HAL
open science

Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique Harshness at work in public psychiatric hospital

Caroline Cintas

To cite this version:

Caroline Cintas. Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique Harshness at work in public psychiatric hospital. Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé, 2009, 11 (1), http://www.pistes.uqam.ca/. hal-00783969

HAL Id: hal-00783969

https://hal.science/hal-00783969

Submitted on 2 Feb 2013

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.

Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique

Caroline Cintas
Caroline.cintas@univ-rouen.fr

Maître de conférences
Université de Rouen
Laboratoire NIMEC
IAE de Rouen, 3 avenue Pasteur
76186 Rouen Cedex
Tel : 02 32 76 97 99

Résumé :

L'objectif de cet article est de montrer que la pénibilité du travail des soignants en hôpital psychiatrique est moins due à la dangerosité des patients qu'à l'impossibilité perçue de faire un travail de qualité. Nous tentons donc à travers les discours des personnels interrogés par entretiens (23, toute catégorie confondue : infirmier, aide-soignante, cadre d'unité, ASH, présidente CME) d'analyser les difficultés ressenties. Après une analyse du contexte de la psychiatrie et de l'hôpital considéré, nous développons l'idée que cette pénibilité est liée à l'inquiétude que suscitent les changements organisationnels en cours. Cette explication de la pénibilité s'apparente davantage à un choc des cultures (deux représentations de l'activité de soin s'opposent) qui rend le décalage entre travail prescrit et réel plus prégnant. La discussion nous permet d'envisager le cadre théorique de la psychopathologie pour comprendre les résultats obtenus. Ainsi, c'est sous l'angle de l'organisation du travail que nous mettons en évidence les problèmes de pénibilité psychologiques des soignants en psychiatrie. Nous formulons l'hypothèse que les changements étudiés dans l'hôpital psychiatrique ne sont pas spécifiques à ce secteur ; ils ont, cependant, un retentissement plus fort dans des situations de travail déjà porteuses de violence. En effet, le contexte spécifique de l'hôpital psychiatrique met en évidence l'exacerbation des problèmes organisationnels généraux soulevés. Dans ce contexte, la gestion des ressources humaines et le management ont sans aucun doute un rôle à jouer dans la reconquête du sens du travail des soignants et la réduction de la pénibilité du travail.

Mots clés : conditions de travail, soignants, pénibilité du travail, qualité des soins, psychiatrie

Introduction

« on s'est tous fait taper dessus…notamment une fois où je me suis pris une gifle monumentale…mais c'était en chambre d'isolement, la malade était complètement délirante, j'avais 2 collègues avec moi…bon, elle m'a brisée mes lunettes, on l'a maintenue mais j'ai pas vécu du tout ça comme une atteinte personnelle, c'était dans un contexte délirant, c'était mon rôle de soignant, ça faisait partie des petits soucis que je pouvais rencontrer…voilà, voilà…ça fait partie des aléas du métier. (Infirmier psychiatrique, propos recueillis en 2006).

Les risques potentiels du travail en hôpital psychiatrique s'illustrent par de nombreux faits divers (cf évènements de Pau). Ils sont liés dans l'imaginaire collectif à la folie, dérèglement absolu, qui est par définition violente. Pourtant, les difficultés et la pénibilité liées au travail en hôpital psychiatrique ne semblent pas venir de la nature même du métier. En effet, les situations de crises comme celle indiquée ci-dessus semblent être considérées comme "normale" par les soignants en hôpital psychiatrique. Par contre, ce qui semble aujourd'hui poser problème dans les situations de travail c'est l'incapacité à "bien faire" son travail, à se rendre disponible pour les patients, à faire un travail de qualité.

Ce ne serait, alors, pas la folie, la dangerosité de la relation avec le patient qui poserait le plus de problème pour les soignants interrogés mais bien plutôt l'impossibilité perçue de faire un travail de qualité dans le contexte de l'hôpital.

L'étude s'est déroulée dans un hôpital psychiatrique dans lequel les situations de travail peuvent être considérées à risques. En effet, les professionnels vivent des situations d'urgence, de crise notamment dans les unités d'admission. Il nous a paru pertinent d'essayer d'analyser une situation de travail a priori déjà porteuse de violence, définie comme « suspension de l'ordre, dérèglement absolu, imprévisibilité » (Michaud Y., 2004, p.8).

