



Infirmières de guerre en services commandés

En 1937, Jane de Launoy, écrit un ouvrage intitulé « Infirmières de Guerre en service commandé » sur la base du journal qu'elle a tenu minutieusement, jour par jour, durant les 4 années de conflit de 1914 à 1918. Dan Lecocq, qu'est-ce qui vous a motivé à rééditer cette œuvre ?

Je suis titulaire d'enseignements en sciences infirmières à l'Université libre de Bruxelles. Dans le cadre de la préparation d'un cours consacré à l'histoire de la profession, j'ai lu l'excellent ouvrage du Dr Patrick Loodts « *La grande guerre des soignants* ». Un des chapitres de son livre est consacré à la vie de Jane de Launoy. Il y cite des extraits d'« *Infirmières de Guerre en service commandé* ». Cela m'a donné l'envie de lire les carnets de Jane de Launoy. En les recherchant, j'apprends que l'ouvrage est épuisé et n'a jamais été réédité depuis 1937 en français, alors qu'il a fait l'objet d'une publication récente en néerlandais. Le Dr Loodts a accepté de me prêter son exemplaire personnel... que j'ai dévoré en quelques heures de lecture ! Nous avons alors entrepris de sortir de l'oubli l'œuvre de l'infirmière de Launoy et de la rendre disponible au plus grand nombre... Cela a été possible grâce à l'aide de collègues et au soutien de l'asbl « *La Famille de l'Infirmière* », elle-même créée en 1921 pour promouvoir et défendre la profession.

Mais qu'est-ce qui rend le témoignage de Jane de Launoy si précieux ?

Ce témoignage est unique par la qualité des détails de la vie quotidienne des patients et des soignants de l'hôpital « *L'Océan* ». Cette « Ambulance », selon le terme consacré de l'époque, constitue un projet avant-gardiste. Il s'agit en effet d'un hôpital qui, sur l'initiative et la conduite du Dr Depage, se rapproche, par sa conception et son fonctionnement, d'un hôpital universitaire moderne où soins et recherche sont intimement combinés pour la première fois dans l'histoire de la médecine en Belgique... Ce nouveau concept d'hôpital met en lumière le besoin de professionnels de soins qualifiés pour accompagner les malades et les blessés.

Le lecteur abordera la vie de « *L'Océan* » sous l'angle infirmier. Il se sentira revêtu de l'uniforme de Jane de Launoy et sera immergé dans sa vie de soignante. Il partagera son enthousiasme, ses doutes, son horreur et sa joie...

Cet ouvrage témoigne des premiers pas, encore hésitants, d'une profession véritablement née en Belgique en 1907 seulement, dans l'immédiat avant-guerre, et qui progresse à grandes enjambées pendant ces 4 années terribles.

Pourquoi est-ce si important de mettre en lumière la profession infirmière au cœur du conflit ?

Outre les qualités historiques de l'ouvrage de Jane de Launoy, les lecteurs apprécieront aussi combien le « prendre soin », le « care », contribue grandement au rétablissement des personnes. En sus des traitements médicaux, par ailleurs confiés partiellement aux professionnels infirmiers, le « care », qui leur est dévolu spécifiquement, constitue déjà à l'époque une plus-value salvatrice.

En ce début de XXI^e siècle, dans un monde « technologique » globalisé et en crise, il nous paraît important de s'en souvenir, pour que l'Humain reste toujours au cœur des soins.

La profession infirmière, vivante et créative, se déploie partout où le « prendre soin » s'impose, notamment chez nos frères humains qui n'ont que la rue comme cadre de vie...

Jane de Launoy, qui ne souhaitait tirer aucun profit de ses mémoires de guerre, aurait été heureuse de savoir que les droits d'auteur de la présente réédition sont consacrés intégralement à l'asbl « *Infirmiers de rue* » qui œuvre à Bruxelles à la réinsertion, par l'hygiène, des personnes sans-abri.

Quels sont vos projets pour l'avenir ?

Le Dr Loodts, un groupe d'étudiants de l'ULB et moi-même travaillons maintenant à la rédaction d'un ouvrage spécifiquement consacré aux infirmières, connues et méconnues, qui ont œuvré dans le cadre de la « Grande guerre » - une expression que Jane de Launoy ne cautionnerait sans doute pas...

Le vécu des cadres hospitaliers

Élément pivot, pilier institutionnel, personne clé... ces expressions suffisent à traduire le rôle essentiel que jouent les cadres dans les institutions de soins. Comment ce rôle est-il vécu? Quels en sont les aspects positifs et négatifs? Comment ces exigences marquent-elles la santé mentale des cadres hospitaliers?

