



**HAL**  
open science

# Encourager la délibération sur le travail pour prévenir les violences physiques

Damien Collard, Rachel Boichot

► **To cite this version:**

Damien Collard, Rachel Boichot. Encourager la délibération sur le travail pour prévenir les violences physiques : Une approche par la psychodynamique du travail. Travailler , 2021, 46 (2), pp.165-189. 10.3917/trav.046.0165 . hal-03482810

**HAL Id: hal-03482810**

**<https://u-bourgogne.hal.science/hal-03482810>**

Submitted on 20 Jan 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Encourager la délibération sur le travail pour prévenir les violences physiques**

**- Une approche par la psychodynamique du travail -**

Damien COLLARD

Maître de conférences (sciences de gestion)

Université de Franche-Comté, UFR STGI, Département AES/Droit/Management  
Rue du Général Roussel, BP 50547, 90 016 BELFORT cedex, France  
damien.collard@univ-fcomte.fr

Rachel BOICHOT

Psychologue clinicienne

Maîtresse de conférences associée (sciences de gestion)

Université de Franche-Comté, UFR STGI, Département AES/Droit/Management  
Rue du Général Roussel, BP 50547, 90 016 BELFORT cedex, France  
rachel.boichot@univ-fcomte.fr

**Résumé :** Les violences physiques constituent un risque psychosocial majeur dans certains milieux professionnels (police, prisons, hôpitaux, etc.). Parmi la panoplie des stratégies qu'il est possible de mettre en place pour les prévenir, figure en bonne place la délibération sur le travail. La psychodynamique du travail fait d'ailleurs de cette délibération la pierre angulaire pour conjurer ce type de violences ; celle-ci n'est cependant possible que s'il existe dans l'organisation des espaces qui permettent aux professionnels de partager les difficultés qu'ils rencontrent dans leur travail. Mais comment, concrètement, encourager la délibération sur le travail ? Nous répondrons à cette question à la lumière de la psychodynamique du travail, en nous appuyant sur une recherche-action que nous avons menée dans une structure gériatrique. Cela nous conduira à souligner (1) le rôle clé joué par la verbalisation et le partage de l'expérience de travail et (2) l'importance des espaces de délibération sur le travail.

**Mots-clés :** Espaces de délibération, violences physiques, soignants, gériatrie.

**Abstract:** Physical violence constitutes a major psychosocial risk in certain professional environments (police, prisons, hospitals, etc.). Among the panoply of strategies that it is possible to put in place to prevent them, prominently figures deliberation on the job. The psychodynamics of work also makes this deliberation the cornerstone to ward off this type of violence; however, this is only possible if there are spaces in the organization that allow professionals to share the difficulties they encounter in their work. But how, concretely, to encourage deliberation on work? We will answer this question in the light of work psychodynamics, based on action research that we conducted in a geriatric structure. This will lead us to underline (1) the key role played by verbalization and sharing of work experience and (2) the importance of spaces for deliberation on the job.

**Keywords:** Deliberation spaces; physical violence; carers; geriatrics.

## Introduction

Certains milieux professionnels (police, prisons, institutions de soins, éducation nationale, etc.) sont particulièrement touchés par les phénomènes de violence physique ; ces derniers représentent en effet un risque psychosocial majeur, les personnels en contact direct avec le destinataire du service (policiers, gardiens, soignants, enseignants, etc.) étant les plus exposés à ce risque. Mais qu'entend-t-on au juste par « violence physique » et quels types de mesures convient-il de déployer dans les organisations pour la prévenir et la combattre ?

Quand on explore la littérature consacrée à ce sujet, on constate tout d'abord qu'il n'existe pas de définition consensuelle de la violence physique au travail et que les phénomènes qu'elle recouvre sont difficiles à cerner avec précision. Dans leur article de synthèse, Tragno et al. (2007, p. 240) font ainsi remarquer que « les auteurs ont systématiquement tendance à englober dans leur définition de la violence physique, à la fois la violence verbale et psychologique ». A cette vision extensive de la violence physique, ils opposent une vision plus restrictive qui exclut toutes les formes de la violence psychologique au travail : « par violence physique, nous entendons tout acte qui menace directement (par exemple : coup de poing, morsure, crachat, insulte) ou indirectement (témoin d'agression, otage) la sécurité, l'intégrité physique et le bien-être psychologique d'un ou plusieurs employés dans l'exercice de sa profession » (Tragno et al., 2007, p. 238). Si cette définition a l'avantage de mieux circonscrire le phénomène, tout en englobant à la fois la violence externe et l'agression physique en milieu de travail<sup>1</sup>, elle occulte néanmoins les violences commises à l'encontre des destinataires du service (clients, usagers, patients, élèves, etc.) par des employés, hommes... ou femmes. « Soignantes frappant des vieillards, les maintenant attachés, les gavant de façon mécanique, les lavant comme des objets en série, sans un mot, auxiliaires puéricultrices battant des enfants, voire enseignantes collant du chewing-gum dans les cheveux des élèves... La clinique du travail ordinaire ne peut ignorer la violence des femmes » selon Molinier (1999, p. 80). La définition de la violence physique proposée par Tragno et al. (2007) est donc trop étroite. Par ailleurs, elle a tendance à ne retenir que la violence « actionnelle », alors même que la violence au travail peut être « réactionnelle » (Dejours, 1999). Tandis que la première relève de l'action délibérée, voire calculée, la seconde a un caractère incontrôlé et compulsif (Dejours, 1999)<sup>2</sup>. Néanmoins, dans les deux cas, la violence a une face objective dans la mesure où elle « suppose un comportement, c'est-à-dire un ensemble d'actes, de gestes – ou de décisions ayant pour conséquences des actes ou des gestes – dûment observables » (Dejours, 1999, p. 15). Elle comporte également toujours une face subjective qui, elle, ne se voit pas. Cependant, « pour un même comportement violent, on peut trouver des configurations subjectives très différentes les

---

<sup>1</sup> L'agression physique en milieu de travail est, selon Courcy et Savoie (2003, p. 19 et 20), « un comportement d'un membre ou d'un ex-membre d'une organisation qui contrevient aux normes en vigueur dans ce milieu et qui vise à porter atteinte [physiquement] à un autre membre ». Il s'agit donc d'une violence interne.

<sup>2</sup> Ces deux types de violence recouvrent des processus psychiques très différents : l'intention, voire la préméditation dans un cas (comme dans le meurtre prémédité) ; la compulsion dans l'autre (lorsque la colère débouche sur un passage à l'acte violent par exemple). La violence peut donc résulter d'un acte délibéré ou non.

unes des autres » (Dejours, 1999, p. 15). C'est pourquoi il nous semble préférable de ne pas retenir une définition trop restrictive de la violence physique et de parler de violences physiques au pluriel ; cette perspective permet de ne rien exclure *a priori*, les violences physiques pouvant être internes ou externes, actionnelles ou réactionnelles, résulter d'actes délibérés ou non.

Si aucune définition ne fait consensus, il n'en va pas de même concernant les programmes et les stratégies à déployer pour prévenir et combattre ces violences. Certaines mesures concernent l'environnement physique et l'agencement des lieux, ou encore les pratiques managériales (Steffgen, 2008) ; d'autres ont trait à la formation du personnel et au développement des compétences (Courcy et Savoie, 2003). Elles sont essentiellement techniques et se veulent pragmatiques. La perspective dessinée par la psychodynamique du travail est, elle, quelque peu différente. D'une part parce que, selon cette approche, l'étiologie de la violence doit être recherchée du côté de l'organisation du travail<sup>3</sup>. Plus précisément, la violence doit être analysée en lien avec la souffrance au travail et les défenses (individuelles et/ou collectives) mises en place par les travailleurs pour conjurer cette souffrance ; or la souffrance au travail résulte souvent d'une organisation du travail délétère. Par exemple, les restructurations, les incohérences organisationnelles et les changements sans concertation induisent généralement une forte souffrance chez les travailleurs, une souffrance qui, par le truchement des défenses, peut générer de la violence<sup>4</sup>. D'autre part parce que ce qui permet de conjurer les violences au travail, c'est avant tout la discussion, la parole, l'écoute et l'intersubjectivité (Dejours, 2007). Pour prévenir ce type de violences, il convient donc de préserver et/ou de stimuler la délibération sur le travail, ce qui suppose au préalable l'existence d'un espace de délibération sur le travail (l'organisation du travail doit donc tolérer en son sein la présence d'un tel espace...). C'est en effet dans ce type d'espace que les professionnels vont pouvoir partager les difficultés qu'ils rencontrent dans leur travail. Mais comment, concrètement, encourager la délibération sur le travail pour prévenir les violences physiques au travail ? Pour répondre à cette question, nous nous appuyons sur une recherche-action récente qui a été menée dans une unité de gériatrie d'un hôpital public. Après avoir exposé succinctement les principaux éléments de notre cadre théorique (tirés de la psychodynamique du travail), nous présenterons notre terrain et notre méthodologie, puis nos résultats empiriques, avant de les discuter.

