

CONDITIONS D'EMPLOI ET PARCOURS DE SOINS : RECHERCHE DES SINGULARITÉS HOMMES-FEMMES FACE AUX SOUFFRANCES MENTALES



ZOOM SUR LE VOLET QUALITATIF

Cette étude s'inscrit dans la réponse à un appel à recherche de la Drees-Dares autour de la santé mentale, des expériences de travail, du chômage et de la précarité. La Fnors et les ORS de quatre régions (Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est et Nouvelle Aquitaine) ont réalisé une étude en vue de mettre en relation et comparer des données sur les trajectoires et organisations d'emploi et les trajectoires de soins des hommes et des femmes, déclarant des problèmes de santé mentale au travail. Cette étude allie des approches quantitative et qualitative. Le premier volet, quantitatif, s'intéresse, au travers d'une approche intersectionnelle, aux imbrications entre les caractéristiques personnelles des individus (genre, âge, catégorie socioprofessionnelle, etc.) et les caractéristiques des emplois (conditions de travail, secteur d'emploi, etc.) dans la perception et la prise en charge des souffrances mentales. Le second volet, qualitatif, centre les analyses sur un secteur particulier d'emploi afin de mieux comprendre les processus d'apparition, de reconnaissance et de prise en charge des souffrances mentales, en fonction du genre.

Des métiers genrés au féminin

- **Non reconnaissance des compétences relationnelles**

Le volet qualitatif de cette enquête a porté sur des métiers du soin genrés au féminin :

- aides-soignant·es ;
- infirmier·es ;
- et aides médico-psychologiques.

Le genre d'un métier est une construction sociale liée à une catégorisation qui prend appui sur des caractéristiques attribuées plutôt aux femmes ou plutôt aux hommes (cf. encadré 1). Cette construction qui est un facteur explicatif de la faible proportion d'hommes exerçant ces métiers, **produit en même temps des effets, dont l'un des plus flagrants est l'invisibilisation des compétences professionnelles.**

Qu'est-ce que le genre ?

C'est « un système de bicatégorisation hiérarchisé entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin/féminin) » (Bereni *et al.* 2020). Autrement dit, le genre désigne l'asymétrie et le rapport de pouvoir existant entre les catégories « homme » et « femme » et les constructions sociales, propres au contexte, qui les sous-tendent.

Par extension, le genre du métier renvoie aux hiérarchies et aux rapports de pouvoir existant entre différents métiers construits et perçus comme « féminin » et « masculin ». Cette extension permet de penser l'articulation entre genre de l'individu et sa profession.

Dans le cas des métiers du soin, la relation à l'autre (ici au patient) est un élément valorisé et valorisant pour tou·tes les professionnel·les, au centre de ce qu'on nomme l'éthos professionnel (cf. encadré 2). Bien que cet élément puisse se décliner sous différentes formes, nous y reviendrons, il est central dans le jugement professionnel. Cependant, les **compétences nécessaires** pour réaliser ce travail relationnel essentiel (l'écoute, l'empathie, le travail sur les émotions) sont en fait **pensées comme des qualités (féminines) naturelles, qui ne nécessiteraient donc pas de reconnaissance particulières (ni financières, ni symboliques)**, parce qu'elles ne nécessiteraient pas un réel travail pour les acquérir.

Ces représentations, factuellement fausses, n'ont cependant pas les mêmes conséquences en fonction des métiers.

- **À la croisée du genre et de la hiérarchie sociale**

En s'intéressant à différents métiers situés à des niveaux différents de la hiérarchie du soin, cette étude s'inscrit dans une perspective intersectionnelle, permettant d'opérer une analyse croisée entre genre et hiérarchie sociale. **En effet, si les aides-soignant·es et les infirmier·es sont confronté·es à la non-reconnaissance d'une partie de leurs compétences professionnelles, cela n'a pas exactement les mêmes effets.**

Les aides-soignant·es, occupant la place la moins élevée dans la hiérarchie des métiers du soin (Arborio 2001), se voient confier le « sale boulot », à la fois au sens de travail délaissé par les autres professionnel·les, mais également les tâches les plus en contact avec la saleté et les sécrétions des corps. Cette position particulière amène les aides-soignant·es à faire de la relation avec les patients le cœur de leur métier, ce qui vient le légitimer et lui redonner du sens. Quant aux infirmier·es, si elles et ils mettent effectivement le travail relationnel au cœur de leurs pratiques, ils et elles peuvent plus souvent valoriser leur activité à partir d'autres types de tâches, bien souvent déléguées

Qu'est-ce que l'éthos professionnel ?

