité de la crise et de l'opportunité d'un moment fécond pour le changement.

La supervision permet donc à l'émotionnel de s'exprimer, « un sas de dégagement » (p.142), c'est un espace tiers où l'intervenant est présent pour contenir ce qui ne peut plus l'être.

Ainsi, l'accompagnement de personne en état de crise est délicat tant dans le travail social, que dans le domaine de la santé ou comme superviseur. Il demande à soutenir tout en laissant la personne trouver sa solution, son nouvel état d'équilibre.

L'homéostasie est une notion que je ne pratique pas de manière consciente dans la supervision.

« C'est cet état d'instabilité contrôlée, autorégulée entre des forces de changements et des forces de maintien présentes en même temps, ce qui exige de chacun d'entre nous des ajustements fréquents... » (p.146).

Lorsque nous sommes confrontés à un obstacle, nous tentons toujours les mêmes solutions, nous faisons toujours un peu plus « du même ». Or, la supervision est là pour requestionner ce « même », trouver d'autres équilibres, d'autres adaptations possibles, un « autre mode homéostatique » (p.146).

La position basse du superviseur est alors indispensable pour aider le supervisé à se responsabiliser et à rester acteur de son changement.

L'auteur évoque également les résonances du supervisé pouvant parfois le précipiter dans la crise lorsqu'il est confronté à une situation trop proche de celle vécue.

Elle cite notamment les situations de maltraitance, de violence et de harcèlement auxquelles le professionnel est confronté. Elle insiste sur l'importance de sortir de l'emprise par un tiers extérieur, en l'occurrence, le superviseur. Elle cite, elle aussi, combien l'angoisse empêche la réflexion notamment dans le harcèlement.

Elle propose de travailler principalement sur trois axes d'accompagnement:

- La perception de l'événement souvent déformé et remettre de la réalité et du concret
- Etre un soutien dans le terme, d'étayer le sens, de rechercher des soutiens relationnels avec la personne et dans son réseau
- Prendre en compte les difficultés de réadaptation et de retrouver les mécanismes appropriés pour faire face (p.152)

Avoir travaillé la crise, avec des usagers, favorise certains transferts de compétences en supervision. L'écueil possible est de franchir la barrière thérapeutique dans le processus de supervision. Or, comme le souligne l'auteur

Un travail d'élaboration prend du temps, ainsi que la remise de l'événement dans son contexte d'émergence et dans l'histoire ou le lieu. Tous ces mouvements sont à mettre en mots, en reconnaissance du vécu exceptionnel de ce temps de crise, mais sans jamais déborder sur un travail thérapeutique, qui peut certes se révéler nécessaire, mais dans un ailleurs (Lebbe-Berrier, P., 2007, p.150).

Cette question du thérapeutique m'a habitée parfois, surtout lorsque le supervisé refusait de rencontrer un thérapeute. Des sentiments d'inquiétude pour sa santé mentale m'ont accompagnée et c'est à l'occasion d'une supervision pour moi-même que j'ai clarifié mon positionnement.

IV. DES ATTITUDES ET DES OUTILS POUR ACCUEILLIR LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

1. L'approche Centrée sur la Personne et ses attitudes

Un certain nombre d'attitudes utilisées en relation d'aide sont, d'après moi, transférables à la supervision. Le supervisé a besoin de soutien et de validation de ses sentiments et émotions. La littérature sur la souffrance au travail l'a d'ailleurs bien explicité.

Commençons d'abord par définir la relation d'aide, selon l'approche Centrée sur la Personne, développée par Rogers.

Relation dans laquelle l'une au moins des parties prenantes a pour objectif d'encourager l'autre (individu ou groupe) à s'épanouir, à se développer, à mûrir, à mieux se porter et à mieux faire face à la vie. En d'autres termes, c'est une relation dont l'un des membres s'efforce de faire advenir, chez l'autre et/ou chez lui, une meilleure appréciation, une meilleure expression et un meilleur usage de ses ressources intérieures latentes (Kirschenbaum H & Land Henderson, 2001, p.139).

Cette définition se rapproche parfois de la supervision, même si cette dernière concerne uniquement les situations professionnelles actuelles. C'est pourquoi, je me suis appuyée sur cette théorie pour dégager quelques similitudes et notamment lors de souffrance au travail.

Dans l'Approche Centrée sur la Personne, le thérapeute aide le client à ouvrir sa défensivité, à prendre conscience de ses besoins, des exigences sociales et environnementales.

En effet, j'ai remarqué, dans la littérature de la première partie de ce travail, à quel point la personne ne tient plus compte de ses besoins et de ses limites.

Elle se perd dans le regard des Autres, ne se reconnaît parfois plus dans ses réactions, ses comportements.

L'humiliation, le mépris sont des vécus très intrusifs pour la psyché et péjorent grandement l'estime de soi jusqu'à perdre une partie de son identité.

Selon Rogers, l'être humain a besoin d'aimer et d'être aimé. S'il peut être au plus près de lui-même, l'individu équilibre ses tendances violentes et égoïstes avec son besoin de proximité, de lien social.

Dans le processus thérapeutique, le client accède progressivement à la notion de « Vie pleine » nommée par l'auteur.

Cette dernière engage la personne dans un vécu tantôt prospère, tantôt inquiétant. Comme l'individu est de plus en plus ouvert à sa sensibilité, il vit plus intensément la tristesse, la colère, la joie, l'amour, la peur ou autres sentiments et émotions. Cette nouvelle posture lui permet de grandir, de mûrir et de se positionner plus librement.