## **1.) La psychodynamique du travail comme cadre d'analyse**

Edifiée à la fin des années 1970 par le psychanalyste Christophe Dejours, la psychodynamique du travail est une discipline qui prend son essor en France en 1980 avec la publication du livre *Travail*,

---

<sup>3</sup> Rendre compte des phénomènes de « maltraitance » auprès des personnes âgées accueillies dans les unités de soins gériatriques suppose, par exemple, d'identifier les facteurs organisationnels qui sont susceptibles de favoriser ces phénomènes (Gernet et Chekroun, 2008 ; Esman et al., 2009).

<sup>4</sup> Il n'y a cependant pas de déterminisme. D'autant plus que les défenses permettent parfois de prévenir la violence. Elles sont donc à double tranchant. Tout dépend en fait de la nature de ces défenses. C'est ce qu'a bien montré Pascale Molinier (2004) dans ses travaux sur les infirmières et les aides-soignantes.

*usure mentale*<sup>5</sup>. Dédiée à l'analyse clinique et théorique des relations entre travail et santé mentale, elle explore les conditions en fonction desquelles le rapport psychique au travail évolue vers la pathologie ou au contraire conforte la santé mentale (Dejours, 2016). Cette discipline s'est notamment intéressée de très près aux rapports entre la délibération sur le travail et la préservation de la santé mentale (Dejours, 1992, 1998, 2013).

La délibération sur le travail prend place dans un lieu nommé « espace de discussion » ou « espace de délibération » selon Dejours. C'est dans ce lieu que les salariés peuvent formuler et défendre des arguments sur les manières de travailler. Ces arguments ne sont d'ailleurs pas que techniques puisqu'ils puisent aussi à des principes et des valeurs « concernant la confiance, la loyauté, le respect des règles, la discipline. On peut aussi défendre certaines procédures ou divers *modus operandi* pour des raisons morales ou politiques relatives à l'âge, au genre, à la santé, aux antécédents médicaux, à l'expérience, aux préférences, à la bienséance, à la tradition, au goût du changement, etc. » (Dejours, 2013, p. 86). Ces arguments constituent donc des compromis entre technique et éthique, c'est-à-dire des « opinions » selon Dejours (2007). Lorsqu'un accord émerge entre les travailleurs, et que celui-ci tend à perdurer dans le temps, cela devient un « accord normatif ». La combinaison de plusieurs accords normatifs débouche sur une « règle de travail ». Enfin, lorsqu'un ensemble de règles (suffisamment stable) se transmet de génération en génération on parle alors de « règles de métier » (Dejours, 2013). Cette activité de production collective d'accords et de règles prend le nom « d'activité déontique » en psychodynamique du travail.

Cette activité déontique est, selon Dejours (1992, 2013), un facteur de préservation de la santé mentale des travailleurs, mais aussi un levier de prévention des phénomènes de violence au travail, essentiellement parce qu'elle est le fondement de la coopération au travail. Pour Dejours (2007, p. 87 et 88), « c'est [en effet] par le truchement de l'activité déontique, sur laquelle elle repose, que la coopération est sans doute le moyen à la fois le plus ordinaire et le plus puissant de prévention de la violence en milieu de travail », que cette violence soit « actionnelle » ou « réactionnelle » (Dejours, 1999). L'activité déontique dont parle Dejours se donne à voir lorsque les salariés discutent de leur travail et des difficultés qu'ils rencontrent dans leur activité. Si une part de la délibération sur le travail prend place dans des réunions formelles, la majeure partie se déroule dans des lieux informels qui sont avant tout voués à la convivialité (Dejours, 1992). Or la convivialité est l'un des ressorts de la coopération au travail et de la préservation de la santé mentale. En effet, « lorsque la convivialité s'efface du travail, les espaces informels s'effacent aussi et l'on glisse vers la coordination autoritaire ou bureaucratique » (Dejours, 2013, p. 87). Il est donc important de préserver ces espaces informels. D'autant plus que « la spécificité de l'espace de délibération, c'est précisément de ménager les conditions propices à une parole incertaine, à une parole inachevée, à une parole qui se cherche ou qui

---

<sup>5</sup> Même si, à cette époque, on ne parle pas encore de « psychodynamique du travail » mais de « psychopathologie du travail » (Dejours, 1980).

cherche à traduire une expérience, quand bien même elle ne serait pas encore convenablement sémiotisée » (Dejours, 2013, p. 192). Cette parole incertaine et inachevée ne peut cependant se déployer que quand la confiance et la convivialité sont au rendez-vous. C'est pourquoi elle émerge plus volontiers dans les espaces informels que dans les espaces formels. C'est notamment ce qu'a constaté Pascale Molinier (2008) dans ses travaux sur les aides-soignantes et les infirmières. Elle a en effet observé que les soignantes n'échangeaient pas que des informations techniques lors des discussions informelles, mais également leurs doutes, leurs inquiétudes, leurs affects (dégoût, répulsion, attirance, impuissance, etc.). Les espaces informels jouent donc un rôle très important, à la fois pour la préservation du « vivre ensemble » et la protection de soi.

Le cadre théorique étant posé dans ses grandes lignes, venons-en maintenant à la présentation de notre terrain et de la méthodologie que nous avons mise en œuvre sur celui-ci.

## **2.) Présentation du terrain et de la méthodologie**

Notre terrain est un service hospitalier spécialisé en soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques. Au moment de la recherche, ce service se composait de deux unités fonctionnelles (de 36 lits chacune) qui étaient quasiment indépendantes l'une de l'autre. Ces deux unités étaient considérées comme « stables » par la direction de l'hôpital<sup>6</sup>. L'activité en SSR gériatriques avait néanmoins connu des évolutions importantes en l'espace de quelques années : un accueil croissant de patients en perte d'autonomie du fait de l'évolution des pathologies (de plus en plus de personnes accueillies souffrant de troubles cognitifs et étant atteintes de démences) ; une réduction notable de l'activité de rééducation fonctionnelle, en partie liée au manque de kinésithérapeutes ; l'ouverture de lits de soins palliatifs ; l'augmentation de la charge globale de travail, du fait de la lourdeur et de la complexité des prises en charge. A cela s'ajoutait toute une série de mesures qui avaient été prises par la direction de l'hôpital et qui avaient eu des effets délétères sur le personnel soignant, comme l'externalisation de certaines activités (en premier lieu les activités de bio-nettoyage), l'augmentation des normes et des procédures de toutes sortes (en matière de « bientraitance » par exemple<sup>7</sup>), ou encore la modification des roulements et des plannings des soignants.

A chaque unité fonctionnelle correspondait une équipe soignante composée de médecins, d'infirmiers et d'aides-soignants qui étaient amenés à collaborer entre eux et avec d'autres professionnels (kinésithérapeutes, diététiciens, etc.) dans le cadre de la prise en charge des patients. Chaque unité était dirigée par un binôme constitué d'un cadre de santé et d'un médecin. Le premier encadrait et animait une équipe composée de paramédicaux : infirmiers et aides-soignants. Quant au second, il supervisait l'activité médicale et coordonnait le travail des médecins. A noter, cependant, que les médecins, s'ils

---

<sup>6</sup> Du fait d'un *turn-over* assez faible, d'un absentéisme contenu et du renfort en personnel d'encadrement dont elles avaient pu bénéficier au début de l'année 2018.