L'éthos professionnel est un système de croyances, valeurs, normes et modèles commun à un ensemble d'individus exerçant au sein d'un groupe professionnel. Il constitue un cadre de référence qui est le produit d'un contexte social et d'une histoire. Concrètement, chaque professionnel·le apprend « non seulement ce qu'il convient de faire pour respecter les règles non écrites de son art, mais encore comment échanger avec ses confrères et les juger en tant que professionnels : ce qui fait qu'on les admire, qu'on les estime ou qu'on les méprise » (Zarca 2009).

par les médecins, plus prestigieuses et moins en contact avec la saleté.

C'est ici que l'on retrouve des spécificités à la croisée du genre et de la hiérarchie sociale. En effet, si on constate **peu de différences dans les discours des aides-soignant·es lorsqu'ils et elles expliquent ce qui fait le sel de leur métier, elles sont plus marquées chez les infirmier·es**. Dans ce groupe professionnel les hommes valorisent beaucoup plus souvent les gestes techniques – pour lesquels les compétences professionnelles sont reconnues – et se projettent plus souvent dans des évolutions de carrières qui valorisent ces services et qui sont plus prestigieuses, que leurs homologues féminines.

Ces effets, documentés dans d'autres études sociologiques, sont essentiels à prendre en compte pour comprendre les singularités de genre face aux souffrances mentales au travail. En effet, la non-reconnaissance de certaines compétences professionnelles qui permettent d'exercer le cœur du métier va se conjuguer avec des effets liés à l'organisation du travail.

Décalages entre ethos professionnel et organisation du travail

Les professionnel·les rencontrés ressentent assez fortement et assez tôt dans leur exercice professionnel un décalage important entre leur ethos professionnel – forgé autour de valeurs humaines et du travail de relation – et les conditions d'exercice liées notamment à des contraintes temporelles. Il devient ainsi compliqué, voir impossible pour les professionnel·les de coller à la figure du ou de la « bon·ne professionnel·le ».

Les conséquences de l'organisation du travail sur la santé mentale des professionnel·les peuvent-être approchées grâce aux trois facteurs dégagés par R. Karasek : l'exigence psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social (Karasek 1979). Selon ce modèle, **une tension au travail apparaît lorsque les exigences psychologiques sont fortes et la latitude décisionnelle restreinte.**

- **Exigence psychologique et investissement temporel**

L'exigence psychologique renvoie à la quantité de travail et à son intensité perçue par les personnes qui travaillent. Les professionnel·les rencontrés font état d'une charge de travail importante à la fois en quantité et en intensité. Elles et ils ont le sentiment de ne pas avoir le temps de faire correctement leur travail et notamment de ne pas pouvoir consacrer suffisamment de temps aux personnes prises en charge. Cet état de fait est, par ailleurs, bien documenté, notamment en lien avec des logiques institutionnelles de rentabilité (Belorgey 2010). La dégradation des conditions de travail s'est accélérée suite à la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Ces logiques viennent heurter les professionnel·les qui ne peuvent plus réaliser le travail relationnel nécessaire.

Pour pallier ces difficultés, les professionnel·les sont incité·es à un surinvestissement temporel, en revenant sur leurs jours de repos et/ou en augmentant leurs amplitudes horaires.

Cet investissement peut-être le fait d'une initiative individuelle afin de réduire l'écart vis-à-vis de l'idéal de métier. C'est d'autant plus vrai que ces métiers sont vécus sur un mode vocationnel et donc investis d'une grande charge symbolique pour les professionnel·les. Il peut également être suscité ou attendu de la part de la hiérarchie afin de maintenir la continuité du service et en jouant sur l'importance de la mission.