Pour Rogers, C. (1996), il y a huit conditions pour qu'il y ait une modification structurelle de la personnalité dans la thérapie.

Toutefois, lorsque six conditions ne sont pas remplies, ou seulement partiellement, il n'y aura pas de modification positive de la personnalité.

Concernant l'apprentissage de ces conditions, il parle de qualités qui s'acquièrent avec l'expérience, pas dans les livres.

Même si l'objectif n'est pas identique, c'est-à-dire que dans la supervision, nous n'oeuvrons pas pour une modification de la personnalité, les conditions intervenant dans ce processus me semblent être utiles en supervision.

Le supervisé peut mieux s'investir dans ses relations professionnelles, transformer ses représentations, ses comportements au travail et parvenir à une plus grande maturité pour reprendre les termes de Rogers.

Quant à diminuer ses conflits internes, comme définis par l'auteur, incitant à une modification de la personnalité, je pose l'hypothèse que le professionnel apprendra durant le processus de supervision à se positionner différemment. Il clarifiera ses émotions et ses pensées pour mieux aborder les difficultés inhérentes vécues dans les professions de relation d'aide.

Je vais reprendre les six conditions définies par Rogers et je vais livrer une analyse de chacune de ces conditions sous l'angle de la supervision:

a) L'existence d'un contact entre deux personnes

Il y a bien existence d'un contact entre deux personnes, mais il n'est pas thérapeutique. Néanmoins, il y a une rencontre régulière entre superviseur et supervisé, avec un contrat posé entre les deux parties. Le travail de supervision se base sur la différenciation du vécu du superviseur et du supervisé, ainsi que sur la dynamique relationnelle.

b) L'existence chez le client d'une discordance intérieure, d'une vulnérabilité, d'une anxiété

Lors de la demande du supervisé, ses questionnements professionnels proviennent régulièrement d'une discordance intérieure, de doutes et de l'expression d'une vulnérabilité. Les résonances émotionnelles apparaissent avec une certaine anxiété. En travaillant justement sur le ressenti de l'étudiant, des pistes de réflexion supplémentaires sont dégagées.

c) L'authenticité relationnelle du thérapeute

Chalifour (1989) cite Rogers (1969) qui définit l'authenticité ainsi « Etat d'accord interne entre ce que la personne est réellement, ce qu'elle perçoit, pense, ressent d'elle et ce qu'elle communique » (p.155).

Plus le thérapeute est lui-même dans la relation, moins il s'abrite derrière une façade professionnelle, ou personnelle, et plus grandes sont, pour son client, les chances de changement et d'épanouissement. Il manifeste ouvertement dans ses attitudes, ses sentiments à un moment donné. Il y a concordance entre son ressenti au plus profond de lui-même, ce dont il est conscient et ce qu'il montre à son client.

Cependant, le thérapeute n'exprime pas tout son ressenti au patient. Il restitue certains éléments, après avoir mûrement réfléchi au sens et aux conséquences dans cette relation. Le superviseur peut s'inscrire tout comme le thérapeute dans cette attitude.

d) L'empathie

Rogers définit l'empathie ainsi (1969) : « ...consiste à percevoir avec précision le cadre de référence interne de l'autre, les composantes émotionnelles et les significations qui s'y rattachent, comme si l'on était la personne elle-même mais sans jamais perdre de vue le « comme si ».

Le thérapeute essaye de comprendre avec acuité et empathie les pensées et le vécu de son client. Il s'approche de la réalité intime du client comme si c'était la sienne.

Ainsi, il se fait l'écho de ce client. Rogers parle même de « pénétration empathique ».

Le thérapeute perçoit les sentiments du patient et le sens de ses paroles.

Les remarques sont en phase avec l'humeur et les propos du client. Enfin, le ton du thérapeute témoigne son entière aptitude à partager les sentiments du client.

Le superviseur utilise également cette attitude.

e) Un regard inconditionnellement positif

Quand le thérapeute s'ouvre avec chaleur et authenticité, il fait l'expérience d'un regard inconditionnellement positif. Cela demande au thérapeute que les sentiments négatifs du client (le mal, la peur, le repli sur soi, l'anormalité...) soient acceptés comme des sentiments positifs (le bien, la maturité, la confiance...).

Le client est encouragé à vivre le vécu, à l'accueillir; c'est une ouverture nécessaire au changement.

Je pense qu'il y a des parallèles avec le travail effectué en supervision. Par le respect chaleureux, le superviseur croit au potentiel du supervisé, à son évolution possible.

f) La perception du thérapeute par le client

Le client devrait sentir la compréhension empathique et la considération positive inconditionnelle portées par le thérapeute. Si le patient ne les perçoit pas, le processus thérapeutique est bloqué.

Dans le processus de supervision, je crois que la dynamique relationnelle vécue par le supervisé relève les mêmes items.

Par ailleurs, Rogers (1984) a beaucoup travaillé dans l'enseignement et propose au formateur un axe réflexif sur son impact relationnel entre l'apprenant et lui-même. Pour cet auteur, l'essentiel pour l'apprenant est :

- D'être dans une relation authentique
- D'être valorisé sur ce qu'il ressent, ce qu'il pense, ce qu'il est. D'être aimé sans possessivité.
- D'avoir fondamentalement confiance en ses capacités
- Que le formateur accepte les sentiments négatifs (rivalité, rejet, autorité, impression personnelle de médiocrité) comme les sentiments d'ambivalence (indolence, hésitations, tâtonnements)
- De bénéficier d'une compréhension empathique

Il affirme qu'avant l'empathie, devrait exister l'authenticité. Personne ne peut être empathique avec tout le monde, tout le temps. C'est beaucoup plus compliqué qu'il n'y paraît. Pour être honnête dans la relation, je ne peux parler que de moi, car je ne sais pas ce qu'il se passe pour l'Autre.