L'actualité récente montre les risques potentiels du travail en hôpital psychiatrique, et, dans l'imaginaire collectif, la folie est par définition violente (dérèglement absolu). C'est dans ce contexte difficile de situations à risques que nous avons voulu identifier les perceptions des soignants pour comprendre les difficultés ressenties dans leur activité et par là même, tenter de mettre en évidence les éléments en terme d'organisation du travail susceptibles d'avoir un rôle. D'après le discours des soignants, les pénibilités semblent plus liées aux conditions de travail qu'à la nature même du travail.

Dans ce contexte général de la fonction publique hospitalière et plus particulièrement de l'hôpital psychiatrique nous avons tenté de répondre à la question suivante : Quelles sont les causes de la pénibilité du travail des soignants en psychiatrie ? Autrement dit, les difficultés ressenties sont-elles dues uniquement et essentiellement à l'agressivité, la violence des patients ? N'existe-t-il pas une autre forme de violence liée aux changements organisationnels en cours ? Ce sont les représentations des situations de travail par les soignants que nous mettrons en évidence dans le développement afin de mieux appréhender les possibilités d'action du management, pour rendre ces nouvelles situations de travail plus supportables.

Dans un premier temps nous présenterons le contexte de cette recherche puis dans un second temps les résultats. Enfin, nous terminerons pas une discussion sur les apports et pistes de réflexion.

I. Contexte de l'étude : les grands problèmes de la psychiatrie et présentation du cas

Les grands problèmes de la psychiatrie

Afin de mieux appréhender le contexte étudié, précisons de façon synthétique les grands problèmes de la psychiatrie aujourd'hui. Depuis la loi de 1990, la psychiatrie a pour mission la promotion de la santé mentale des citoyens. Les situations de prise en charge s'étendent donc aux situations de vulnérabilité face au trouble mental. La psychiatrie répond aujourd'hui aux problèmes de souffrances psychologiques, ce qui explique en partie l'explosion de la demande psychiatrique due à l'augmentation des troubles mentaux (concernant plus de 10 % de la population). On assiste donc à l'émergence d'une nouvelle population de patients. Par ailleurs, un certain nombre d'éléments a marqué l'évolution de la psychiatrie : une baisse des lits dans les années 70-80 avec la politique de secteur[1] et le mouvement de l'anti-psychiatrie puis, depuis 1989, une augmentation de personnes hospitalisées ; un problème de sous-médicalisation des services d'hospitalisation qui est associé au problème de la démographie médicale ; une qualité des soins et d'hébergement remise en cause par rapport aux conditions d'accueil et d'hébergement (cf plan santé mentale 2005-2008, document de travail lors des Etats généraux de la psychiatrie).

L'activité psychiatrique se heurte à un certain nombre de difficultés, qui ne sont pas propres à la région de l'hôpital qui nous a accueilli, comme la pénurie de médecins, la difficulté de délimiter les tâches des institutions et des professionnels, la relation entre l'offre de soins des établissements et la permanence des soins, tout ceci dans un contexte dans lequel les pathologies à prendre en charge sont très hétérogènes, et vont des urgences médico sociales aux pathologies neuro-dégénératives.

Les changements que subit l'hôpital psychiatrique aujourd'hui mettent en relief la culture des soignants. Ceux-ci sont portés par le courant du « new public management » qui introduit dans le secteur public une nouvelle rationalité d'inspiration essentiellement économique au détriment des approches politiques ou juridiques classiques. La nouvelle gouvernance des hôpitaux, symbole fort de ces changements (contrats d'objectifs, regroupement des services en pôles, contractualisation interne, tarification à l'acte…) instaure ainsi un nouvel équilibre entre pouvoir médical et pouvoir gestionnaire au profit de ce dernier d'après Vallet Armellino (2007). De ce fait, les mécanismes de domination générés par le processus de rationalisation en cours semblent se renforcer (Sainsaulieu, 2006).

Ces changements s'opèrent dans un environnement lui-même mouvant, nouvelles pathologies dues au vieillissement de la population et à l'augmentation des problèmes sociaux (précarité, exclusion…), et croissance de l'accès inégal aux soins qui est un nouveau sujet d'inquiétude (cf rapport DREES, 2005). C'est dans ce contexte que la rationalité économique envahit l'activité de soin en développant toute la panoplie des outils du « nouveau management » (Boltanski et Chiapello, 1999).