<sup>7</sup> Voir à ce sujet les analyses critiques de Molinier (2010) et de Gernet et Chekroun (2008).

n'étaient pas les supérieurs hiérarchiques des paramédicaux, exerçaient malgré tout sur ces derniers leur autorité, ne serait-ce que parce qu'ils établissaient les prescriptions médicales.

L'un des auteurs de cet article<sup>8</sup> a répondu à une demande d'intervention émanant de l'un de ces binômes qui souhaitait, d'une part, renforcer la coordination ainsi que la communication au niveau de l'équipe soignante, et, d'autre part, améliorer la prise en charge des patients accueillis au sein de l'unité. Les principaux problèmes identifiés dans cette entité par ce binôme étaient les suivants : des difficultés relationnelles entre le personnel paramédical (infirmiers et aides-soignants) et certains patients (très agressifs) ; un personnel en souffrance et en manque de reconnaissance ; des problèmes de circulation de l'information (notamment entre les différentes catégories de personnel), qui se traduisaient par un certain nombre de dysfonctionnements (ex : oubli de contentions, prescriptions médicales pas toujours suivies, dégradation de la qualité des soins, etc.). Afin de pallier ces problèmes, il était notamment attendu de l'intervenant qu'il s'appuie sur les suggestions de l'équipe pour formuler des propositions d'amélioration de l'organisation du travail. Pour ce faire, nous avons entrepris une recherche-action qui s'est déployée en deux temps. Tout d'abord, une phase d'« enquête » sur le terrain (de début mars à fin juin 2018) qui a donné lieu à la remise d'un rapport au comité de suivi de la recherche (une instance composée du médecin responsable de l'équipe médicale, de la cadre de santé, d'une infirmière, d'un aide-soignant et du chercheur). Puis, une phase de discussion des résultats de l'enquête avec les membres de cette instance, ce qui nous a amenés à amender le rapport de recherche, celui-ci étant au final plus une co-construction avec les acteurs de terrain qu'un rapport d'expert proprement dit. Cette recherche ayant un caractère très participatif, elle relève d'une clinique du travail<sup>9</sup> qui part du principe que « le savoir (construit) est inséparable de l'expérience où il a émergé, ainsi que des effets qu'il produit sur la réalité » (Lhuilier, 2006, p. 182 et 183).

Durant la première phase de la recherche, 25 entretiens semi-directifs auprès des soignants de l'unité (aides-soignants, infirmiers et médecins) ont été menés afin de mieux cerner leur rapport au travail. Au moment de l'enquête, l'unité se composait de 13 aides-soignants (dont 10 femmes), de 7 infirmiers (dont 5 femmes), d'une cadre de santé et de 4 médecins (dont 2 femmes), dont l'ancienneté (dans l'unité) était très variable (de 6 mois à plus de 10 ans). Une analyse de l'activité des aides-soignants et des infirmiers a également été effectuée<sup>10</sup>. Des suivis d'activités (Guerin et al., 1997) ont ainsi été réalisés dans le but d'analyser les pratiques langagières orales des soignants et les interactions dans lesquelles ils s'engagent en les suivant dans des « cours d'action » (Theureau et Jeffroy, 1994), comme l'ont fait Grosjean et Lacoste (1999) dans leur étude du travail des infirmières. Les aides-soignants et

---

<sup>8</sup> Il s'agit de Damien Collard.

<sup>9</sup> Même si elle ne suit pas les principes de « l'enquête canonique » en psychodynamique du travail (Ganem, 2019 ; Edrei, 2017).

<sup>10</sup> Dans la pratique, l'analyse de l'activité a précédé la campagne d'entretiens ; à noter que quelques observations auprès de rééducateurs (kinésithérapeutes et enseignants en activité physique adaptée) ont également été réalisées. L'analyse de la demande et le travail de terrain réalisé lors de la première phase de cette recherche s'apparentent en fait à la phase de pré-enquête en psychodynamique du travail.

les infirmiers ont ainsi été suivis pendant une cinquantaine d'heures environ en l'espace de quatre mois. Ces suivis d'activités nous ont permis de repérer les espaces de délibération sur le travail qui existent au sein de l'unité, ainsi que les différents types d'interactions dans lesquelles s'engagent les soignants.

Deux grandes catégories d'espaces ont été étudiées grâce à ces suivis d'activités<sup>11</sup>. Premièrement, des espaces formels – comme le staff hebdomadaire (animé par un médecin, il réunit l'ensemble des paramédicaux impliqués dans la prise en charge des patients), les transmissions orales (il s'agit des relèves inter-équipes) ou encore les réunions animées par l'encadrement –, dont la fonction est à la fois d'assurer la bonne circulation de l'information, de renforcer la coordination, et de permettre aux participants d'énoncer les problèmes rencontrés dans le travail. Deuxièmement, des espaces informels qui se déroulent souvent dans les interstices (Fustier, 2012) et dans lesquels se déploie une parole libre. Ces derniers se sont parfois « ouverts » du fait que les soignants se savaient observés, la présence d'un chercheur et ses questions contribuant en effet à libérer une certaine parole sur le travail.

### 3.) Résultats empiriques

Cette méthodologie nous a tout d'abord permis d'identifier les types de problèmes et de violences physiques qui se produisent dans l'unité. Les extraits ci-dessous, tirés du journal de bord de Damien Collard, donnent un aperçu des difficultés rencontrées par les soignants à différentes étapes de la prise en charge du patient et de la manière dont elles sont traitées *via* la délibération. Ils donnent également à voir les effets de relations prolongées dans le temps (sur la prise en charge du patient notamment) et les différentes formes d'interactions entre soignants. Enfin, ils illustrent deux configurations très différentes sur le plan de la violence : l'une concerne certaines pratiques soignantes qui peuvent, paradoxalement, s'apparenter à des actes violents ; l'autre se rapporte aux violences physiques qui peuvent être commises par les patients sur le personnel soignant.

#### Extraits tirés du journal de bord

##### **Le 27 avril 2018 : une journée riche en discussions**

J'assiste aux transmissions orales entre aides-soignants. La convivialité et la bonne humeur règnent. Les quatre aides-soignants (AS) commencent par évoquer le cas d'un patient (alcoolique) nouvellement arrivé dans l'unité, avant de passer en revue trois autres cas, ce qui va les amener progressivement à s'engager dans une discussion débridée et cocasse, alors même que les situations évoquées sont dramatiques, comme en témoigne l'extrait ci-dessous.

AS1 (à propos du nouvel arrivant) : « *Pour l'instant, il est très correct, très gentil.* »

AS3 : « *Mais il y a son voisin qui boit du vin, ça va peut-être lui donner envie ?* » (...)

AS2 : « *Après dans le vin ce n'est pas un pourcentage d'alcool trop fort...* »

<sup>11</sup> A noter que dans un article précédent consacré spécifiquement à la méthodologie déployée dans le cadre de cette recherche-action (Collard, 2019), une typologie plus précise de ces espaces a été proposée ; celle-ci n'es cependant d'aucune utilité dans le cadre du présent article.

AS1 : « *Et puis on dit qu'il vaut mieux donner du vin à quelqu'un qui en a besoin. Donc je te laisse voir... Alors Mme M, comment dire ? Elle ne fait rien...* »

AS4 : « *T'as arrosé la plante ?* » [Rires]

AS2 : « *J'ai vu son fils hier et il m'a dit qu'il fallait qu'on la stimule pour qu'elle mange.* »

AS4 : « *Mais même eux ils n'y arrivent pas !* »

AS1 : « *Elle ne veut plus en fait. La nourriture elle la garde dans sa bouche.* »

AS4 : « *Elle est complètement anorexique.* »

AS1 : « *Franchement, pour Mme M, c'est chaud...* »

AS2 : « *Il faut voir pour une GPE...* » [Sonde gastrique]

S'ensuit un silence pesant. Puis l'un des soignants en vient à mimer certains patients. D'autres lui emboitent immédiatement le pas. Cette situation déclenche un rire collectif, libérateur. L'équipe évoque ensuite le cas d'un patient désinhibé sexuellement : Monsieur D.