Texte: Véronique Haberey-Knuessi, Jean-Luc Heeb / Photos: Fotolia, Martin Glauser

Soins infirmiers 4/2014



Le cadre vit la situation paradoxale d'être à la fois sollicité de toutes parts, tout en vivant sa mission dans une extrême solitude.

«Se considérant comme «protecteurs et défenseurs de leurs subordonnés», les cadres sont mal à l'aise lorsqu'ils perçoivent la fatigue ou le ras-le-bol de leurs équipes.»

quotidien dans l'hôpital, quelles sont ses sources de satisfaction ou au contraire les facteurs pouvant engendrer de la frustration, voire certaines formes de stress.

C'est ce défi que nous avons choisi de relever

en réalisant une étude de deux ans (2011–2013) auprès des cadres de cinq hôpitaux romands. Cette étude, financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS), repose sur une méthodologie mixte avec une phase quantitative réalisée sous la forme de questionnaires, et une phase qualitative articulée autour d'entretiens de groupes. Cet article propose un aperçu de quelques résultats significatifs. Deux aspects seront plus particulièrement discutés, à savoir les cadres hospitaliers face à leur travail et l'épuisement professionnel.

Les cadres hospitaliers face à leur travail

Le travail des cadres s'intensifie et se complexifie, c'est là sans doute une phrase qui résume l'ensemble des entretiens menés et qui caractérise l'ensemble des domaines d'activités du cadre.

Dans la gestion du quotidien, c'est le caractère invisible de nombreuses activités qui pèse lourdement sur les cadres. Des activités dont on ne prend conscience que lorsqu'elles dysfonctionnent. On notera ici le temps conséquent passé à effectuer les planifications, «véritable tour de force qui demande une énergie considérable», à gérer les absences, nombreuses et répétées. À cela s'ajoutent les nombreux imprévus qui jalonnent le quotidien du cadre (Bourret, 2006) et font qu'il a «parfois le sentiment d'avoir joué au pompier toute la journée». Imprévus dont l'augmentation est aussi la conséquence des nouveaux modes de communication et de la disponibilité quasi-totale qui en découle.

>> Suite page 21

L'étude

L'étude dont il est question dans cet article a été réalisée sur une durée de deux ans (2011–2013) auprès de 942 cadres de cinq hôpitaux romands – un hôpital universitaire, deux hôpitaux de taille moyenne et deux hôpitaux régionaux. Financée par le FNS, elle repose sur une méthodologie mixte avec une phase quantitative réalisée sous la forme de questionnaires, et une phase qualitative articulée autour d'entretiens de groupes. Ces deux regards complémentaires ont permis d'obtenir une vue approfondie du phénomène.

Cet article donne un aperçu de quelques résultats significatifs. Deux aspects sont plus particulièrement mis en évidence, à savoir les cadres hospitaliers face à leur travail et l'épuisement professionnel.

Impact des nouveaux modes de gestion sur la santé au travail et la satisfaction des cadres dans le milieu hospitalier romand. Projet financé par le FNS (no 13 DPD6-134764).

Mais le quotidien c'est aussi la multiplication des procédures avec l'exigence de traçabilité et l'augmentation conséquente de la charge administrative, ainsi que la mise sur pieds de projets multiples et divers. Si ces derniers peuvent avoir un effet bénéfique sur les équipes, ils peuvent également devenir source de frustration et d'épuisement lorsque les ressources allouées ne permettent pas une bonne opérationnalisation. C'est ici que les cadres expriment une des sources majeures de leurs difficultés, à savoir de tenir cette position intermédiaire entre la hiérarchie et les équipes. Nombreux sont ceux qui évoquent le sentiment «d'écartèlement» face aux rôles de coordination et de médiation au coeur même de leur activité (Bourret, 2006). Ce sentiment est renforcé par un phénomène de restructuration d'une hiérarchie qui se veut toujours plus horizontale, entraînant «une véritable dissolution des responsabilités qui fait que personne ne se sent responsable de rien».