L'authenticité est également compliquée à atteindre. Cela exige de ressentir ses propres sentiments, d'en avoir conscience et surtout de risquer le partage avec autrui, sans jugement, sans trompe-l'œil. C'est une question de patience, de cheminement intérieur. La notion de temps est essentielle afin que le professionnel en supervision apprenne à identifier son vécu, à l'accepter et à se comprendre.

Ces notions sont simples à énoncer et pourtant elles sont complexes à vivre dans la relation. Ces attitudes relèvent du savoir-être et elles ne s'appliquent pas comme des techniques. Ce sont des prédispositions, elles s'inscrivent dans l'histoire de chacun et grandissent selon le parcours personnel.

2. D'autres attitudes possibles

Les attitudes développées dans la relation d'aide par Chalifour (1989) sont également intéressantes à utiliser en supervision telles que :

1. La spécificité :

Elle concerne la clarté et la précision de la communication de l'aidant.

Chalifour parle de l'aidant et de l'aidé dans la relation d'aide. Je peux, bien sûr, adapter ces termes à la communication entre le superviseur et le supervisé.

Il définit cette attitude en citant Carkhuff (1969) : « ...accroître le niveau de compréhension de l'aidant et de l'aidé concernant non seulement les émotions et les expériences spécifiques de l'aidé en dehors des entretiens mais aussi celles vécues au cours des interactions entre l'aidant et l'aidé. »(p.87).

Dans la supervision, le supervisé mettra progressivement des mots sur son vécu afin d'atteindre une connaissance toujours plus concrète et précise de lui-même.

Cependant, la spécificité est à utiliser avec parcimonie. Elle peut être ressentie comme menaçante, si le mode interrogatoire du superviseur est trop marqué.

2. La confrontation

Chalifour (1989) cite également Trottier et Gosselin :

Fondée principalement sur la compréhension que l'aidant a du monde subjectif de l'aidé, la confrontation est un ensemble d'interventions actives de l'aidant visant à la réduction de distorsions ou de contradictions observables dans la conduite de l'aidé et dans la communication avec lui; ces distorsions sont reliées aux perceptions que l'aidé se fait de lui-même, de son monde intérieur et extérieur, de même qu'aux perceptions qu'il a de l'aidant et de la relation qu'il vit avec lui (Trottier et Gosselin, 1982, p.360).

La confrontation est souvent identifiée comme un blâme. Elle est un levier intéressant pour autant que les sentiments de sécurité soient suffisamment présents dans la dynamique relationnelle. Elle doit toujours être accompagnée de respect chaleureux, de bienveillance et de compréhension empathique.

Chalifour (1989) cite le but de la confrontation avec les termes suivants « ...prendre conscience de la présence en lui de l'incongruence qui le paralyse et l'empêche de progresser. » (p.169)

3. L'immédiateté

En séquence de supervision, je suis très familière avec cette attitude. J'interroge comment le supervisé perçoit la relation entre nous à ce moment-là, ou je fais un bilan de l'évolution de notre relation. Je l'aide ainsi à expliciter ce qui est parfois agréable et/ou compliqué dans notre relation. L'immédiateté renforce toujours dans mon expérience la qualité du lien.

Chalifour reprend une définition d'Auger (1972) : « ...attitude de l'aidant par laquelle ce dernier vit intensément le moment présent de sa relation avec son aidé et n'hésite pas à reformuler en clair la part des communications de son aidé qui semblent être dirigées plus ou moins directement vers lui et vers leur relation réciproque » (p.77-78).

3. La théorie de l'attachement

Pierrehumbert, B. (2003) reprend les théories de Bowlby et montre l'évolution du concept d'attachement ces trente dernières années.

Selon ce dernier, un système d'attachement se définit comme le maintien de la proximité et du sentiment de sécurité. Dans la relation mère-bébé, ces deux éléments sont présents. Des signes favorisent la proximité comme les vocalisations, les pleurs et les sourires.

Lorsque le bébé se sent suffisamment sécurisé, il explore le monde environnant.

Pour Bowlby, les comportements d'attachement et les comportements d'exploration seraient ainsi activés ou désactivés, en miroir, selon les circonstances.

Les éléments activateurs du système sont les conditions indiquant un danger ou entraînant un stress.

Ils sont divisés en deux classes :

- Les facteurs internes à l'enfant, comme la douleur et la fatigue
- Les facteurs externes à l'enfant liés à l'environnement comme un stimulus effrayant, de la solitude ou la présence d'étrangers.

L'attachement servirait donc l'autonomie de l'individu et non sa dépendance comme on pouvait le supposer dans les années 50.

En supervision, je remarque des similitudes. En effet, durant le processus, le superviseur devient souvent une figure importante pour le supervisé. Progressivement, un climat de confiance est instauré, le cadre, mis en place, permet des repères sécurisants.

L'attachement s'invite au cœur de la relation.

Dans les situations de souffrance au travail, au sens large, j'ai constaté que la personne est déstabilisée, en perte de confiance et d'estime de soi.

C'est pourquoi, je me suis orientée vers des pistes de réflexion sur le thème de la reconnaissance développées par J-C. Métraux (2007), anthropologue et psychiatre pour enfants et adolescents.