AS2 : « *Hier il était hyper excité.* »

AS4 : « *Il se lâche complètement ! C'est le gros lourd !* »

AS2 : « *Hier il m'a dit que j'avais un gros cul. Je l'ai regardé et je lui ai dit : « Là on va peut-être se calmer Monsieur D ! (...)* »

AS4 : « *La dernière fois il m'a dit : « j'ai la vessie pleine. Emmène-moi pisser. Et les roustons sont pleins aussi !* » [Rires]

AS1 : « *Non mais lui ce qu'il lui faut c'est un bon porno et un verre de pastis !* »

AS4 : « *Il y en a une qui va se faire serrer ! Je ne sais pas qui...* »

Puis l'équipe évoque le cas d'un autre patient (grabataire).

AS2 : « *Il a fait un paquet dans sa couche hier. Et va pour le tourner ! [Elle mime la situation.] Et hier c'était vraiment le combat. Tu sais, on met une alaise sous la couche. Alors je glisse la main et à ce moment-là j'ai tout le bras plein de merde !* »

AS4 : « *Ah t'aurais dû te couper le bras !* »

AS1 : « *Quel beau métier ! Souviens-toi de tes motivations quand tu as passé le concours... Bah alors tu as une baisse de motivation ?* »

AS4 : « *Ce sont les risques du métier...* » [Rires]

J'assiste ensuite au staff qui réunit, ce jour-là, un médecin, deux aides-soignants et deux infirmiers. Le ton de la réunion est grave. Le cas de Mme D est évoqué. L'un des aides-soignants souligne qu'elle n'a quasiment rien mangé. La discussion se poursuit autour des douleurs ressenties par Mme D au moment de la toilette. Un soignant fait alors part de son désarroi : « *Il a fallu la tourner, lui écarter les pieds et donc je lui ai fait mal. Donc c'est plus ça qui m'embête finalement. (...). On a le temps de la faire pleurer la dame...* » Le médecin signale que, pour l'instant, il n'est pas envisageable d'utiliser la morphine (car cela plonge Mme D dans un état de somnolence avancé).

### **Le 30 avril 2018 : les répercussions de la prise en charge de Mme D sur l'équipe soignante**

J'assiste aux transmissions orales entre quatre aides-soignantes. Le cas de Mme D est à nouveau évoqué. La toilette du matin est vécue comme un acte violent qui occasionne une souffrance physique chez cette patiente et une souffrance éthique chez les soignants, comme en témoigne l'extrait ci-dessous.

AS1 : « (...) Mme D est un peu douloureuse ce matin. Mais il faudrait quand même qu'on lui mette quelque chose... »

AS2 : « Y a X [un médecin] qui ne veut pas parce que ça l'endort. »

AS3 (en colère) : « Oui mais pour les changes c'est plus possible quoi ! C'est énervant. Il faut trouver quelque chose le temps du change... »

AS2 : « Mais vraiment X ne veut pas. Après il la trouve trop endormie... »

AS1 : « Nous le problème c'est qu'on la voit souffrir. »

AS2 : « C'est vrai que dès qu'on arrive on voit dans son regard que... Mais elle est mignonne après... Mais pour nous c'est terrible, terrible ! »

AS1 : « C'est vrai que pour nous c'est terrible de la voir souffrir comme ça... »

AS2 : « Alors, X, il dit que la morphine ça la shoote trop et donc qu'il vaut mieux qu'elle souffre cinq minutes. »

#### **Le 14 mai 2018 : adapter la prise en charge de Mme D**

J'accompagne la kinésithérapeute du service dans son activité. Elle évoque avec émotion le cas de Mme D et me fait part de l'évolution de la prise en charge de cette patiente : « Avec elle, quand je venais, c'était littéralement de la torture, et en fait ça ne servait plus à rien car elle revenait dans sa position initiale. Et j'ai décidé d'arrêter la prise en charge le jour où elle m'a dit : « je vous en prie, arrêtez ! » J'en ai encore des frissons rien qu'à vous raconter. Et donc, quand j'ai arrêté la prise en charge, j'ai aussi passé le relais à la psychomotricienne qui travaille avec elle tout ce qui est détente, tout ce qui est massage de bien-être. (...). C'est très dur avec elle. Quand vous rentrez chez vous, il faut vraiment être capable de mettre ça de côté... »

#### **Le 15 mai 2018 : adapter la prise en charge de Mme D (suite)**

Un aide-soignant m'apprend que le médecin a finalement décidé de recourir à la morphine pour soulager les douleurs de Mme D : « Donc on a remis de la morphine pour les soins mais ça l'endort. (...). Mais moi qui la fréquente beaucoup à travers les soins je la préfère un peu endormie et apaisée. Mais encore une fois, hier matin, ça faisait plaisir parce qu'elle parlait un peu. Elle chuchotait des mots et elle était bien présente, mais dès qu'on la touchait c'était dur... »

#### **Le 22 mai 2018 : la violence de Monsieur M**

Explosion de colère d'une aide-soignante dans le poste de soins à l'évocation du cas de Monsieur M. Une discussion informelle s'engage avec les deux infirmières et le médecin présent dans les lieux pour savoir comment canaliser la violence de ce patient. Plus tard dans la journée, l'aide-soignante m'expliquera la situation en ces termes : « Donc dimanche, il s'est débattu et il a fallu le tenir pour le laver. Il voulait nous donner des coups de boule ! Il disait qu'il allait nous buter ! Si on s'approchait trop de sa tête et bien il fallait éviter le coup de boule. C'était physique. »

#### **Le 7 juin 2018 : discussion autour d'un problème de contention**

Je m'immisce dans une conversation informelle entre aides-soignants qui a lieu dans un couloir. Il y est question de Monsieur M qui, la nuit dernière, a été particulièrement violent avec l'équipe de nuit, une infirmière ayant notamment reçu un coup au visage. La situation n'est une surprise pour personne. L'une des soignantes évoque les coups dans le ventre qu'elle a reçus de la part de Monsieur M. J'apprends aussi, à cette occasion, que le cadre de nuit a déclaré cet incident comme « événement indésirable », un signalement d'autant plus justifié qu'aucun des soignants de l'équipe n'a pensé à remettre la contention de Monsieur M après la toilette du matin, alors

même qu'il s'agit d'une prescription médicale. La discussion informelle qui s'engage ce jour-là autour de cet incident va se cristalliser sur l'oubli de la contention, comme en témoigne l'extrait ci-dessous.

AS1 : « *Le problème, à l'origine, c'est que AS4 n'est pas allée chercher la contention.* » (...)

AS3 (qui était le binôme d'AS4 le jour de l'incident) : « *Mais moi j'ai percuté car j'ai dit à AS4 qu'il avait une contention. Et elle m'a dit qu'elle allait la chercher. Après elle n'est pas allée la chercher... Après moi, honnêtement, je ne suis pas revenue parce qu'elle m'a dit qu'elle allait le faire...* »

AS2 : « *La contention c'est le truc qu'il faut pas zapper...* »

AS1 : « *Mais il y a des soignants qui ne la mettent pas ! C'est pareil pour Monsieur F. Il a chuté plusieurs fois, dont la semaine dernière. Le problème, ce sont les soignants qui ne veulent pas la mettre. Mais moi je la mets qu'il soit content ou pas.* »

AS2 : « *Mais ce n'est pas « contention si besoin » pour lui ?* »

AS1 : « *Non c'est Y [une infirmière] qui ne veut pas que l'on mette la contention pour lui. Mais comme il a chuté plusieurs fois, le médecin a à nouveau prescrit la contention. Après, comme je disais à la cadre, il y a le problème que les contentions sont au deuxième étage... Alors s'il faut courir à chaque fois pour aller chercher la clé... que je n'ai même pas trouvée d'ailleurs. (...)* »

AS2 : « *Après il y a une référente contention... que l'on voit de temps en temps. Et le problème c'est que les contentions ne sont pas triées...* »