La culture du résultat envahit tous les secteurs d'activité et notamment l'activité de soin en hôpital psychiatrique. Peut-on mesurer cette activité et doit-on mesurer cette activité ? Certains dénoncent l'évolution de la conception du soin : de « la relation humaine soignant/soigné » à une conception « efficacité » (Brient, 2007). L'efficacité liée à la culture du résultat nécessite une mesure et donc une évaluation. Or, l'évaluation des résultats n'évalue pas le processus réel du travail et oublie la subjectivité et la compréhension de l'autre (Institut de Psychodynamique du travail de Laval, 2006) pourtant nécessaire à l'activité clinique. En effet, l'importance de l'écoute, d'un savoir-faire non formalisable est mise en évidence dans les témoignages des soignants en psychiatrie (Collectif infirmier, 2007). Des résistances à la culture du résultat (culture gestionnaire) paraissent nombreuses parmi les soignants, notamment en psychiatrie (Borgès Da Silva, 2003).

[1] Les secteurs correspondent à un découpage géographique qui fait correspondre une densité de la population (en moyenne 80 000 habitants) avec une équipe pluridisciplinaire de soins qui la prend en charge. La politique de secteur vise la prévention de l'hospitalisation.

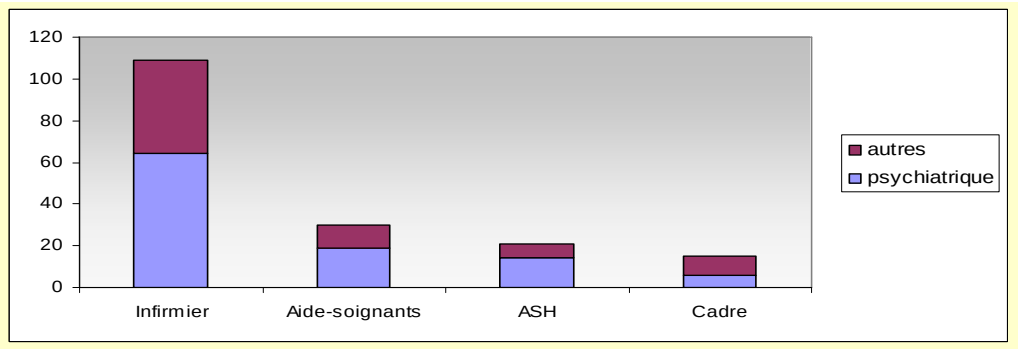
Le cas de l'hôpital psychiatrique considéré

L'hôpital psychiatrique étudié comptait en 2008 environ 1600 agents dont 1100 soignants (dont plus de la moitié ont une ancienneté de plus de 15 ans) pour environ 400 lits avec une activité extrahospitalière (psychiatrie de secteur). Le centre hospitalier psychiatrique concerné occupe le 3ème rang national du point de vue de la population desservie, le 2ème quant à la fréquentation, mais le 8ème en terme de budget. Le nombre de lits d'hospitalisation complète intra muros du centre hospitalier a diminué au profit du développement de structures alternatives à l'hospitalisation, de la psychiatrie de liaison, et de l'implantation de services d'urgences psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Les capacités de lits de l'établissement paraissent proches de la saturation d'après le rapport de la chambre régionale des comptes publié en juillet 2006.

Ce rapport pointe l'augmentation de l'absentéisme longue durée/longue maladie au cours des six dernières années. L'absentéisme est nettement supérieur aux normes nationales : la moyenne nationale d'absence est en effet de 5 jours par agent alors que dans l'hôpital considéré on comptait 10 jours d'absence par agent en 2002 (rapport chambre régionale des comptes 2006).

En effet, l'absentéisme longue maladie et longue durée n'a cessé d'augmenter de façon alarmante ces dernières années. Cet absentéisme peut être lié au vieillissement des agents (les tranches d'âges les plus touchées ont entre 41 et 60 ans), mais aussi aux conditions de travail (passage aux 35h ?), comme le confirment d'autres études, notamment Tonneau D. (2003), qui semblent mal vécues.

Après analyse documentaire des données sur l'absentéisme longue durée/longue maladie, les chiffres montrent que les 2/3 ont pour causes des pathologies psychiatriques :



Nombres d'arrêt longue maladie/longue durée par catégories depuis l'année 2000 (dont les 2/3 le sont pour raisons psychiatriques)

Le rapport de la chambre régionale des comptes (2006) indique que le nombre de pathologies psychiatriques repéré pourrait justifier une étude particulière de l'impact des conditions de travail sur l'état de santé du personnel.
Une hypothèse peut dès lors être avancée : les dimensions psychosociales des conditions de travail (stress perçu, burn-out…) influencent l'évolution de l'absentéisme longue maladie. L'étude a fait l'objet d'une convention de recherche (toujours en cours) avec la direction de l'établissement. La DRH, dans ce cadre là, souhaitait répondre à une problématique liée à l'absentéisme longue maladie/longue durée pour tenter de prévenir la santé (notamment psychique) du personnel.