La capacité d'encadrer des équipes

Dans ce contexte on peut concevoir la complexité du rapport à l'équipe qui peut s'accompagner de conflits de loyauté chez les cadres qui sont parfois contraints d'imposer des «changements sans y croire » et d'adopter des postures qu'ils qualifient eux-mêmes de «schizophréniques». Ils savent néanmoins qu'ils jouent un rôle clé dans le travail de lien qui permettra l'adhésion de l'équipe et la mobilisation du collectif aux différents projets. Il devient donc indispensable pour eux de savoir canaliser les craintes, entendre la frustration des équipes et agir dans la mesure d'une autonomie et d'une marge de manoeuvre qui tendent à diminuer.

Dans la grande majorité des cas, les cadres s'accordent pour dire que la dynamique d'équipe est essentielle à leur bon fonctionne-

ment. La satisfaction apportée par les relations avec les pairs fait parfois oublier les désagréments de ce quotidien où s'affrontent de plus en plus souvent logiques de qualité et logique d'efficacité.

Le cadre face aux valeurs

Ces relations, les cadres y accordent une grande importance même si le temps leur fait de plus en plus défaut pour accompagner les équipes comme ils le souhaiteraient. Se considérant comme «protecteurs et défenseurs de leurs subordonnés », ils sont mal à l'aise lorsqu'ils perçoivent la fatigue ou le ras-le-bol de leurs équipes. Un malaise d'autant plus grand qu'il fait souvent écho à un conflit de valeurs intérieur chez le cadre lui-même lorsque «la rentabilité fait plier l'échine aux soins infirmiers». La mission de soin est remise en cause par la place toujours plus grande dévolue aux activités administratives ainsi qu'aux exigences de la gestion. Quant au cadre, ce sont à présent ses compétences de manager qui sont plébiscitées (Colinet, 2012) plus que celles de pédagogue. Il doit être capable de traduire le soin en valeur marchande, au risque d'une perte de sens.

Stress ou satisfaction?

Ces conséquences pathogènes sont encore aggravées par l'intensité de la charge de travail attribuée. Nombreux sont les cadres qui reconnaissent un empiètement de leur fonction sur leur vie privée. Le cadre vit la situation paradoxale d'être à la fois sollicité de toutes parts, tout en vivant sa mission dans une extrême solitude.

Mis ainsi à l'épreuve à la fois physiquement et psychologiquement, ils présentent des symptômes psychosomatiques, sont parfois sujets à des pathologies importantes ou recourent à des antalgiques et autres substances.

Beaucoup cependant affirment aussi prendre plaisir à exercer leur activité, en particulier dans l'investissement autour de projets et la participation à la conduite institutionnelle.

Le travail des cadres peut donc à la fois être synonyme de satisfaction et parallèlement de contrainte pour les acteurs: «source de plaisir, parce qu'il offre des marges d'action et de liberté et participe de la construction de soi» et source de stress parce qu'engoncés dans diverses contraintes du milieu. Le cadre fait preuve d'un attachement profond à son équipe et à son travail mais doit affronter de nombreux défis. Ces défis sont aussi une source de plaisir et nos interlocuteurs le rappellent; «en choisissant d'être cadres, on choisit délibérément d'être soumis à un certain stress parce qu'il y a des défis». La charge de travail ou les difficultés ne sont pas en soi problématiques, pour autant que «les ressources pour les affronter soient présentes».

Face aux aspects ardues de leur fonction, la question de la reconnaissance devient centrale, celle-ci pouvant s'apparenter à un baume bienfaisant et compensateur (Sainsaulieu, 2008). Isolés

dans leur rôle, les cadres ne bénéficient pas ou peu de la reconnaissance des patients. Les temps difficiles que connaît actuellement le secteur de la santé constituent sans doute aussi un terrain privilégié pour voir germer les graines d'une réflexion qui permette à la profession de s'émanciper et d'être mieux reconnue dans ses valeurs et son identité.

Les cadres hospitaliers face à l'épuisement professionnel

Un aspect central de la santé mentale des cadres est constitué par l'épuisement professionnel. Ce dernier étant alimenté par différentes tensions que l'on vient d'évoquer – surcharge de travail, emprise réduite sur la définition des activités, conflits de valeurs ou encore faible reconnaissance – il convient de s'y arrêter. La compréhension de l'épuisement professionnel – ou burnout – se situe idéalement dans son rapport au stress et aux stratégies d'adaptation – ou coping.

D'une part, en effet, le burnout émerge lorsqu'une personne se trouve face à une situation stressante qu'elle n'arrive plus à surmonter. D'autre part, le coping peut permettre à la personne de faire face à une telle situation en mobilisant des ressources, atténuant la menace d'épuisement. Ainsi le burnout peut-il être envisagé comme le résultat d'un stress excessif et de son éventuelle atténuation par des stratégies d'adaptation. Dès lors, comment les cadres hospitaliers se situent-ils par rapport à ces trois grandeurs ?