#### **Le 8 juin 2018 : suite de la discussion autour du problème de contention**

En salle se pause, une discussion informelle s'engage entre plusieurs soignants (à laquelle je participe) autour de l'incident de la veille. Des problèmes de communication et des dysfonctionnements organisationnels sont notamment mis en avant pour expliquer cet incident, comme l'illustre l'extrait ci-dessous :

AS5 : « *Il fallait qu'une personne se détache et aille au 5<sup>ème</sup> étage ou au 2<sup>ème</sup> [pour aller chercher une contention]. Ça dépend du jour...* »

Le chercheur : « *Sauf qu'il y a une agent qui a dit qu'elle allait le faire, mais cela n'a pas été fait...* »

AS5 : « *Ah ça c'est autre chose... Parce que moi on m'a dit que c'était pour la contention fauteuil qui était souillée...* »

AS6 : « *Non mais la personne savait... mais par flemme apparemment elle n'y est pas allée.* »

Le chercheur : « *Mais il y a aussi une clé au 2<sup>ème</sup> ?* »

AS5 : « *En semaine, dans le bureau des cadres, il y a toujours une clé pour les contentions. Mais le week-end il y a toujours une clé disponible au 5<sup>ème</sup>. Il fallait juste monter les deux étages.* »

AS6 (en s'adressant au chercheur) : « *Et si la clé est perdue et bien vous appelez la sécurité.... Et ils viennent tout de suite parce que moi j'ai déjà fait appel à eux.* » (...).

AS5 : « *Je sais qu'il y a eu une réunion sur les contentions au niveau du pôle [gériatrie]... Mais on en avait parlé entre nous lors de notre réunion mensuelle de service avec notre cadre et moi je me suis proposée pour être référente. Mais il faudrait voir si on ne peut pas en stocker quelques-unes dans le service parce qu'autrement on a tout. On a les embouts qui sont là... mais pas les contentions en elles-mêmes. Parce que si elles étaient étiquetées il y aurait une traçabilité. Il faudrait peut-être les tracer, mais c'est sûr que c'est à revoir...* »

#### **Le 11 juin 2018 : le retour au calme**

J'apprends par le biais d'une aide-soignante que le traitement médicamenteux de Monsieur M a changé et que celui-ci est beaucoup plus calme.

**Le 14 juin 2018 : un répit de courte durée**

J'accompagne une des infirmières de l'unité dans son activité. Elle évoque le cas de Monsieur M. J'apprends que la veille il a fallu le ceinturer pour lui administrer une piqûre en intramusculaire (afin de juguler son agressivité). J'assiste aux soins prodigués sur Monsieur M qui, ce jour-là, est complètement hagard.

On voit, à travers ces extraits, que les violences physiques qui se produisent dans l'unité sont essentiellement externes. Il s'agit en effet de violences qui visent les soignants et qui sont perpétrées par des patients (cf. le cas de Monsieur M), plus rarement par leurs proches. Néanmoins, les soignants sont susceptibles, eux aussi, de commettre des actes de violence à l'encontre des patients, qu'ils soient intentionnels ou pas, que cette violence soit « actionnelle » ou « réactionnelle », ou qu'elle relève d'un autre registre. Il peut s'agir, par exemple, d'actes de « maltraitance »<sup>12</sup>, mais aussi de certains soins qui, paradoxalement, constituent des actes « violents » à partir du moment où ils sont considérés comme tels par les soignants et où ils génèrent une souffrance physique chez la personne âgée (cf. le cas de Madame D exposé plus haut). Une souffrance qui, en retour, peut parfois induire une violence physique (réactionnelle) de la part de la personne âgée, ainsi qu'une souffrance éthique chez le(s) soignant(s) concerné(s). Ces violences physiques, qui ne sont pas toutes de même nature, ne peuvent évidemment pas être mises sur le même plan. Cependant, dans la mesure où certaines d'entre elles font système, elles doivent être analysées ensemble et en lien avec les éléments modérateurs qui sont susceptibles de les tempérer, de les freiner, voire de les inhiber.

A ce propos, l'enquête montre que la verbalisation et le partage de l'expérience de travail qui se produisent dans les interactions entre soignants (lors des conversations informelles entre soignants, mais aussi lors des transmissions orales et des staffs) permettent de conjurer la souffrance au travail par le truchement de la coopération, et donc *in fine* de prévenir la violence. Quatre points méritent d'être mentionnés à ce sujet. Tout d'abord, en mettant en mot leur expérience de travail et les affects qui les traversent (désarroi, colère, culpabilité, peur, etc.), les soignants peuvent prendre de la distance avec ce qui leur arrive et relativiser certaines situations difficiles. Ils peuvent aussi donner du sens à ces situations, même quand aucune solution à leur problème n'émerge dans l'immédiat (cf. la conversation du 30 avril 2018 à propos du cas de Madame D et celle du 7 juin à propos de la gestion des contentions). Ensuite, la verbalisation de la souffrance au travail peut prémunir contre un éventuel passage à l'acte violent. Par exemple, l'explosion de colère d'une aide-soignante à l'évocation du cas de Monsieur M, qui s'est produite le 22 mai 2018, puis la discussion qui s'en est suivie dans le poste de soins avec les deux infirmières et le médecin présent dans les lieux, ont permis de désamorcer la

---

<sup>12</sup> Lors d'un entretien, la psychologue clinicienne du pôle gériatrie a relaté des actes de maltraitance physique sur des personnes âgées (« *des coups* ») de la part d'aides-soignants dûment identifiés, des actes qui, selon elle, n'avaient fait l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

violence initialement portée par cette aide-soignante. Enfin, c'est à partir du partage des expériences et des ressentis de chacun que peuvent émerger des accords normatifs, et donc des pistes d'actions collectives (comme le suggère l'épisode du 22 mai 2018 puisque la discussion qui s'en est suivie a incité le médecin à revoir le traitement médicamenteux de Monsieur M afin de juguler son agressivité). La discussion et la coopération sont donc au centre du processus vertueux que nous venons de décrire<sup>13</sup>.

C'est l'existence d'espaces de délibération sur le travail – notamment informels – qui autorise cette verbalisation et ce partage de l'expérience de travail. Les espaces informels – quand ils sont habités par des pratiques de convivialité et quand ils constituent une source de plaisir partagé – sont en effet les plus propices à l'expression d'une parole authentique sur le travail. Néanmoins, certains espaces formels, comme les transmissions orales, peuvent jouer le même rôle quand la connivence s'installe entre les soignants au moment où ils en viennent à évoquer certaines situations. Les formes prises par cette parole, de même que les situations dans lesquelles elle se déploie, peuvent néanmoins surprendre vu de l'extérieur. Par exemple, il n'est pas rare que les soignants en viennent à tourner en dérision des situations qui sont à l'origine dramatiques (en soulignant notamment leur caractère insolite et cocasse) et à se moquer des patients, verbalement<sup>14</sup> et/ou en les imitant (cf. la discussion du 27 avril 2018 retranscrite plus haut). L'expression de cette parole libre, spontanée, souvent déroutante (voire dérangeante) pour qui n'est pas du milieu, et qui agit comme un courant dérivatif, est surtout un moyen de conjurer la souffrance et la violence au travail (avant tout parce que les soignants peuvent y partager leurs affects : dégoût, répulsion, peur, agressivité, etc.). A ce titre, elle constitue un élément modérateur clé.

Cependant, l'expression de cette parole libre et spontanée ne permet pas toujours de prévenir et/ou de faire face efficacement à certains phénomènes de violence au travail, comme en témoigne par exemple le cas des prises en charge complexes de Madame D et de Monsieur M exposé plus haut. Ces prises en charge laissent entrevoir, en creux, des difficultés de communication et de coordination entre les différentes catégories de personnel ; ces difficultés génèrent des tensions et des incompréhensions (qui ne sont que partiellement levées par la discussion informelle), mais aussi des problèmes de circulation de l'information et des dysfonctionnements organisationnels (cf. la gestion chaotique des contentions dans l'unité révélée par l'incident du 7 juin 2018 à propos de la contention oubliée de Monsieur M).