L'hôpital psychiatrique X., conscient du contexte, nous a proposé de mener notre recherche en son sein par une étude qualitative puis quantitative. Les résultats présentés ici sont issus de l'étude qualitative. Le recueil des données s'est effectué par entretiens auprès du personnel. Deux secteurs différents avec un fort taux d'absentéisme ont fait l'objet de l'étude, 1 unité d'admission (les patients admis sont en situation de crise) et 3 unités complémentaires (les patients admis sont dits « stabilisés ») de l'hôpital psychiatrique considéré. Nous nous sommes focalisés sur l'activité intrahospitalière au regard du taux d'absentéisme pour cette étude qualitative. Comme le soulignait un

cadre supérieur de santé, les dysfonctionnements institutionnels ont plus de répercussions en interne qu'en externe.

Après avoir mené un entretien avec les cadres supérieurs de santé, nous avons pu constituer un échantillon varié du personnel. L'objectif était d'interroger toutes les catégories de personnel de tout âge et de toute ancienneté. Au total, nous avons pu produire et retranscrire les perceptions de 22 personnels : 2 cadres supérieurs de santé ; 3 cadres d'unité ; 8 infirmières psychiatriques ; 5 aides-soignantes ; 4 agents de service hospitalier (ASH). Ces entretiens ont été complétés par un entretien avec la représentante du corps médical (présidente de la commission médicale de l'Etablissement). Les entretiens d'une durée de 1h30 en moyenne se sont déroulés sur le lieu de travail sur une période de 5 mois. Les différents contacts nous ont permis à la fois de nous rendre dans les parties fermées et ouvertes des unités concernées et d'observer la vie des patients et le quotidien de l'activité de soignant. Les entretiens, enregistrés, ont donné lieu à une retranscription intégrale. Par analyse de contenu, nous avons repéré la récurrence de certains thèmes puis nous avons extraits les verbatims qui nous semblaient les plus marquants pour illustrer les thèmes majeurs repérés.

Ce sont donc, les ressentis, les discours des personnels soignants (IDE, AS, médecins psychiatres) et non soignants (cadres d'unités, ASH) qui nous ont intéressés. Notre présence a sans doute contribué à la construction du discours sur les situations de travail vécues. C'est plus en terme de compréhension que d'explication que nous avons envisagé l'étude des situations de travail. Nous ne nous sommes pas intéressés aux changements en cours de façon objective, mais bien plutôt aux perceptions, aux ressentis : inquiétudes, évolution perçue de la relation soignant/soigné, contradictions perçues dans ce contexte de changement organisationnel.

Les nombreuses inquiétudes et pénibilités sont révélées par la combinaison des changements et le contexte de l'activité de soin en psychiatrie. Nous aborderons les inquiétudes et pénibilités liées aux changements organisationnels dans un premier temps. Puis dans un second temps, nous expliquerons les pénibilités ressenties en faisant référence aux chocs des cultures.

II. Inquiétudes et pénibilités liées aux changements organisationnels

Inquiétudes par rapport à la culture de l'évaluation

Le premier changement organisationnel mis en lumière est l'introduction de la culture de l'évaluation à l'hôpital psychiatrique qui suscite bien des inquiétudes. La tarification à l'acte instaurée par la nouvelle gouvernance symbolise cette culture de l'évaluation. En effet, elle nécessite une mesure précise de la « production de soin ». Celle-ci repose sur la définition de « groupes homogènes de malades » nouvelles unités d'œuvre de la production hospitalière supposées statistiquement totalement fiables. Cette tarification à l'acte n'est pas encore mise en place à l'hôpital psychiatrique comparativement à l'hôpital général. Des groupes de travail en discutent et élaborent des indicateurs pour une mise en place prochaine. Cependant, elle fait partie des changements qui provoquent une réelle inquiétude. Celle-ci est traduite dans les propos de la Présidente de la Commission médicale de l'Etablissement :