Ces **dynamiques de surinvestissement** peuvent permettre effectivement de réduire l'écart à court terme et de mieux se conformer à l'éthos professionnel, en ce qu'elles permettent de ménager des espaces pour le travail relationnel et émotionnel ; elles sont **désastreuses à moyen et long terme.** Les professionnel·les ont alors le sentiment qu'elles et ils doivent tenir quelles que soient les conditions, être « dur au mal » et ne pas se plaindre parce qu'elles et ils sont responsables de la qualité de leur travail (Divay 2013). Ces dynamiques les **entraînent dans une spirale d'épuisement qu'ils et elles ne perçoivent même plus comme telle.**

Focus : Rapport à la mort et impact du Covid-19

Le travail dans le monde du soin expose les professionnel·les à la confrontation avec la mort. Cette confrontation constitue très souvent un impensé avant l'entrée dans ces métiers. Ici les collectifs de travail jouent un rôle important dans la gestion de ces situations (Schepens 2013). La réalisation de cette enquête, en 2020-2021, a pu mettre en lumière les difficultés relatives à l'épidémie de Covid-19, qui a durement touché les structures de soin et tout particulièrement les services de réanimation mais aussi les structures gériatriques.

La confrontation avec la mort récurrente ainsi que les conditions difficiles de gestion du rapport avec les familles (interdiction de voir les corps), ont mis à mal les stratégies habituellement mises en œuvre dans ces contextes, et venant accroître significativement les expériences de souffrances mentales des soignant·es.

De plus, ces attendus entraînent des tensions très fortes dans la conciliation entre temps professionnels et temps personnels et familiaux qui est majoritairement supportée par les femmes. Ainsi **les femmes sont ici soumises à une double injonction d'investissement professionnel et familial qui vient accroître les tensions.**

- **Latitude décisionnelle différente selon le groupe professionnel**

La latitude décisionnelle renvoie aux marges de manœuvre dont les personnes estiment disposer dans la réalisation de leurs activités professionnelles. Ici encore la place occupée dans la hiérarchie des professions du soin est prégnante.

Les aides-soignant·es ressentent une autonomie dans la réalisation de leurs tâches très limitée, d'autant plus lorsque les logiques institutionnelles viennent contraindre le temps disponible pour la réalisation de leur travail. Ce sentiment est d'autant plus important que leurs tâches sont peu reconnues dans l'institution et plus proches d'un travail domestique, traditionnellement féminin. Les professionnel·les rencontré·es ressentent ce peu de latitude décisionnelle quel que soit leur genre.

Les infirmier·es ont plus d'autonomie dans leur travail, et bénéficient de plus de reconnaissance de leurs tâches. Cependant, toute une partie de leur organisation de travail est contrainte par le temps disponible mais également par l'activité des médecins. Ici les différences entre les professionnel·les rencontré·es sont plutôt liées aux lieux d'exercice et à la spécialité du service.

Ainsi, si pour les deux catégories de professionnel·les rencontré·es la tension au travail existe, puisque les exigences psychologiques sont fortes, cependant les tensions au travail sont d'autant plus élevées chez les aides-soignant·es qui disposent de moins de latitude décisionnelle.

- **Soutien social : le rôle des collectifs de travail**

Le soutien social, selon Karasek, renvoie à l'aide dont peuvent bénéficier les professionnel·les de la part de leurs supérieurs hiérarchiques ou de leurs collègues.

Pour comprendre le fonctionnement des collectifs de travail, il faut noter que si l'ethos professionnel est commun à l'ensemble d'un groupe professionnel, il peut y avoir des variations à la marge de normes et de valeurs en fonction des différentes cultures de services (Girard 2018). Ces différences peuvent créer des désajustements, et donc des tensions au sein des collectifs, d'autant plus **lorsque les moyens (temporels et humains) manquent pour sensibiliser et former les nouveaux et nouvelles arrivant·es.** Ainsi, par exemple ils et elles ne peuvent pas travailler en binômes avec un·e collègue expérimenté·e.