<b>Le « clan des fumeurs »</b>
--------------------------------

---

<sup>13</sup> Pour autant, cette coopération était fragile et pouvait être mise à mal, comme nous le verrons plus loin.

<sup>14</sup> Le fait de parler de « *plantes vertes* » pour désigner les personnes grabataires est par exemple courant. Ce qui n'empêche nullement, dans le même temps, l'utilisation de mots « doux » (ex : « *elle est mignonne* », « *ma chérie* », « *le petit père* », etc.) envers les patients, voire l'expression de gestes tendres à leur rencontre (caresses, sourire appuyé, etc.).

Ces difficultés et ces problèmes étaient majorés du fait de l'existence d'un clan au sein de l'équipe soignante – le « clan des fumeurs »<sup>15</sup> –, qui avait édifié une stratégie collective de défense pour conjurer la souffrance générée par certaines situations de travail difficiles à gérer (ex : patients agressifs ou douloureux) et par certains choix organisationnels. L'origine de cette souffrance venait avant tout du fait qu'ils ne pouvaient pas véritablement remanier l'organisation du travail prescrite et encore moins contrecarrer certains choix organisationnels ou managériaux (comme l'externalisation du personnel de bio-nettoyage ou la modification des plannings). D'où l'édification d'un discours « anti système » extrêmement virulent ayant pour cible principale la direction et l'encadrement, mais aussi les gestionnaires et le personnel administratif. D'où, également, la construction d'un discours autour du thème de la « mascarade » pour signifier à leur interlocuteur que l'hypocrisie régnait en maître au sein de l'hôpital. A l'origine de ce type de discours, on trouvait Paul<sup>16</sup>, le chef de ce clan, qui était par ailleurs l'aide-soignant le plus ancien dans l'unité, celui qui avait vécu toutes les réorganisations successives en l'espace d'une dizaine d'années (ex : développement des soins palliatifs, sans pour autant que l'ensemble du personnel soit formé à cette nouvelle activité, introduction de nouveaux roulements, embauche de personnel soignant sous CDD, etc.). Ces réorganisations avaient fini par éroder sa motivation au travail et par altérer la dynamique de groupe qu'il avait connue durant les premières années, à son grand regret. C'est pour contrecarrer et critiquer ces évolutions délétères que le clan des fumeurs s'était constitué, puis structuré autour d'une diatribe « anti système » extrêmement virulente, voire violente. Cela permettait en effet à chaque membre du clan de disposer d'un discours « prêt à l'emploi », un discours qui, de surcroît, justifiait des actions de résistance menées à titre individuel ou collectif, quand bien même celles-ci se traduisaient par quelques « dérapages » pouvant donner lieu à des sanctions disciplinaires<sup>17</sup>. Mais cette rhétorique « anti système », articulée au discours de la « mascarade » impulsé par Paul, ne manquait pas d'avoir des répercussions négatives sur la prise en charge des patients accueillis dans l'unité, la désresponsabilisation de certains membres du groupe vis-à-vis des patients pouvant les conduire à négliger certaines tâches d'hygiène et de confort ou liées à la sécurisation des personnes (comme les contentions). Elle induisait également des problèmes de communication entre les fumeurs et le reste du personnel soignant, mais aussi des tensions et des conflits, et portait donc atteinte à la coopération au sein de l'équipe soignante<sup>18</sup>.

Les nombreux problèmes et dysfonctionnements liés aux contentions (comme le fait d'oublier de remettre la contention d'un patient alors même que celle-ci constitue une prescription médicale, la gestion chaotique du stock de contentions, ou encore les discours contradictoires au sujet des contentions...) sont révélateurs d'une communication défailante, d'un manque de rigueur dans les pratiques professionnelles, et de l'absence de règles de travail communes. Pour résoudre les difficultés et les problèmes que nous venons d'évoquer, une action sur les espaces formels en vue d'encourager la délibération sur le travail semble nécessaire. En effet, si les espaces informels rendent possible la

---

<sup>15</sup> Il était composé de quatre hommes (dont trois aides-soignants) et de deux femmes (deux aides-soignantes) qui avaient pris l'habitude de se retrouver durant les pauses cigarettes.

<sup>16</sup> Le prénom a été changé.

<sup>17</sup> Comme en témoigne la plainte pour harcèlement moral déposée par un ancien médecin de l'unité, suite à une blague qui avait très mal tournée au moment de son pot de départ.

<sup>18</sup> Pour une analyse plus poussée des relations entre les différentes catégories de personnel et des tensions entre les fumeurs et les autres soignants, nous renvoyons le lecteur au chapitre 2 du livre *Gériatrie : carrefour des souffrances* (Collard, 2021).

verbalisation et l'expression du vécu subjectif, les espaces formels, quant à eux, doivent permettre de prendre à bras le corps les problèmes et les dysfonctionnements organisationnels générateurs de violences.

#### **4.) Discussion**

En discussion, nous souhaitons revenir sur trois points : tout d'abord, sur les modalités de traitement symbolique et langagier des violences physiques au travail, en lien avec les espaces de délibération dans lesquels elles se déploient ; ensuite, sur les actions qu'il est possible de mettre en place pour encourager les discussions qui se produisent dans les espaces formels ; enfin, sur les actions qu'il est possible de déployer pour renforcer la vitalité des espaces informels.

Notre enquête montre que la délibération sur le travail permet de traiter les violences physiques sur un mode symbolique et langagier, comme le suggère la psychodynamique du travail, et plus particulièrement les travaux de Molinier (2008, 2013) sur le personnel soignant. D'où l'importance de certaines pratiques langagières et corporelles, qui peuvent paraître surprenantes à première vue – comme le fait de mimer certains patients par exemple –, mais qui permettent néanmoins de désamorcer les violences quand la convivialité est au rendez-vous et qu'il existe une certaine complicité entre les membres de l'équipe (cf. les transmissions orales entre aides-soignantes du 27 avril 2018). Le fait de mimer certains patients constitue ainsi une modalité de représentation du réel qui est fréquemment utilisée par le personnel soignant et qui permet d'éprouver en soi la différence de l'autre – et donc « de se rendre sensible à sa présence, sans pour autant être débordé par l'angoisse que génèrent sa détresse et sa déchéance » (Molinier, 2013, p. 124). Ce processus (défensif) repose sur le fait que « la détresse et la déchéance (...) sont pour ainsi dire dédramatisées par l'humour, la fantaisie, la moquerie, la capacité à voir et à sentir avec amusement et tendresse la faiblesse et la vulnérabilité en l'autre » (Molinier, 2013, p. 124). L'enjeu, pour les soignants, est en définitive double puisqu'il s'agit de « ne pas se détourner de la souffrance d'autrui sans pour autant annihiler sa propre santé mentale » (Molinier, 2013, p. 125).

Dans ce contexte, on comprend mieux pourquoi les conversations informelles entre soignants revêtent une importance cruciale, que celles-ci se déroulent dans les espaces informels ou dans certains espaces formels dans lesquels une parole libre entre pairs peut s'exprimer (comme les transmissions orales entre soignants). C'est en effet avant tout dans ces lieux que peuvent se dire – souvent de façon détournée (sur le mode de la plaisanterie, de l'humour noir, de la moquerie, ou encore de l'autodérision...) – les souffrances et les violences au travail, qu'elles proviennent des patients ou des soignants. Ces lieux, qui servent d'exutoire et de défouloir, viennent en définitive contrecarrer l'expression de la violence au travail.

A noter que ces espaces n'excluent pas par principe la présence de la hiérarchie, pour peu que celle-ci respecte les logiques collectives à l'œuvre dans ces lieux et accepte certains compromis, comme le

signale d'ailleurs Dejours (2013, p. 102) : « Dans l'office du service hospitalier, par exemple, les infirmiers côtoient les aides-soignantes, l'interne et même, quand la convivialité est forte et la coopération prospère, le chef de service et l'assistant. Tous partagent le café et échangent des plaisanteries, des moqueries et sont tour à tour l'objet de la dérision collective. (...). Aussi l'exercice du commandement, de la domination et de la hiérarchie doit-il consentir certains compromis que les subordonnés arrachent au chef. »

Si l'on veut prévenir les phénomènes de violence au travail, il est donc primordial de respecter les pratiques langagières et corporelles que nous venons de décrire et de préserver les dynamiques collectives qui se produisent dans les lieux consacrés à la convivialité (espaces de délibération informels ou formels dans lesquels peuvent se déployer une parole libre). D'autant plus que ces lieux peuvent abriter « une activité très sophistiquée de parole et d'écoute orientée vers l'intercompréhension, les règles de travail [étant] aussi et toujours des règles sociales, c'est-à-dire des règles qui organisent la civilité et le vivre ensemble » (Dejours, 2013, p. 100). Or la civilité et le vivre ensemble sont des antidotes à la violence au travail.