« Pour le moment en psychiatrie, il n'y a pas de tarification à l'acte, on en parle comme quelque chose qui va être l'avenir…nous ne la voyons pas arriver d'un très bon œil…l'acte en psychiatrie est quand même très difficile à limiter puisqu'il a une dimension relationnelle et langagière tout à fait spécifique…il est à la fois relationnel et langagier et très peu technique donc…un acte technique se codifie assez bien et donc se paie assez bien par la sécu alors que nos actes à nous ont ce caractère flou des relations humaines qui font qu' on vit assez mal le fait de devoir les calibrer…on craint qu'il y ait aussi retour de flamme…c'est-à-dire que s'il n'y a pas assez d'activité, il n'y a pas d'argent…il faut faire de la consultation, il faut faire de l'acte…c'est pas du tout dans notre culture hospitalière de

la psychiatrie publique…du tout, du tout… » (Présidente Commission Médicale d'établissements, représentante du corps médical, médecins psy et chefs de pôle).

L'idée principale qui émerge de ce discours est la contradiction qu'il semble y avoir entre la culture de l'évaluation et l'activité de soin en psychiatrie. Celle-ci aurait un aspect essentiellement relationnel qui se prête mal à une quantification. Le terme « relationnel » est cité plusieurs fois ce qui met en évidence l'importance de cette dimension dans les valeurs, la culture de professionnels. Par ailleurs, une autre dimension importante est introduite par le terme « langagier » répété lui aussi plusieurs fois. L'opposition des termes relationnel et technique est fort dans le discours. L'analyse des propos montre une distinction très nette entre la représentation de la nature de l'activité de soin en psychiatrie chez ce professionnel (« dimension relationnelle et langagière, flou des relations humaines ») et la tarification à l'acte qui considère l'activité de soin comme un résultat (« un acte technique », « devoir les calibrer »). Donc deux visions de l'activité, l'une processuelle, qualitative et interactive, l'autre technique, quantitative et substantive, s'opposent.

L'inquiétude majeure associée à cette tarification à l'acte repose sur la dénaturation de l'activité, le changement de culture, de croyances des soignants en psychiatrie. La grande majorité des entretiens soulignent cet état de fait et rejoint les résultats des études menées sur le PMSI notamment celle de Moisdon (2000) qui montre la résistance voire le retrait du corps infirmier par rapport à la culture gestionnaire et à ce nouvel outil. Par contre, l'étude montre que, lorsque le corps médical s'approprie l'outil, celui-ci peut modifier les pratiques organisationnelles et alimenter un apprentissage organisationnel. Autrement dit, l'outil considéré comme très imparfait peut servir de prétexte à une réflexion sur l'activité et permettre de construire de nouvelles pratiques.

Un autre changement organisationnel important de l'activité en psychiatrie liée à la culture de l'évaluation se traduit par une durée moyenne du séjour plus courte. Les raisons de « l'ouverture sur l'extérieur » de l'hôpital psychiatrique, de la diminution de l'internement ne semble pas avoir pour seule raison le mouvement de l'anti-psychiatrie. En effet, cette diminution de la durée des séjours serait due en partie à une rationalisation accrue des coûts et à une logique économique comme le souligne le témoignage suivant :

« […] Les malades sortent plus facilement : oui, mais je n'y vois pas que des raisons positives, c'est tout simplement médico-économique : on a largement diminué le nombre de lits en psychiatrie, à l'échelle de la France on a perdu des centaines et des centaines de lits comme tous les pays occidentaux qui ont réduit férocement leur capacité d'hospitalisation en psychiatrie donc après il n'y a pas besoin de s'extasier en disant que les malades on les garde moins longtemps hein !, Forcément, ça tourne plus ! C'est peut-être parce qu'on les flanque dehors plus vite et pas forcément stabilisés…ça c'est pour une première réponse à cette « merveilleuse ouverture » ; elle est médico-économique beaucoup plus qu'éthique ! Il s'agit surtout que ça coûte moins cher, qu'il y ait moins d'hospitalisation, moins de lits et que ça tourne plus vite… » (Représentante du corps médical)

L'analyse des propos met l'accent sur le manque de lits et la saturation des capacités d'accueil de l'hôpital. Ce qui est confirmé par le rapport de la Chambre régionale des Comptes (2006). Là encore la logique économique « *il s'agit surtout que ça coûte moins cher* » est opposée à la logique de soin « *c'est parcequ'on les flanque dehors plus vite et pas forcément stabilisés* ». Les termes employés ne sont pas anodins et dénotent à la fois une certaine violence comme « flanquer » ou encore un certain cynisme « merveilleuse ouverture ». Un nouveau phénomène, constaté par les psychiatres, dû au raccourcissement de la durée des séjours apparaît : le syndrome de la porte tournante. C'est-à-dire qu'un grand nombre de malades sortent rapidement après leur admission et retournent à l'hôpital peu après leur sortie (Castro, bahadori, Tortelli, Ailam, Skurnik, 2007).