De la même manière, il existe, au sein des collectifs de travail, des stratégies collectives pour minimiser les décalages entre les normes relatives au travail bien fait et les possibilités pratiques de sa mise en œuvre (Aubry 2012). **Ne pas percevoir ou ne pas accepter les stratégies collectives, c'est alors prendre le risque d'être marginalisé au sein du collectif, et donc de ne pas pouvoir bénéficier du soutien social.**

À l'intérieur du collectif de travail, les professionnel·les rencontré·es font parfois état de l'absence de soutien de leur hiérarchie, que ce soit le ou la cadre de santé du service, ou bien, plus souvent, les cadres supérieures et les personnes plus haut placées dans l'institution. Il faut noter qu'à tous ces niveaux hiérarchiques, les cadres sont bien souvent pris, plus ou moins contre leur gré, dans les logiques institutionnelles de rentabilité qu'ils et elles doivent respecter.

Cette absence de soutien hiérarchique entraîne également une augmentation des tensions au travail.



Les professionnel·les face aux souffrances mentales

• Difficultés de perception et d'expression

L'ensemble des professionnel·les rencontré·es ont des difficultés pour penser et pour dire leurs souffrances au travail, d'autant plus quand il s'agit de souffrances mentales. Elles et ils ont pu faire état de divers maux, cependant **leur apparition très progressive ainsi que le caractère physique et diffus de la plupart des signes rend leur mise en relation et, a fortiori, leur association à des souffrances mentales, très difficile.**

Dans certains cas, les souffrances au travail peuvent être causées par un événement particulier, comme une agression physique ou verbale, mais même dans ces cas particuliers, le traumatisme psychologique est bien souvent minimisé.

Il semble exister ici une différence de genre. En effet, si les hommes comme les femmes ont des difficultés à penser les souffrances mentales liées à leur travail, **les hommes rencontrés (aides-soignants et infirmiers) invoquent des stéréotypes de genre tels que l'image du « grand gaillard », pour expliquer cette absence de perception. Ce qui n'est pas le cas de leurs homologues féminines.**

Les souffrances mentales au travail ne se révèlent que dans une étape extrême, lorsque le travail perd son sens pour les professionnel·les. Le décalage entre ce qui est conçu comme important dans les missions et ce qui est réellement réalisé est alors extrême. Les professionnel·les, pour qui le travail de relation est central dans le métier, ont alors le sentiment d'un travail déshumanisé, voire d'être elles et eux-mêmes devenus des « machine[s] ».

La prise de conscience d'un épuisement au travail peut également découler d'un événement extérieur (comme un accident de la route ; un moment de désorientation ou encore des crises d'angoisse). **Les proches, et notamment les conjoint·es, peuvent alors être des facilitateurs de cette prise de conscience du mal-être, et être des acteur·ices essentiel·les de sa légitimation.**

• L'arrêt de travail, un dernier recours ?

Si les arrêts de travail ont constitué une porte d'entrée de cette enquête, cela s'est finalement avéré peu concluant (cf. Synthèse Méthodo). Cela s'explique au vu des dynamiques de surinvestissement dans le travail et de la difficulté à percevoir les souffrances mentales. D'autres stratégies visant à minimiser l'implication peuvent être mises en place : certain·es professionnel·les peuvent privilégier l'exercice en intérim par exemple. Cependant ces stratégies sont fortement dépendantes du statut et des ressources disponibles par ailleurs.

Même lorsqu'il est envisagé, l'arrêt de travail reste une solution individuelle et complexe à mettre en œuvre. Il peut, en effet, avoir des conséquences majeures dans le déroulement de la carrière professionnelle. Ainsi, certain·es professionnel·les rencontré·es expliquent ne pas pouvoir s'arrêter au risque de retarder leur titularisation en tant que fonctionnaire.