4. La reconnaissance

L'humiliation et le mépris vécus dans une relation professionnelle sont de véritables traumatismes tout comme les situations de migration dont parle l'auteur.

Je connaissais les travaux de J-C. Métraux sur le don et le contre-don, l'aspect essentiel de partager des « paroles précieuses » dans la relation thérapeutique. Dans cet article, il revient sur l'échange pour lui inégal entre le thérapeute et le client. Ce dernier apporte un dévoilement de soi, des émotions, des croyances et des valeurs alors que le professionnel lui offre des « paroles monnaies ». Lorsqu'il y a eu humiliation, rejet, mépris et exclusion vécus, certaines paroles de reconnaissance permettent de rétablir une relation de réciprocité.

Or, dans la souffrance au travail, le regard de l'Autre posé sur soi peut permettre de retrouver progressivement confiance en soi et dans le lien à l'Autre.

L'auteur en parle ainsi (2007) « Dans la mesure où la reconnaissance nourrit le lien qui, en son absence, s'assèche, qu'elle témoigne de la confiance en autrui et de la valeur qui lui est accordée, toute parole l'attestant appartient au registre des paroles précieuses. » (p.60).

En supervision, il me semble possible d'intégrer certains aspects de la réflexion de cet auteur. Il encourage notamment de nommer les points suivants :

- Ses propres sentiments d'impuissance et d'incompétence face à cette situation
- Les manifestations d'indignation face à l'inacceptable
- Les témoignages de souffrance perçue
- La divulgation de ses propres croyances et valeurs
- Le partage du sens donné à ses actions
- La gratitude de ce qui est partagé ensemble
- Les « capacités » de la personne, son pouvoir de dire et d'agir

Cela demande auparavant de clarifier « les similitudes fondamentales » entre Soi et l'Autre, mais aussi ce qui m'est inconnu comme expérience dans l'histoire de la personne :

Ainsi, progressivement, s'installe une reconnaissance mutuelle, l'auteur parle même « d'appartenance commune entendue comme sens partagé » (p.61).

Etre attentif à la dynamique relationnelle à la reconnaissance et comment le superviseur la témoigne au supervisé en souffrance fait partie, pour moi, de l'ensemble des attitudes que j'ai approfondies dans ce chapitre.

5. Parcours professionnel et histoire de vie

Métenier, I. (2010) psychosociologue et coach accompagne des personnes en mutation professionnelle. Elle articule histoire de vie et parcours professionnel et retrace les motivations conscientes et inconscientes, la question de l'orientation professionnelle au regard de l'histoire familiale.

Pourquoi ais-je choisi d'être dans le social ? Dans la santé ? Quel a été mon désir ? Celui de mes parents ?

Quelles sont mes loyautés familiales ? Mes besoins de différenciation ?

La famille est un « archétype puissant de nos relations sociales. Elle organise notre mémoire relationnelle et, à notre insu, nous reproduisons, de manière souvent imaginaire et inconsciente, notre environnement familial au travail » (p. 54).

Les patterns relationnels inculqués par la famille transparaissent ultérieurement lors de notre vie professionnelle.

Alors comment sortir de certaines ornières et éviter des répétitions parfois destructrices ?

D'autant plus, que souvent les crises professionnelles débouchent sur des crises de couple et/ou de famille et vice-versa.

La crise en soi amène des interrogations existentielles où les défenses habituelles ne fonctionnent plus.

Cela offre d'ailleurs l'opportunité du changement quand la crise est élaborée.

C'est pourquoi, la supervision est un espace de réflexion pertinent afin de surmonter ces obstacles et s'ouvrir à d'autres horizons.

Prendre conscience de ses schémas et de son fonctionnement est une première étape, mais elle n'est pas suffisante.

Pour sortir de la crise, Métenier, I. (2010) définit 4 étapes, visant la réappropriation de soi.

- La finitude

Chacun se bat et fait les meilleurs choix, selon ses valeurs dans la vie, croyant souvent ses choix pérennes. Or, dans un monde de changement, l'imprévisibilité est très présente. Ce qui est stable aujourd'hui, ne l'est plus demain.

Depuis l'avènement de l'homme, ce dernier a toujours été confronté à des deuils. Cependant, il est probablement touché par des paradoxes, spécifiques à notre époque, qui sont déstabilisants. Par exemple, les entreprises prônent la mobilité, la mort est de plus en plus cachée. L'homme recule, par la technologie de la médecine, l'âge de mortalité et de morbidité. La société prône des idéaux de jeunesse et de santé quasi éternelle. Les assurances-vie sont des investissements pour espérer une meilleure retraite...

Cette auteur propose d'être plus en conscience de notre finitude, de garder une distance tout en restant impliqué dans nos tâches.

En supervision, je suis confrontée à accompagner les étudiants et/ou les professionnels dans leur changement de statut, leur réorientation professionnelle, leur crise existentielle. Ils font le deuil d'une l'équipe qu'ils vont quitter, de leurs certitudes mises à mal par une formation ou parlent de leur souffrance au travail. Plus rien n'est comme avant. Les organisations familiales sont bousculées, le couple est requestionné...

- La solitude et la quête de sens

Les interrogations et les bilans de son existence autorisent, progressivement, de revisiter ses besoins, ses désirs et ses limites. Le sentiment de solitude, très prégnant dans cette période, est néanmoins nécessaire, pour replonger au fond de soi.

Redonner du sens à la vie, choisir d'autres orientations, est un « travail de réappropriation et de construction personnelle »(p.201).