Stress: des moyens insuffisants

Dans le cadre du travail, le stress est le plus souvent vu sous l'angle de ses conséquences dommageables à la santé et au bon déroulement des activités. Cette interprétation négative du stress est fréquemment mise en avant lorsque la personne se trouve face à une situation qu'elle perçoit comme menaçante et sur laquelle elle estime avoir peu d'emprise. C'est en particulier le cas lorsque la personne perçoit ses ressources comme insuffisantes pour y faire face (Lazarus & Folkman, 1984).

Les cadres hospitaliers de l'étude indiquent qu'ils sont régulièrement confrontés à des situations de stress. En fonction des différents indicateurs retenus, le stress se manifeste de manière occasionnelle à fréquente. La source de stress la plus

fréquente concerne le déséquilibre entre tâches à accomplir et temps à disposition. Au contraire, les aspects liés à la maîtrise de soi, aux tracasseries quotidiennes ou aux changements ne sont qu'occasionnellement sources de stress. Les situations critiques tout comme l'absence de contrôle sur l'activité occupent une position intermédiaire.

La principale source de stress chez les cadres – du moins par sa fréquence – est ainsi liée à des moyens perçus comme insuffisants, en particulier en termes de temps, pour réaliser les tâches prévues. Ce sont moins des événements exceptionnels ou critiques qui semblent alimenter le stress perçu qu'un manque de ressources s'étendant sur la durée.

Coping: recours aux stratégies fonctionnelles

Chaque individu met en place différentes réponses pour faire face au stress. Plus qu'une simple réaction, le coping doit être vu comme un ensemble de stratégies d'adaptation au stress guidées par l'individu; il peut se manifester de manière multiple, visant par exemple le contrôle du stress, l'accommodation à ce dernier ou encore la diminution de ses effets indésirables. Une classification des formes de coping particulièrement intéressante du point de vue de la santé est celle entre stratégies fonctionnelles, favorisant l'ajustement sur le long terme sans nuire à la personne, et dysfonctionnelles, pouvant à terme altérer le bien-être de l'individu et compromettant de ce fait une adaptation durable (Muller & Spitz, 2003). Selon cette classification, les cadres hospitaliers mettent en oeuvre des stratégies de coping largement bénéfiques.

En effet, les stratégies d'adaptation fonctionnelles comme le coping actif, la planification, la réinterprétation positive et l'acceptation sont les plus fréquentes. L'avantage de telles stratégies fonctionnelles doit être vu dans le fait que l'individu fait face à la réalité de la situation stressante plutôt que de l'évacuer. Les stratégies dysfonctionnelles telles l'utilisation de substances, le désengagement, le déni et en partie le blâme sont en revanche rares. Enfin, les autres stratégies examinées – soutien instrumental ou émotionnel, expression émotionnelle, religion, humour et distraction – peuvent se révéler tantôt fonctionnelles, tantôt dysfonctionnelles. De manière intéressante, leur fréquence les situe entre les stratégies fonctionnelles et dysfonctionnelles. Ce résultat semble cohérent si on le met en rapport avec la prédominance des stratégies fonctionnelles, les stratégies mixtes occupant une place intermédiaire.

Burnout: risque plutôt faible

Le concept de burnout se réfère à un syndrome d'épuisement lié au stress et renvoie à la sphère professionnelle. Ses conséquences sont multiples: symptômes physiques et psychiques, perte d'estime de soi, efficacité personnelle amoindrie, perturbation de la relation aux patients, erreurs médicales et autres, absentéisme ou encore rotation élevée du personnel. Les professions de la santé ont constitué dès le début un champ



Dans la grande majorité des cas, les cadres s'accordent pour dire que la dynamique d'équipe est essentielle à leur bon fonctionnement.

d'investigation privilégié de la recherche sur le burnout, le pré-supposé étant que les exigences relationnelles du travail avec les patients, couplés à des conditions d'exercice difficiles de la profession, conduisant à un risque de burnout élevé. A cela s'ajoutent des attentes personnelles élevées quant à l'action auprès des patients, se réalisant parfois difficilement. De fait, la très large majorité des travaux de recherche ont porté sur des professionnels travaillant dans des contextes particulièrement stressants tels les services d'oncologie ou de soins palliatifs.