Pour autant, les différentes modalités de traitement symbolique et langagier des violences physiques qui ont cours dans les espaces de convivialité, et, de manière plus générale, les conversations informelles entre soignants qui tissent la trame de la coopération au travail, ne permettent pas toujours de résoudre certains problèmes organisationnels (comme la gestion chaotique des contentions révélée par l'incident du 7 juin 2018), des problèmes qui, sur notre terrain, étaient majorés du fait de la présence d'un clan et de l'existence d'une stratégie collective de défense qui tendait à fragiliser la coopération au niveau de l'équipe soignante, et donc à dégrader la qualité des soins dispensés auprès des patients<sup>19</sup>. Agir sur les espaces formels s'avère nécessaire pour traiter ces problèmes. Stimuler les délibérations qui se produisent dans ce type d'espaces peut en effet constituer une piste intéressante pour développer davantage la coopération au sein de l'équipe soignante et conjurer les violences physiques au travail. C'est pourquoi, sur notre terrain, des recommandations allant dans ce sens ont été émises auprès du comité de suivi de la recherche<sup>20</sup>. Parmi ces recommandations : la mise en place de transmissions collectives inter-métiers impliquant aides-soignants et infirmiers ; l'introduction de « points de vigilance » qui seraient énoncés de manière explicite par le médecin lors du staff hebdomadaire ; le déploiement d'un dispositif (quotidien) de type briefings/débriefings qui serait animé par les infirmiers ; l'institutionnalisation des retours d'expérience (pour traiter les incidents mettant en jeu la sécurité des patients et/ou des soignants, mais aussi pour faciliter la prise en charge des personnes en fin de vie et des patients douloureux). Ces recommandations, qui ont suscité l'intérêt du comité de suivi de la recherche, visent à répondre à plusieurs objectifs à la fois : améliorer la circulation de l'information entre les différentes catégories de personnel et renforcer la coordination

---

<sup>19</sup> Contrairement au processus défensif basé sur la dédramatisation des situations difficiles que nous avons analysé plus haut, qui, lui, favorisait la coopération au niveau de l'équipe soignante.

<sup>20</sup> A noter que certaines de ces recommandations émanent de membres de l'équipe soignante.

entre soignants en vue de prévenir les violences physiques ; introduire davantage de rigueur et de constance dans les pratiques professionnelles de manière à éviter la survenue d'événements susceptibles d'affecter la sécurité des patients et/ou des soignants ; mobiliser davantage les acteurs autour d'objectifs communs en lien avec la prise en charge des patients ; assouplir la stratégie collective de défense édictée par le clan des fumeurs. En outre, les actions que nous avons préconisées offrent un cadre formel pour que les soignants puissent énoncer les difficultés et les tensions générées par certaines situations de travail ; qui plus est, un cadre dans lequel ils peuvent croiser leur point de vue et qui favorise l'émergence de pistes d'actions collectives (et donc l'élaboration de règles de travail communes). A noter que ces actions peuvent tout à fait s'articuler avec d'autres types d'actions de prévention mises en exergue dans la littérature, comme l'agencement des lieux (Steffgen, 2008) ou encore la formation du personnel (Courcy et Savoie, 2003).

Ces recommandations n'ont cependant pas pu être mises en œuvre sur le terrain du fait d'une importante restructuration qui a impacté le pôle gériatrie quelques mois après l'enquête – qui s'est traduite par la fermeture d'une deuxième unité de longs séjours et une réorganisation des soins de suite et de réadaptation gériatriques –, suite à la décision brutale prise par le groupement hospitalier de transférer des lits de gériatrie des hôpitaux vers des maisons de retraite labélisées<sup>21</sup>.

Quoi qu'il en soit, si une action délibérée sur les espaces de délibération formels peut s'avérer pertinente pour réguler les phénomènes de violence, cela reste néanmoins insuffisant d'après la psychodynamique du travail. Encourager la délibération sur le travail dans un cadre formel peut certes, en théorie, renforcer la discussion collective et stimuler l'activité déontique (et donc prévenir la violence au travail), mais il n'en est pas forcément ainsi dans la pratique. Les espaces formels peuvent en effet se dévitaliser si, par exemple, les salariés n'arrivent pas à se les approprier, s'ils n'osent pas évoquer les difficultés qu'ils rencontrent dans leur activité, ou encore si les outils utilisés ne font pas sens. Or, « faute d'espace de discussion collectif et d'activité déontique, se constitue une situation où chaque sujet s'affranchit individuellement des difficultés provoquées par la confrontation au réel » (Dejours, 2007, p. 92), une situation qui est susceptible de générer des actes de maltraitance physique contre les patients. « La tentation de se venger de l'échec du travail de soin ou encore de ce que suscitent affectivement la saleté, l'inertie, l'opposition, voire l'agressivité des malades, par des mauvais traitements ou de la violence contre les malades est [d'ailleurs] banale » (Dejours, 2007, p. 93). Cette tentation est banale parce que le travail de soin en gériatrie ne peut tout simplement pas vaincre l'obstacle de la maladie chronique ou conjurer la mort, même quand ce travail est bien conçu et bien organisé selon Dejours (2007). Cette situation est évidemment génératrice de souffrance, et, pour la psychodynamique du travail, c'est l'intensité de la souffrance des soignants qui explique que,

---

<sup>21</sup> Cette décision, lourde de conséquences et aux effets délétères, s'inscrit dans le droit fil du *New public management*, une doctrine qui puise ses fondements dans les cercles d'idées néolibérales des années 1970 et qui tend à introduire des logiques de marché au cœur même des institutions publiques (Collard, 2018). C'est pourquoi nous avons proposé de substituer au *New public management* une politique de *care* envers le personnel soignant en gériatrie (Collard, 2021).

en l'absence de délibération effective sur le travail, des actes de maltraitance physique sur les malades puissent se produire. C'est pourquoi, selon elle, l'action adéquate ne relève pas seulement de la rationalité instrumentale, mais aussi d'autres formes de rationalité – en premier lieu de la « rationalité subjective » (qui tend à la préservation de soi) et de la « rationalité axiologique » (qui repose sur un ensemble de valeurs partagées) – et d'une initiative qui permet de restaurer les conditions de possibilité d'une délibération sur le travail (Dejours, 1992, 1998, 2013). D'où l'idée de s'appuyer sur les espaces informels pour stimuler la délibération sur le travail et encourager les conversations informelles entre pairs. Mais comment concrètement ? En préservant tout d'abord les dynamiques communicationnelles existantes. En agissant sur l'espace de travail ensuite.

Préserver les dynamiques communicationnelles existantes signifie notamment préserver les normes de civilité en vigueur, les pratiques de convivialité qui habitent ces lieux, les formes d'humour qui s'y déploient, les styles relationnels des différents participants à la discussion, les affects et les émotions qui circulent lors des échanges... Il s'agit là d'éléments clés qui structurent les interactions, qui fondent le sentiment d'appartenance à un groupe, à une équipe, et qui sont des antidotes à l'expression de la violence au travail. La présence occasionnelle des managers dans ces espaces ne doit par conséquent pas être trop intrusive. Il convient donc d'agir avec doigté. Si les managers comprennent en effet ce qui s'y joue et s'ils interviennent à bon escient, ces lieux peuvent, en définitive, devenir des espaces de coopération verticale, et non seulement des espaces de coopération horizontale (Dejours, 2013).