Lorsque j'ai accompagné en supervision une professionnelle qui traversait une souffrance au travail importante, toute sa vie a été remise en question. Que faire ? Elle ne sentait même

plus le soutien de ses amis et de sa famille. Elle avait d'ailleurs décidé de leur cacher sa souffrance pour les protéger, disait-elle.

- La responsabilisation

L'accent est mis sur le « redevenir acteur de sa vie », trouver des nouveaux repères et se sentir, à nouveau, en sécurité avec d'anciennes habitudes.

Cette auteur parle d'une alternance entre peur et sécurité. Je fais le parallèle avec la théorie de Bowlby explicitée précédemment.

Le superviseur est un objet possible d'attachement durant le processus. Il favorise les repères ou non, laissant le choix au supervisé de vivre plus ou moins un sentiment de sécurité.

- L'affirmation de sa nouvelle identité

C'est la période d'oser prendre la parole et d'annoncer les nouvelles orientations. Que ce soit à sa famille, à ses proches, ses collègues et à son institution. C'est prendre le risque de se différencier, d'aller de l'avant et de construire de nouvelles relations et un nouveau milieu. Réorganiser son récit de vie, en tenant compte de deux aspects évoqués par l'auteur, l'égoцентриation et la bienfaisance. « Ces deux processus contribuent à l'estime de soi : au fur et à mesure du développement et de la maturité, nous réécrivons notre histoire personnelle et certains de ses événements » (p.207).

Je n'accompagne pas toujours les supervisés jusque dans cette étape, ils quittent parfois le processus avant.

Je me retrouve volontiers dans les étapes proposées par Métinier, I. que ce soit pour des changements personnels ou ceux que j'ai accompagnés professionnellement.

Pourtant, à travers cette lecture, j'ai parfois pensé à certains coachs, sans grande éthique, promettant monts et merveilles à des personnes touchées par le désespoir.

Accompagner ne se résume pas à l'utilisation de recettes. L'être humain est suffisamment complexe pour échapper et prendre des orientations dont il n'a pas toujours conscience. L'humilité me semble, encore une fois, essentielle dans ce contexte.

C'est un outil possible à proposer au supervisé lorsqu'il a besoin d'explorer les zones de similitudes et de différences entre parcours professionnel et histoire de vie.

Pour le superviseur, il est primordial de différencier l'espace thérapeutique de l'espace de supervision.

6. Les échelles de stress

De nombreuses échelles sont utilisées au niveau international dans les recherches sur la souffrance au travail. J'ai repris les plus reconnues dans la littérature actuellement, c'est-à-dire les échelles de Siegrist et de Karasek que vous trouverez en intégralité dans les annexes.

J'ai trouvé utile, pour ma pratique, de reprendre les thèmes proposés par ces deux échelles en vue de prospecter, avec le supervisé, son activité professionnelle. En effet, lors d'une supervision, il arrive souvent que j'évoque le travail et la souffrance engendrée, parfois, sans me pencher avec précision sur les caractéristiques de l'emploi et les contraintes qui y sont liées.

J'ai d'abord expérimenté ces échelles en cochant les items comme demandés. Le calcul des scores n'est pas aisé pour le simple quidam. J'ai alors repris les thèmes intéressants et j'ai ainsi créé une trame exploratoire avec des questions ouvertes présentées ci-dessous.

C'est un guide possible, non exhaustif et dont la pertinence est à questionner dans la situation singulière du supervisé. L'accord du sujet apparaît comme une condition sine qua none pour travailler. La possibilité de refuser est à respecter.

- a) Caractéristiques du contexte de travail et de la fonction
 Comment définiriez-vous votre travail ?
 Quelles sont les activités de votre emploi ?
 Vos niveaux de responsabilités ?
 Quelles sont vos marges de manœuvre ? Votre degré d'autonomie ? Vos possibilités de décision ?
 Quelles sont les compétences sollicitées ?
 Qu'appréciez-vous dans votre travail ?
 Quelles perceptions avez-vous de votre système institutionnel ?
 Quels sont les soutiens, les ressources professionnels ?
 Quelles sont vos possibilités de formation ?
- b) L'équipe de travail
 Comment définiriez-vous les relations avec vos collègues ?
 Etes-vous dépendant d'eux pour effectuer votre travail ? En quoi ?
 Quelle est l'ambiance de votre équipe ?
 Pensez-vous être reconnu ? Vous sentez-vous soutenu lors de difficultés ?
 Les partagez-vous avec eux ?
 En cas de désaccord dans l'équipe, comment vous y prenez-vous ?
 Quel est votre rôle dans l'équipe ?
 Que pensez-vous de vos comportements avec vos collègues ?
 Que disent vos collègues de vos exigences vis-à-vis de vous-même et des autres ? Qu'en pensez-vous ?
- c) Les liens avec la hiérarchie
 Comment définiriez-vous les relations avec votre hiérarchie ?
 Que pensez-vous de votre positionnement vis-à-vis de votre hiérarchie ?
 Lors de situations difficiles, pouvez-vous parler avec votre hiérarchie ?
 Vous sentez-vous reconnu pour vos compétences ? Vous sentez-vous soutenu ?
 Si vous faites une erreur dans votre travail, quelles sont les conséquences possibles (pour vous et pour l'utilisateur ou le client) ?
 Avez-vous déjà rencontré des difficultés avec votre hiérarchie ?
 Qu'en pensez-vous à posteriori ? Sont-elles d'actualité ?
- d) Les contraintes
 Quelles sont les contraintes dans le rythme de travail ? Quels sont les contrôles effectués ? Par qui et à quelle fréquence ?
 Etes-vous souvent interrompu dans vos tâches ? Comment le vivez-vous ?
 Avez-vous suffisamment de temps pour effectuer vos tâches ?
 Devez-vous vous concentrer mentalement durant une longue période ?
 A quelle fréquence ?
 Quelles sont les spécificités du temps de travail (nombre d'heures par semaine, horaires fixes ou variables, heures supplémentaires ?
 Qui organise le temps de travail ?)
 Quelles sont les zones d'incertitude et/ou d'imprévisibilité dans votre travail ?
 Avez-vous des contraintes physiques ou psychologiques particulières ?
 Vivez-vous des attitudes d'hostilité ou conflictuelles à votre égard ?
- e) Le rapport au travail
 Quels sont les émotions et les sentiments que suscite votre travail actuellement ?
 Quelles sont les situations qui vous mettent en colère ?