A cet égard, les résultats de l'étude montrent que les cadres hospitaliers présentent un risque de burnout plutôt faible. Comparés avec les professionnels des services d'oncologie ou de soins palliatifs, les cadres hospitaliers se caractérisent, de manière marquée, par un épuisement émotionnel moindre, une dépersonnalisation moindre et meilleur accomplissement personnel (voir Maslach, Jackson et Leiter, 1996). Par ailleurs, les différences entre professions ne se vérifient pas chez les cadres: infirmiers et médecins sont épargnés par le burnout de manière très similaire. Ces résultats, plutôt surprenants si l'on se réfère à l'hypothèse classique d'un stress accru débouchant sur un risque de burnout élevé, appellent quelques remarques. Premièrement, en comparaison internationale, les taux de burnout dans les professions de la santé semblent généralement moins élevés en Suisse qu'à l'étranger. Deuxièmement, la similarité des taux de burn-out entre cadres infirmiers et cadres médecins peut renvoyer à une convergence des tâches dans ces deux groupes – motivation des équipes, organisation, gestion, etc. –, effaçant les différences spécifiques aux professions. Troisièmement, les stratégies de coping jouent vraisemblablement un rôle central dans l'atténuation des effets des situations stressantes, liées principalement, on l'a vu, à un manque de ressources chroniques. Ces stratégies sont en effet largement fonctionnelles, c'est-à-dire adéquates pour s'adapter aux situations stressantes sans mettre en péril la santé. Elles peuvent dès lors être considérées comme efficaces – accommodation au stress –, mais aussi bénéfiques pour la santé – préservation de la santé mentale, se traduisant par un risque de burnout réduit.

Bien que la santé mentale, en particulier la prévalence du burnout, paraît plutôt favorable chez les cadres hospitaliers de l'étude, une question centrale reste celle de l'évolution des conditions de travail. En effet, le potentiel d'atténuation du burnout grâce à la mise en place de stratégies de coping adéquate, souvent évoqué dans la littérature (Carson et al., 1999), semble largement épuisé chez les cadres hospitaliers. La plupart d'entre eux semblent en effet aujourd'hui déjà recourir à de telles stratégies.

Bibliographie

- Bourret P.** (2006). Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible. Paris: Seli Arslan.
- Carson J. S., Maal S., Roche S., Fagin L., De Villiers N., O'Malley P., Brown P., Leary J. & Holloway F.** (1999). Bur-

nout in mental health nurses: much ado about nothing? *Stress Medicine*, 15: 127–134.

Colinet S. (2012). Quand les sentiments d'appartenance et de reconnaissance ressentis sont mis à mal. In D. Bourgeon (Dir.) *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail. Une position difficile entre soins et management*, p. 55–73. Paris: Lamarre.

Gadea C., Demazière D. (2006). *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. Paris: La Découverte.

Lazarus R. S. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Maslach C., Jackson S. E. & Leiter M. P. (1996). *Maslach burnout inventory manual* (3e édition). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Muller L. & Spitz E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping: validation du Brief COPE sur une population française. *L'Encéphale*, 29(1), 507–518.

Sainsaulieu I. (2008). *Les cadres hospitaliers: représentations et pratiques*. Paris: Lamarre.

Centre Hospitalier
de Wallonie picarde



L'ASBL CHwapi, une institution hospitalière de 2300 collaborateurs, 850 lits, située à **Tournai**, recherche (M/F) à **TEMPS PLEIN** :

- **Infirmiers bacheliers spécialisés en salle d'opération**
- **Infirmiers bacheliers spécialisés SIAMU**
- **Infirmiers bacheliers spécialisation en gériatrie et psychogériatrie**

Nous offrons CDI et nombreuses possibilités de formation continue

Pour obtenir **le détail des missions**, consultez notre site internet **www.chwapi.be**, rubrique Emplois & Stages/Offres d'emploi



Les candidatures seront introduites par écrit à l'attention de Mme Vinciane SENTE, Directrice des Ressources Humaines, par mail à vinciane.sente@chwapi.be

www.chwapi.be

Siège social Av.Delmée 9 à 7500 Tournai

« Nous devons observer l'organisation avec les yeux d'un infirmier »

En lien avec l'étude consacrée à la satisfaction et à la santé au travail des cadres (page 20), nous avons demandé à Mario Desmedt, directeur des soins à l'Hôpital du Valais, de nous donner son avis.