Une singularité de genre semble se situer ici dans le récit qui est fait de l'impossibilité de recourir à l'arrêt de travail. **Chez les femmes rencontrées, cette impossibilité est souvent pensée au regard du report de la charge de travail sur les collègues :** ainsi une infirmière explique qu'elle refuse de s'arrêter pour ne pas obliger une collègue à revenir sur un jour de repos. **Chez les hommes rencontrés, l'impossibilité de recourir à l'arrêt de travail renvoie plutôt à une atteinte à l'image de soi :** ainsi le champ lexical de la faiblesse est omniprésent dans leurs récits. Cette difficulté est un coût lié à la domination masculine (Dulong, *et al.* 2012), et aux hiérarchies existantes entre les hommes qui sont producteurs de normes de comportements (Connell 2014).

Quelles que soient les difficultés à recourir à l'arrêt de travail et bien qu'il **constitue un dernier recours pour les professionnel·les en souffrance, il est en même temps la première étape d'une reconnaissance officielle des souffrances et permet d'entrer dans un parcours de prise en charge.**

- **Les professionnel·les de la prise en charge des souffrances mentales**

Les médecins généralistes sont le plus souvent cités comme une ressource incontournable dans la prise en charge des souffrances mentales. Ils et elles bénéficient en effet d'un **lien de proximité et de confiance** avec celles et ceux qui sont leurs patient·es. Ils ont un rôle central dans la mesure où ils et elles **prescrivent l'arrêt de travail, et orientent également vers d'autres spécialistes**.

Les psychologues ou les psychiatres ont eu un rôle important dans la mise en mot de la souffrance, qu'elle passe ou non par l'élaboration d'un diagnostic plus précis. Ils et elles **donnent du sens** aux symptômes non identifiés comme étant des conséquences des souffrances mentales au travail. Ils et elles **inscrivent ces symptômes dans un parcours « typique »**. Leur intervention permet alors aux professionnel·les en souffrance de se décentrer de leur responsabilité individuelle, en entendant que ces souffrances sont communes à d'autres, dans les mêmes situations. Cela permet de décentrer la responsabilité vécue comme individuelle vers des dysfonctionnements institutionnels.

Cependant, il existe **des difficultés d'accès à ces professionnel·les spécialisés**, aussi bien en termes **économiques** (les consultations avec des psychologues ne font pas l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale) que de **disponibilités** des psychiatres. Lorsque des solutions peuvent être mise en œuvre au sein des établissements de santé, elles ne semblent pas adaptées, dans la mesure où les professionnel·les en souffrance préfèrent être suivis en dehors de l'institution dans laquelle ils et elles ont rencontré des difficultés.

Enfin, une difficulté d'accès à l'arrêt de travail lui-même peut être lié aux **représentations des professionnel·les qui les prennent en charge, et qui ne reconnaissent pas toujours les symptômes de la souffrance ou**

les minimisent au profit du traitement des plaintes somatiques. Nous émettons l'hypothèse que ces professionnel·les pourraient avoir eux-mêmes intériorisés le surinvestissement au travail dans le monde du soin comme une norme. Ils pourraient également avoir une conscience aiguë de la nécessité de maintenir la continuité des soins, notamment lorsqu'ils sont intégrés aux structures employeuses.

- **Vécu de l'arrêt de travail et ses suites**

Lorsqu'il est effectif, l'arrêt de travail n'est pas vécu sur le mode de l'évidence. Les professionnel·les en souffrance expriment un **fort sentiment de culpabilité**, surtout dans les premiers jours de l'arrêt. L'entourage est, dans ces périodes, un soutien précieux.

L'arrêt de travail est parfois **accompagné de traitements** (anxiolytiques ou antidépresseurs), notamment parce qu'il constitue un dernier recours, et donc que les situations psychiques des professionnel·les sont déjà dégradées. Toutefois, les aides-soignant·es comme les infirmier·es étant au fait des effets secondaires de certains traitements vont rechercher des alternatives notamment du côté des médecines dites « douces » (pour les antidépresseurs) ou bien vont mettre en place des stratégies de gestion au plus près de leurs besoins (pour les anxiolytiques).