Agir sur l'espace de travail signifie, ici, aménager les lieux de détente (comme la salle de pause) de telle sorte qu'ils soient propices à l'expression d'une parole libre sur le travail, ce qui peut passer, par exemple, par le fait de mettre à disposition du personnel soignant un mobilier à même de favoriser les moments conviviaux, ou encore une machine à café... Aménager l'espace de travail pour qu'il facilite la discussion dans le cours même du travail (par exemple en réaménageant le poste de soins pour faire en sorte qu'il favorise davantage les conversations sur le travail et l'ajustement mutuel) constitue un autre levier d'action possible.

### **Conclusion :**

La délibération sur le travail constitue un levier d'action essentiel pour réguler les violences physiques, notamment parce qu'elle facilite la verbalisation et le partage de l'expérience de travail. Cette délibération ne peut cependant se déployer que s'il existe dans l'organisation des lieux qui permettent de la catalyser, qu'il s'agisse d'espaces dédiés à la convivialité dans lesquels peut s'exprimer une parole libre sur le travail ou bien d'espaces plus formels animés et pilotés par l'encadrement.

Les premiers sont d'une importance cruciale, notamment parce qu'ils permettent aux salariés de traiter les violences physiques sur un mode symbolique et langagier ; ce faisant, ceux-ci peuvent donner du sens aux événements qui se produisent et se protéger. Ces lieux – il s'agit avant tout des espaces

informels, mais aussi de certains espaces formels dans lesquels les professionnels peuvent échanger librement – constituent donc des espaces de régulation des tensions et des contradictions qui naissent de l'activité, même si la parole qui s'y déploie est généralement moins articulée que celle qui se déroule dans un cadre plus formel. Ils constituent néanmoins de véritables espaces de délibération, d'autant plus que des pistes d'actions collectives peuvent émerger dans ces lieux. Il convient donc de ne pas disqualifier par avance ce qui s'y joue et ce qui s'y dit<sup>22</sup>. Au contraire, les intégrer pleinement à la réflexion, les préserver et maintenir leur vitalité doivent être mis à l'agenda de toute démarche en matière de développement de la délibération sur le travail, *a fortiori* lorsque l'enjeu est de prévenir les violences au travail.

Les seconds sont tout aussi importants que les premiers, puisque c'est dans les espaces formels animés et pilotés par la hiérarchie que peuvent être traités certains problèmes qui ne trouvent habituellement pas de solution dans un cadre plus informel (même si les espaces informels peuvent jouer un rôle d'amorçage de la discussion), soit parce que personne ne se sent responsable de ces problèmes, soit parce que les acteurs tendent à se renvoyer la balle (ce qui a pour effet de majorer les risques de violences physiques au travail). C'est donc à la hiérarchie de se saisir de ces problèmes (d'autant plus qu'ils ont souvent une origine organisationnelle) et de les mettre à l'ordre du jour des réunions, tout en déployant les outils et les démarches qui permettront de stimuler la délibération sur le travail.

Enfin, de manière plus globale, il convient de penser les liens entre ces deux types d'espaces et d'envisager la délibération sur le travail comme un processus qui se déploie dans le temps, ce qui suppose de réfléchir tout d'abord aux conditions qui facilitent l'émergence d'espaces informels, puis de capitaliser sur ce qui se dit dans ces lieux et de trouver des prolongements à la discussion *via* les espaces formels, notamment pour résoudre des problèmes et des dysfonctionnements qui ont une origine organisationnelle.

En définitive, le concept d'espace de délibération, tel qu'il est appréhendé en psychodynamique du travail, s'avère être un « outil » puissant (tant sur le plan conceptuel que sur celui de la *praxis*) pour penser les actions à entreprendre pour conjurer les violences physiques au travail.

---

<sup>22</sup> Comme tendent à le faire l'Agence nationale d'amélioration des conditions de travail (ANACT) et la Haute autorité de santé (HAS) à travers l'ingénierie des espaces de discussion qu'elles mettent en œuvre auprès des établissements de santé ; la perspective est purement instrumentale, le qualificatif « d'espace de discussion » étant réservé aux espaces qui sont sous contrôle managérial, ce qui n'est pas sans pose problème... Cette critique rejoint l'analyse proposée par Castejon (2020) à propos des « espaces de discussion ».

## **Bibliographie :**

- CASTEJON C. (2020), « Éléments de discussion sur « l'espace de discussion dans/sur le travail », *Travailler*, n°43, pp. 65-78.
- COLLARD D. (2018), *Le travail, au-delà de l'évaluation. Normes et résistances*, Toulouse, Éditions Érès.
- COLLARD D. (2019), « Explorer et gérer les espaces de discussion sur le travail », *Gérer et Comprendre*, n°138, pp. 21-30.
- COLLARD D. (2021), *Gériatrie : carrefour des souffrances. Une approche par la psychodynamique du travail*, Paris, L'Harmattan.
- COURCY F., SAVOIE A. (2003), « L'agression en milieu de travail : qu'en est-il et que faire ? », *Gestion*, vol. 28, n°2, pp. 19-25.
- DEJOURS C. (1980). *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail* (édition revue et augmentée, 2008). Bayard Centurion.
- DEJOURS C. (1992), « Pathologie de la communication, situation de travail et espace public : le cas du nucléaire », *Raisons pratiques*, vol. 3, pp. 177-201.
- DEJOURS C. (1998), *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Editions du Seuil.
- DEJOURS C. (1999), « Violence ou domination ? », *Travailler*, n°3, pp. 11-29.
- DEJOURS C., Dir. (2007), *Conjurer la violence ; travail, violence, santé*, Paris, Editions Payot & Rivages.
- DEJOURS C. (2013), « Travail vivant – 2. Travail et émancipation », Paris, Editions Payot & Rivages.
- DEJOURS C. (2016), *Situations du travail*, Paris, Presses universitaires de France.
- EDREI B. (2017), « Demande et écoute risquées comme conditions de l'enquête et de l'action en psychodynamique du travail », *Travailler*, n°38, pp. 223-238.
- ESMAN S., NIMIS J-L., MOLINIER P. (2009), « Problématiques éthiques liées à une organisation inadéquate du *care* entre infirmières et aides-soignantes dans un service de gériatrie », *Éthique & Santé*, n°6, pp. 37-42.
- GANEM V. (2019), « L'enquête de psychodynamique du travail canonique : prescription et réalité », *Travailler*, n°41, pp. 61-74.
- GERNET I. et CHEKROUN F. (2008), « Travail et genèse de la violence : à propos des soins aux personnes âgées », *Travailler*, n°20, pp. 41-59.
- GROSJEAN M., LACOSTE M. (1999), *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, Presses universitaires de France.
- FUSTIER P. (2012), « L'interstitiel et la fabrique de l'équipe », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°14, pp. 85-96.

- GUERIN F., LAVILLE A., DANIELLOU F., DURAFFOURG J., KERGUELEN A. (1997), *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*, Paris, Editions de l'ANACT.
- LHUILIER D. (2006), « Cliniques du travail », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°1, pp. 179-193.
- MOLINIER P. (1999), « Prévenir la violence : l'invisibilité du travail des femmes », *Travailler*, n°3, pp. 73-86.
- MOLINIER P. (2004), « Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe », *Travail et Emploi*, n°97, pp. 79-91.
- MOLINIER P. (2008), *Les enjeux psychiques du travail*, Paris, Editions Payot.
- MOLINIER P. (2010), « Apprendre des aides-soignantes », *Gérontologie et Société*, n°133, pp. 133-144.
- MOLINIER P. (2013), *Le travail du care*, Paris, La Dispute.
- STEFFGEN G. (2008), « Physical violence at the workplace: Consequences on health and measures of prevention », *Revue européenne de psychologie appliquée*, vol. 58, n°4, pp. 285-295.
- THEUREAU J., JEFFROY F. (1994), *Ergonomie des situations informatisées*, Toulouse, Editions Octares.
- TRAGNO M., DUVEAU A., TARQUINIO C. (2007), « Les violences et agressions physiques au travail : analyse de la littérature », *Revue européenne de psychologie appliquée*, vol. 57, n°4, pp. 237-255.