Soins infirmiers 4/2014 - Interview: Martina Camenzind

Soins infirmiers: l'étude que nous présentons en ici décrit la situation des cadres comme difficile et relativement stressante, parce qu'il y a souvent des imprévus et qu'il faut constamment agir dans l'urgence. Comment vivez-vous cela?

Mario Desmedt: il y a du stress à tous les niveaux de l'organisation, et l'on a souvent l'impression d'être en train d'éteindre un incendie. Le travail des cadres est très compliqué, les exigences sont élevées et la tendance est à l'accélération. Mais se comporter en permanence comme un pompier n'est guère satisfaisant à la longue.

Une partie des infirmières et infirmiers qui travaillent au chevet du malade ont l'impression que leurs dirigeants sont trop solidaires avec le management.

Les cadres sont des gens bien formés, tous ont effectué une formation continue appropriée. Mais bon nombre de cadres imitent le style des économistes ou des managers. Il faudrait que chaque cadre trouve son propre style et demeure aussi authentique que possible. A l'heure actuelle, le chef ne doit plus tout savoir, mais s'entourer de personnes qui peuvent compléter ses compétences. Il s'agit de mettre en réseau, de communiquer, d'être présent et d'écouter. Le style de leadership est également important. Il s'agit en premier lieu de garantir un environnement de travail sûr. Il y a aussi lieu de considérer l'équipe comme une entité vivante.

C'est comme pour un organisme – chaque membre assume sa fonction et l'équipe pilote ensemble?

C'est ça. On ne peut pas simplement donner des ordres. On est toujours surpris lorsqu'on peut faire le lien entre le potentiel de l'équipe et les objectifs de l'organisation. L'équipe recèle beaucoup de compétences et d'énergie. Mais il est difficile de le voir, parce qu'on est souvent dans l'urgence. Il faut du temps pour écouter les équipes, découvrir les compétences et les talents et permettre de les mettre en avant. Cela signifie que nous devons observer avec les yeux d'un infirmier et non à travers ceux d'un pompier.

Qu'entendez-vous par là?

Lorsque je soigne un patient, j'ai le choix: je peux tout faire vite pour le patient, et j'aurai alors effectué beaucoup de

travail, mais je n'aurai pas écouté. Mais je peux aussi me mettre d'accord avec lui: «Comment ça va aujourd'hui, vous voulez faire ça vous-même, quels sont vos objectifs pour cette journée?» Je serai moins rapide, mais à la fin de la journée patients et soignants seront plus satisfaits et on aura fait un pas en avant.

L'étude met également en avant la position «en sandwich» dans laquelle se trouvent les cadres.

Je pense que cette position «en sandwich» existe à tous les niveaux. Les pressions viennent à la fois d'en haut, d'en bas et des côtés. Il est important de réunir les gens afin qu'ils se rendent compte que leurs collègues ont des problèmes similaires, mais aussi des solutions. Si l'on se met ensemble pour utiliser les forces de la collectivité, il est possible de faire avancer le tout, de garder une vision et de définir ensemble les priorités.

Ce serait aussi la bonne stratégie pour surmonter la solitude et trouver la reconnaissance qui manque souvent, par le biais de discussions de groupe par exemple?

D'un côté oui. Mais nous ne devrions pas travailler uniquement de manière palliative, mais aussi préventive. Lorsqu'on occupe un poste de dirigeant, il s'agit d'abord de travailler sur soi-même. Il existe des outils pour cela, par exemple le feedback à 360°: quel est mon avis, quel est celui de mes supérieurs, de mes subordonnés et de mes collègues, où voient-ils mes forces et mes faiblesses? Pour ce qui est de la reconnaissance: ce n'est pas uniquement le salaire qui compte, mais le fait de constater que nos collaborateurs ont fait un pas en avant et que la voie choisie semble être la bonne.

Cela peut s'avérer difficile. Car les patients expriment leur reconnaissance au personnel infirmier et non aux cadres.

C'est vrai. A la base, tous les cadres sont des infirmières/ers – les patients occupent la première place, dans nos coeurs et dans nos têtes. Lorsqu'on prend un poste dirigeant, il y a une sorte de deuil à faire de l'aspect clinique et du contact avec les patients. Mais on a la possibilité de garantir une bonne prise en charge. Lorsqu'on voit la satisfaction des patients et des collaborateurs, c'est aussi une forme de reconnaissance. Pourtant, plus on s'élève dans l'organisation, plus on est

isolé. Et l'on reçoit également des critiques et des remarques négatives, ce qui peut être difficile.