L'arrêt de travail constitue, à plus long terme, une **possibilité d'investissement d'activités hors-travail**, bien souvent délaissées jusque-là du fait à la fois de la fatigue physique et psychique et des horaires décalés. Cet investissement dans des activités extra-professionnelles permet de repenser l'implication dans le travail, au regard d'autres possibilités.

Des difficultés vont ensuite concerner la **reprise du travail**. En effet, en fonction du type de poste occupé, le retour au travail est appréhendé de différentes façons. Pour les titulaires de la fonction publique, **la peur est grande de se retrouver exactement dans la même situation qu'avant l'arrêt de travail**, malgré les possibilités

d'aménagement du temps de travail (tels que les mi-temps thérapeutiques). Ces changements sont parfois compliqués à envisager tant l'investissement dans le métier est prégnant. Ainsi, cette professionnelle explique **devoir « faire le deuil du métier »** tel qu'elle l'envisageait jusqu'à lors. Bien souvent le retour est envisagé à l'aune d'un **changement de lieu d'exercice** (pour ne pas retrouver la situation délétère), ou de **type de spécialité** (qui permette de redonner du sens au travail). Toutefois, le retour au travail peut également être envisagé dans le cadre d'une **réorientation professionnelle**, vers d'autres métiers du prendre soin (esthéticienne ou socio-esthéticienne), et d'autres modes d'exercices (à son compte, en vacations, ou en intérim).

Ainsi, l'arrêt de travail peut donc recouvrir des **utilisations différentes** : il peut effectivement servir de **transition vers une nouvelle situation**, en laissant le temps de penser les différentes options. Il peut également servir de **souape**, lorsque l'urgence est de s'extraire d'une situation problématique. Il faut toutefois noter que **l'expression des souffrances mentales au travail ne donne pas lieu à une réponse collective et organisée, elle reste de l'ordre de la prise en charge individuelle.**

MÉTHODOLOGIE

Le volet qualitatif repose sur 30 entretiens compréhensifs (15 femmes et 15 hommes), réalisés avec des personnes exerçant ou ayant exercé en tant que personnel soignant (infirmiers, aides-soignants et aides médico-psychologiques), et ayant entre 24 et 60 ans.

Les personnes rencontrées ont été recrutées, dans un premier temps, via des structures en lien avec la santé au travail (inspection du travail, services inter-entreprises de santé, syndicats, associations régionales ou nationales, structures dans le domaine du handicap ou encore structures de formation), dans les régions Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire et Grand Est. Dans un second temps, devant les difficultés rencontrées pour recruter des hommes, nous avons élargi nos recherches au territoire national via les réseaux sociaux.

Les guides d'entretiens ont abordé à la fois le contexte de déclaration d'une souffrance mentale, l'émergence et les causes de la souffrance ou des souffrances, ainsi que les réactions et ressources mobilisées par les personnes. Les entretiens ont été retranscrits intégralement et ont fait l'objet d'une analyse longitudinale et transversale.

BIBLIOGRAPHIE

- Arborio, 2001, Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital, Paris, Anthropos-Economica.
- Aubry, 2012, « Transmettre un genre professionnel, l'exemple des nouvelles recrues aides-soignantes : une comparaison France-Québec », Formation emploi, Vol.119, n°3, pp.47-63.
- Belorgey, 2010, L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public », Paris, La Découverte.
- Bereni *et al.*, 2020, Introduction aux études sur le genre, Louvain-la-Neuve, De Boeck supérieur.
- Connell, 2014, Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie, Paris, Éditions Amsterdam,
- Divay, 2013, Soignantes dans un hôpital local. Des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Dulong *et al.*, 2012, Boys Don't Cry ! Les coûts de la domination masculine, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Girard, 2018, Des femmes en Blanc. La fabrication des infirmières, Thèse de doctorat, Université de Bourgogne.
- Karasek, 1979, « Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain : Implications for Job Redesign », Administrative Science Quarterly, n°24, pp.285-308
- Schepens, 2013, Les soignants et la mort, Toulouse, Érès
- ZARCA, 2009 "L'éthos professionnel des mathématiciens", Revue française de sociologie, Vol.50, n°2, pp.351-384.