Quels efforts pensez-vous faire ? Sont-ils récompensés à leur juste valeur selon vous ?
Déléguiez-vous votre travail ? A qui ?
Que se passe-t-il pour vous quand vous n'arrivez pas à respecter un délai ?
Recevez-vous le respect et l'estime que vous souhaitez ?
Que dites-vous de votre motivation et votre engagement au travail ?
Que pensent vos proches de votre rapport au travail ?
Qui vous encourage ? Vous valorise ?
Lors de vos congés, pensez-vous à votre travail ? Prenez-vous du travail à la maison ?
Quelles sont vos ressources hebdomadaires ?

f) La santé

Que pensez-vous de votre état de santé au cours de ces 12 derniers mois ?
Votre travail l'influence-t-il ? En quoi ?
Que se passe-t-il si vous êtes absent ?
Avez-vous consulté le service de santé du personnel ? Votre médecin traitant ?
Bénéficiez-vous d'un espace thérapeutique ?

g) Le futur

Comment envisagez-vous votre avenir professionnel ?
Quelles sont vos possibilités de promotion ?

7. Le tableau du maintien et du changement

Lebbe-Berrier, P. (2007) propose, quant à elle, un outil. Il s'agit d'un tableau à deux colonnes représentant les maintiens et les changements dans leurs aspects positifs et négatifs.

Je ne l'utilise jamais en supervision et pourtant, je le connais très bien.

Effectivement, lorsque je travaillais avec des patients en addictologie, j'animais des groupes thérapeutiques cognitivo-comportementaux dans lesquels j'utilisais ce tableau nommé, dans ce contexte, « balance décisionnelle ».

En entretien motivationnel, cette dernière questionne le patient sur les avantages et les inconvénients à court, moyen et long terme de sa consommation, les situations à risque et d'autres comportements. Elle est proposée, pour tous types de changement, de la même façon que proposé par l'auteur. Elle permet d'identifier les sentiments d'ambivalence et de travailler à leur évolution.

Ainsi, je redécouvre un outil adapté à la question de la souffrance au travail ou à un autre type de changement.

Quels sont les avantages et les inconvénients à quitter ou à rester dans ce service ?

L'auteur explicite sa pensée sur les deux orientations en soulignant l'importance de ne pas « idéaliser ou néantiser » certains éléments.

8. Positionnement dans la supervision et questionnements

Les symptômes vécus par le professionnel lors de souffrance au travail me font prendre conscience, par cet écrit, comment je peux clarifier mon positionnement et mieux comprendre où se situent les blessures vécues.

Au risque de me répéter, le superviseur ne se substitue pas à un thérapeute. Néanmoins, il apporte indéniablement un soutien important et travaille les différents objectifs professionnels cités précédemment. D'autres professionnels que les superviseurs travaillent ce thème, en premier lieu la médecine du travail, des psychosociologues, des coachs, des médecins généralistes ou psychiatres, les psychologues, les consultants d'entreprise, les

syndicats, les médiateurs, les juristes, les managers, les ressources humaines et d'autres que j'omets probablement.

Les territoires de chacun, cités dans la littérature, ne sont pas faciles à circonscrire. Souvent, des compétences similaires et complémentaires se juxtaposent. Pour rester centrée sur la supervision, je ne chercherai pas les similitudes et/ou différences de ces nombreux professionnels collaborant souvent avec plus ou moins de cohérence.

Je m'orienterai plutôt à l'emploi de certaines connaissances et compétences dans la supervision.

Dans mon rôle, je pense pouvoir discuter avec le supervisé et/ou informer des diverses ressources possibles dans son institution et en dehors. Nous pouvons prospecter ensemble ce qui semble le plus pertinent. L'écueil serait d'encourager avec insistance certaines orientations, voire de décider à sa place lorsque la personne est en plein désarroi. Les sentiments d'impuissance, d'impasse et d'échecs vécus dans ce type de situation peuvent aussi être ressentis par le superviseur jusqu'à enclencher des actions ne lui appartenant pas.

Les groupes d'intervision ou une supervision individuelle pour le superviseur sont aussi les ressources indispensables pour le maintien d'une certaine éthique.

Combalbert, N. & Riquelme-Sénégu, C. (2006) explicitent quelques éléments concernant les acteurs de l'entreprise dans la santé au travail.