On court alors le risque de se trouver dans une situation où l'on n'arrive plus à faire face. Comment vous comportez-vous lorsque vous remarquez cela?

C'est un risque réel. Je travaille avec des personnes passionnées et motivées et si les moyens ne sont pas disponibles, que les projets n'avancent pas ou que les critiques pleuvent, la situation peut devenir tendue et l'enthousiasme peut en prendre un coup. Nous devons alors aborder les problèmes et demander un soutien. Mais nous devons également travailler de manière préventive, en procédant régulièrement à des évaluations et en donnant du feedback. Les projets ne doivent pas être seulement institutionnels, mais également personnels: chaque responsable doit avoir une idée de ce qu'il/elle fera dans trois ans – il s'agit évidemment de projets personnels, mais l'institution doit être un soutien pour cela.

Surtout si l'on pense que des cadres qualifiés ne sont pas si faciles à trouver...

Des cadres bien formés et motivés sont une denrée rare, c'est un gros problème. Mais ces fonctions sont aussi intéressantes. La mission d'un cadre est de permettre aux soignants de retourner auprès du patient. Les charges administratives éloignent les infirmières du chevet du malade et ce n'est pas une solution.

Lorsqu'il est question de donner plus de temps aux infirmières, par exemple en engageant une secrétaire pour le travail administratif, on se heurte à des réticences. Elles ont peur alors de ne plus avoir le contrôle...

...ou lorsqu'on recourt à des assistants en pharmacie pour préparer les médicaments. Nous devons, à tous les niveaux, attribuer le bon travail aux bonnes personnes. Les infirmières sont là pour prodiguer des soins. Pour tout le reste, nous devons voir si quelqu'un d'autre peut faire le travail. C'est valable pour les cadres aussi. Ces derniers n'ont pas à se charger de tous les aspects liés aux ressources humaines, mais doivent se consacrer au coaching des équipes et à l'organisation du travail. C'est également vrai pour les multiples outils et tableaux de bord mis à disposition. Beaucoup d'entre eux viennent de l'extérieur, par exemple du département des finances ou autre. Les cadres doivent alors prendre leurs responsabilités et dire ce qui est nécessaire pour pouvoir travailler correctement et pour assurer leur mission première.



Mario Desmedt est directeur des soins infirmiers de Hôpital du Valais et membre du comité de l'Association suisse des directrices et directeurs des services infirmiers.

Portrait

Maria de Villegas de Saint-Pierre, comtesse Van Den Steen de Jehay



Maria de Villegas de Saint-Pierre, comtesse Van Den Steen de Jehay, née le 14 décembre 1871 est une infirmière militaire du front de la Première Guerre mondiale.

Le 17 mai 1892, elle épouse Léopold Van Den Steen, comte de Jehay. Le couple aura deux enfants : Jean (1893-1945) et Guy (1906-1999) van den Steen de Jehay.

Au début de la Grande Guerre, la comtesse Maria Van Den Steen de Jehay, châtelaine de Chevetogne, transforme son château en ambulance (hôpital) où elle accueille des soldats des deux camps. Une fois le bâtiment occupé, elle se rend sur le front de l'Yser où elle continue son travail.

Fondatrice de l'école d'infirmières Sainte-Camille à Bruxelles, elle est aussi une femme de lettres reconnue.

Avec à ses côtés des Quakers britanniques de vingt ans, des sœurs à cornettes expulsées de leurs couvents et des

infirmières intrépides de Sainte-Camille, elle soigne des centaines de civils abandonnés au typhus, des militaires blessés, recueille les enfants sous les obus, organise l'évacuation des réfugiés, fonde maternités, orphelinats, écoles et ateliers pour dentellières. De jour en jour, on la découvre tantôt en douce maman d'un soldat mourant, tantôt se faisant passer pour la duchesse de Westminster afin de libérer un prisonnier, ou encore interprète des généraux britanniques. La reine Élisabeth, très présente au front pour soutenir les soldats, appréciera particulièrement son dévouement et lui donnera par reconnaissance le titre qui restera d'elle dans l'histoire : «Le Major de Poperinghe»!



Château de Chevetogne (Photo extraite de la revue du cercle culturel Ciney n° 97)



La comtesse Van Den Steen de Jehay distribuant des médicaments dans un camp de réfugiés.