Tout d'abord, ils nomment l'importance de la pluridisciplinarité. Lorsqu'ils abordent la prévention des risques psychosociaux, ils parlent d'intervenant indispensable à la réflexion de l'entreprise sur ce sujet. Cet acteur, interne ou externe à l'entreprise, apportera des avantages et des inconvénients. Je vais les examiner ci-après :

- L'intervenant interne a l'avantage de connaître les différents acteurs, d'identifier plus rapidement les enjeux implicites voire de connaître certains « secrets ». Par contre, sa place dans l'organisation et son histoire avec elle représentent les limites de son champ d'action.
- L'intervenant externe n'est pas subordonné à l'entreprise et a donc plus de liberté comme expert. Au début du mandat, il peut éprouver une certaine difficulté à regrouper les connaissances nécessaires et les enjeux du système en présence. Il n'est pas aussi impliqué, de par son statut, mais sa capacité d'analyse avec le recul nécessaire est favorable.

Les auteurs mettent en valeur les éléments nécessaires afin que l'éthique soit préservée :

- Une qualité de travail qui appuie fondamentalement son action professionnelle sur une épistémologie scientifique et adaptée.
- Le « courage » du contact et de la critique lucide, voire dérangeante, fait partie intégrante de la construction de l'éthique.
- Il n'est pas au service d'un des acteurs en particulier, même si le bénéfice de son action ou de ses soins doit profiter à une cible définie préalablement avec les acteurs clés (Combalbert, N. & Riquelme-Sénégu, C., 2006, p.310).

Les auteurs proposent des objectifs assignés à l'intervenant externe ou interne à travers l'exemple d'une entreprise, qui sont d'évaluer, préserver et restaurer la santé mentale au travail en pluridisciplinarité :

- Mesurer l'état de stress, d'anxiété voire de dépression des employés
- Gérer la prévention des risques et mettre en œuvre des actions
- Mettre en place des conférences sur les réactions au stress et les moyens d'y faire face pour améliorer la communication interne
- Donner des formations de gestion du stress pour le personnel DRH et les managers

- Accompagner individuellement les salariés par une structure d'écoute

Ce dernier point est intéressant à souligner, puisqu'il cible certains aspects rejoignant les préoccupations de la supervision tels que :

- Assurer une confidentialité totale entre le supervisé et l'intervenant.
- Permettre, à travers une écoute empathique d'évacuer, voire d'atténuer et de réguler les réponses émotionnelles que la situation actuelle provoque inévitablement.
- Prévenir, anticiper, éviter le développement de certains troubles de santé.
- Constituer ou poursuivre un questionnement authentique sur les attentes des salariés, leurs besoins professionnels.
- Evaluer les ressources et reprendre confiance dans la capacité à faire face.

Si je fais des parallèles avec la supervision, j'ai le sentiment que l'entreprise bénéficierait plus largement d'un superviseur avec un cahier des charges spécifique.

Développer les compétences de santé de la personne, l'empowerment, le soutien, la gestion du stress et les besoins d'accompagnement de l'employé dans un changement professionnel serait intéressant. Ce sont aussi des compétences possibles de superviseur. Ne pourraient-elles pas être mieux utilisées lorsque le salarié rencontre des obstacles professionnels?

Une collaboration entre service de santé du personnel, DRH et superviseur serait, me semble-t-il, une piste de réflexion à proposer dans les entreprises.

V. CONCLUSION

Ce thème « supervision et souffrance au travail » m'a habitée plusieurs mois. L'articulation des différents domaines comme psychologie, médecine du travail, sociologie, juridique, politique et économique est encore plus complexe que je ne l'imaginai. Elle exige des compétences et des connaissances spécifiques, une posture claire pour chaque professionnel. Les acteurs sont nombreux, revêtent des rôles différents quel que soit le système, avec ses paradoxes et ses injonctions. Ils ne poursuivent pas les mêmes objectifs et chacun a son propre rapport au travail. Les valeurs, les besoins et limites de chacun sont donc questionnés en permanence.

Comment évoluera la santé au travail dans les prochaines années? Les entreprises seront-elles aptes à prendre conscience des avantages qu'elles retireraient en oeuvrant pour une meilleure santé au travail ?

Feront-elles le choix d'investir dans des actions à long terme alors qu'elles se débattent souvent dans des urgences? Les instances politiques seront-elles suffisamment puissantes pour se faire entendre par le domaine économique ?

Dans cet écrit, je n'ai pas investigué ces sujets, je les ai parfois survolés.

Ce n'était pas l'objectif de ce travail et pourtant...Les questionnements cités ci-dessus auront forcément des implications dans la supervision, ne serait-ce que par la demande, ou pas, des entreprises.

La complexité de ce thème ne peut ni cliver, ni réduire les problématiques développées. Nous avons tous à gagner d'élargir nos horizons.

Chacun est dépendant, y compris le superviseur, de son propre système. Il n'est pas seul avec le supervisé dans cet espace de réflexion. Je pense que la supervision est amenée à évoluer, à trouver d'autres formes de collaborations, d'autres outils pour rester efficiente dans un marché économique de plus en plus compétitif.

Grâce à ce travail, j'ai défini les différentes notions de souffrance au travail, j'ai identifié les symptômes, les enfermements relationnels auxquels être attentive en supervision. J'ai mis des mots sur le vécu des personnes en souffrance au travail, comment les aider à surmonter ces difficultés. Dans cet espace avec le supervisé, je viens avec ma propre histoire professionnelle et personnelle. Je rencontre celles de l'Autre. J'ai pris conscience de mes résonances et identifié mes pratiques. Par les visions systémiques, cognitivo-

comportementales, analytiques et humanistes, j'ai rassemblé des pistes de réflexion et des outils. J'avais besoin de clarifier les compétences acquises dans mon parcours professionnel que ce soit par mon expérience d'infirmière spécialisée en santé mentale et psychiatrie, de formatrice et de superviseur pour chercher d'autres possibles dans la supervision, comme par exemple, la trame d'exploration du questionnaire de Karasek et de Siegrist. Il me reste à l'exploiter et à la faire évoluer.