Infirmière issue de l'école Sainte Camille, la comtesse Van Den Steen de Jehay connut son heure de gloire pendant la guerre 14-18. Dès le trois août 14, la comtesse est à Bruxelles afin d'obtenir les autorisations utiles pour transformer son château en ambulance. Le 4 août, on aménage le château: trente paillasses dans le grand salon tandis que le petit salon est transformé en salle d'opération. Deux infirmières arrivent pour aider la comtesse. Le 10 août c'est un voisin du château qui arrive du château de Skeuvre avec sa précieuse torpédo de quatre places pour se mettre au service de l'ambulance. Le 13 août, arrive un premier blessé. Une soixantaine de soldats français et allemands y furent soignés. Par ailleurs, clandestinement, elle apporta un appréciable soutien aux 120 soldats français qui coupés de leur division lors de la bataille des frontières n'avaient pu entamer la retraite prescrite à toutes les unités françaises et se cachaient avec armes et bagages dans les bois aux alentours. Le 28 août, la comtesse et ses infirmières vont à la rencontre d'une colonne de prisonniers belges sur la route de Corbion. Lourdemment chargés d'œufs durs, de tartines fourrées, de chocolat, répartis dans des paniers à linge, elles partent sur la route de Corbion. Les infirmières passent entre les rangs, distribuent les vivres et récoltent un grand nombre de messages écrits pour les familles. En novembre 1914, la comtesse décide de fermer l'ambulance et de rejoindre le front. Elle parviendra à Calais et travaillera trois semaines comme lingère dans l'hôpital "Duc de Vendôme"(du nom de son bienfaiteur, beau-frère du roi Albert) avant d'être chargée, par l'Inspecteur Général du Service de Santé, le Général médecin Mélis d'aller seconder les Quakers qui secouraient

la population civile d'Ypres. La Comtesse prendra la relève des Quakers qui avait établi une ambulance dans le château du juge de Paix D'hondt à Poperinghe. Après l'évacuation des civils malades, cette ambulance devint l'hôpital militaire "Elisabeth" auquel on joignit quelques baraquements supplémentaires situés à quelques kilomètres de là dans la propriété "Het Couthof" à Prouven. Pendant les années de guerre qui vont suivre, l'hôpital Elisabeth va devenir le seul point de ralliement des militaires belges qui se trouvent en mission dans la zone d'Ypres totalement sous tutelle de l'armée britannique. La comtesse de Jehay à de très nombreuses reprises quitta son hôpital pour informer le roi de ce qui se passait dans ce petit coin de Belgique... Elle était à Poperinghe l'œil du Roi Albert...La Reine par ailleurs s'entendait très bien avec la comtesse et lui donna en raison de sa forte personnalité le surnom bien parlant de "major de Poperinghe", surnom qui lui allait comme un gant et qui ne devait plus la quitter. L'hôpital Elisabeth joua un rôle important dans les soins que durent recevoir les soldats de la 13th Belgian Field Artillery. L'histoire de cette unité belge est exceptionnelle car elle fut la seule unité belge directement aux ordres de l'état-major anglais. Les soldats belges du 13 th Belgian Field Artillery furent particulièrement reconnaissant envers la comtesse Van Den Steen de Jehay d'avoir maintenu un havre belge où les soldats pouvaient retrouver un personnel médical qui comprenait leur mentalité. La comtesse Van Den Steen eut la chance d'approcher de très près la famille royale tout au long de la guerre. Après la guerre elle mit par écrit les nombreux souvenirs ayant trait au Roi et à la Reine pendant la grande Guerre. Ces souvenirs révèlent bien mieux que de longs discours les personnalités très attachantes d'Albert et d'Elisabeth.

Reste le mystère de la comtesse Van Den Steen, car il existe un mystère concernant cette petite dame si courageuse! Pourquoi ne parle-t-elle pas plus de son mari et de son fils? Un mari qui fut avant la guerre attaché de cabinet du Roi... Un fils qui s'engagea dans l'armée et dont nous ne savons comment il termina la guerre!

Que sont devenues toutes les archives, albums photos, correspondance, médailles de la comtesse? Comment vécut la comtesse après la guerre? Pourquoi la comtesse n'écrivit-elle pas l'histoire des trois années de l'hôpital Elisabeth alors qu'elle écrivit minutieusement ses premiers mois de guerre à Chevetogne?

D'autres questions existent encore restent à ce jour sans réponses. Du décès de la comtesse de Jehay, le 23 janvier 1941, seul reste un mémorial dans le parc du château de Reux où la comtesse fut inhumée.



La comtesse dans son uniforme d'infirmière "Sainte Camille".