J'ai pris conscience de l'inconfort procuré, parfois, d'être engagée dans cette thématique. Si je poursuis une pratique plus intensive, il est essentiel que je reste attentive à mes besoins et mes limites pour ma propre santé mentale. Cela semble une évidence et pourtant c'est certainement plus compliqué à mettre en pratique qu'il n'y paraît.

L'intervision avec un groupe de pairs me semble, dans tous les cas, une ressource importante pour prendre de la distance et continuer une pratique réflexive.

Les défis visiblement ne manquent pas et j'éprouve un certain plaisir à imaginer la suite...

VI. REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les formateurs du DAS et plus particulièrement, Sylvie Avetl'oiseau, Sylvie Monnier et Françoise Tschopp pour leur professionnalisme, le partage de leurs valeurs et leurs encouragements. Cette formation m'a sortie d'une pratique en solitaire et je vous suis reconnaissante.

Je remercie également Myriam Vaucher d'avoir accepté de m'appuyer sur leur travail effectué dans le département de psychiatrie, les supervisés, collègues et amis d'avoir osé exprimer leurs doutes, questionnements et réflexions. Sans eux, ce travail n'aurait jamais vu le jour.

Je remercie tous ceux qui m'ont aidée de près ou de loin par leurs sourires, leur regard et surtout leur bienveillance...

BIBLIOGRAPHIE

- Canoui, P. & Mauranges, A. (2001). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn-out aux réponses*. Paris : Masson.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique-humaniste*. Québec : Gaëtan Morin.
- Combalbert, N. & Riquelme-Sénégu, C. (2006). *Le mal-être au travail*. Paris : Presses de la Renaissance.
- Dejours, C. (2010). *Observations cliniques en psychopathologie du travail*. Paris : PUF souffrance et théorie.
- Faustinelli, C. (2008). *Rapport Compétences en matière de santé dans le domaine du stress et de la santé psychique : concept cadre avec prise en considération particulière du contexte des entreprises et des personnes âgées*. Lausanne, Berne et Lugano : Promotion Santé Suisse. [page web]. Accès : http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/f/betriebliche_gesundheitsfoerderung/Grundlagen/Rahmenkonzept_Gesundheitskompetenz_fr.pdf
- Grenier-Pezé, M. (2010). Le harcèlement moral au travail : contrainte par corps. In Dejours, C. (Ed).* *Observations cliniques en psychopathologie du travail* (pp.109-129). Paris : PUF souffrance et théorie.
- Hirigoyen, M-F. (2001). *Le harcèlement moral dans la vie professionnelle*. Paris : éd. La découverte.
- HUG direction générale (septembre 2010). *Vision 2015 : plan stratégique 2010-2015*. Genève : CSM SA.
- Kirschenbaum, H. & Land Henderson, V. (2001). *Carl R. Rogers : l'approche centrée sur la personne*. Lausanne : Randin.
- Krieger, R. & Graf, M. (Juillet 2009). Travail et santé : Récapitulation des résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2007. Département fédéral de l'économie SECO : Zürich, Suisse
[page web]. Accès : <http://www.seco.admin.ch/dokumentation/publikation/00008/00022/02415/index.html?lang=fr>
- Lebbe-Berrier, P. (2007). *Supervisions éco-systémiques en travail social. Un espace tiers nécessaire*. Ramonville St-Agne : éd. Erès.
- Manoukian, A. (2009). *La souffrance au travail. Les soignants face au burn-out*. Rueil-Malmaison : éd. Lamarre.
- Métenier, I. (2010). *Crise au travail et souffrance personnelle*. Paris : Albin Michel.
- Métraux, J-C. (2007). Nourrir la reconnaissance mutuelle. *Le journal des psychologues*, 252, 57-61.
- Molinier, P. (2010). L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ? Logique de gestion ou logique du care. In Clot, Y & Lhuillier, D. (Ed).* *Agir en clinique du travail*. (pp.157-167). Ramonville St-Agne : éd. Erès.
- Pierrehumbert, B. (2003). *Le premier lien : théorie de l'attachement*. Paris : Odile Jacob.
- Questionnaire Karasek : [page web]. Accès : www.google.fr/search?client=safari&rls=en&q=questionnaire+karasek&ie=UTF-8&oe=UTF-8&redir_esc=&ei=ZCABTdapEISy8QPuwPWaCA
- Rogers, C. (1984). *Liberté pour apprendre ?* Paris : Dunod.
- Rogers, C. (1996). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris : ESF.
- Questionnaire Siegrist. [page web]. Accès : <http://docs.bossons-fute.fr/Documents/Risques%20psychosociaux/Questionnaire%20SIEGRIST.pdf>
www.superviseurs.ch

Tschopp, F., Kolly-Ottiger, I., Monnier, S. & Tissot, S. (2007). Supervision et intervision : espace réflexif pour les professionnels. In Lodewick, P. & Podéron, G. (Ed)*. *Supervisions : Analyses, témoignages et perspectives* (pp22-34). Bruxelles : les politiques sociales, 1-2.

Zbinden, E., Thelen, L., Garin, C. & Vaucher, M. (2006). L'épuisement professionnel des infirmiers hospitaliers en psychiatrie adulte. Genève : HUG Département de psychiatrie.