Parallèlement et inversement à ce mouvement d'ouverture sur l'extérieur dû à une rotation des patients plus importante, la misère sociale entre à l'hôpital psychiatrique. Cela provoque des changements sur l'activité. Depuis une dizaine d'années, d'après les propos des soignants, la population de patients prise en charge par l'hôpital psychiatrique a changé : de nombreux patients sont des exclus de la

société, précarité, souffrance au travail. L'hôpital psychiatrique devient l'institution de recours à l'urgence de l'exclusion sociale comme le montrent ces verbatim :

« A l'époque, les pathologies n'étaient pas les mêmes. Aujourd'hui on assiste à une déstructuration sociale […] Le travail a changé dans le relationnel avec les patients, avec la hiérarchie. A l'heure actuelle, les « grands fous » n'existent plus, ils sont en ville. Aujourd'hui, on fait plutôt de l'assistanat social. Mais vous savez trop d'assistanat nuit à l'assistanat. L'hôpital a dévié de sa fonction, la société a évolué, l'hôpital psychiatrique reflète la société actuelle (précarisation, déscolarisation…) ». (Infirmier psychiatrique).

A travers ces propos, une certaine nostalgie du passé ressort. Le terme « assistanat » est utilisé péjorativement et s'oppose à la vraie folie « grands fous » qui fait la noblesse du métier. L'hôpital même est considéré comme « déviant » par rapport à sa fonction d'origine et donc dans la représentation de cette infirmier, il s'éloigne de ce qu'il considère comme « normal » par rapport à son métier.

« On a des moins en moins de psychiatrie, de plus en plus de poly toxicomanie…des gens qui sont en marge de la société et qui nous sont adressés parce que personne n'en veut. Je ne suis pas sûre que la structure soit adaptée pour les recevoir ». (Infirmière psychiatrique)

L'hôpital psychiatrique retrouverait-il ses caractéristiques d'antan en servant de refuge à tous les exclus de la société : « *Aujourd'hui, on est plus des « gardes-malades » (infirmier psychiatrique).*

L'hôpital psychiatrique est face à des logiques divergentes : la rationalisation des coûts avec à la fois le devoir de prendre en charge tous les exclus de la société.

« Ce qu'on se demande tous les jours c'est : est-ce que je m'occupe de celui-là parce qu'il est malade vraiment ou simplement parce qu'il est là et qu'aucune autre institution ne répond. Je dis oui aux deux questions tous les jours. C'est-à-dire que la moitié de mon unité d'admission, ce sont des gens très malades ; l'autre moitié, ce sont des gens dont la situation sociale, affective, économique est en pleine déshérence et aucune autre institution ne répond en particulier aussi rapidement que l'institution psy. […] Donc on les met en hôpital psychiatrique mais ils ne reçoivent aucun soin particulier en hop psy donc ils coûtent extrêmement chers. L'hôpital psychiatrique assiste massivement tout ce qui ne va pas dans la société française…assiste au sens d'assistance…donc on a du monde…tous les exclus…pas seulement les SDF…ça aussi c'est une spécialisation nouvelle, la précarité depuis une dizaine d'années. (Présidente CME, représentante du corps médical, chef de pôle).

L'analyse des propos montre là encore une opposition entre malades et non malades « exclus » de la société à cause de leur situation sociale, économique ou affective. L'hôpital psychiatrique est perçu comme l'institution de dernier recours « on assiste massivement tout ce qui ne va pas dans la société française ». La logique du social s'oppose dont à la logique économique « ils coûtent extrêmement chers ».

Cette culture de l'évaluation soulève aussi des inquiétudes de la part des cadres. En effet, les cadres de proximité, cadres d'unités vivent mal, eux aussi, leur situation de travail. Ils sont soumis à des injonctions paradoxales : à la fois gérer les objectifs de la direction en terme de qualité et répondre aux contraintes du terrain notamment en termes d'effectif. Ces cadres d'unités vivent de plus en plus des situations d'urgence. Ils ont conscience de la fatigue de leur équipe et des contraintes du terrain mais doivent intégrer le modèle de modernisation de l'hôpital qui s'oriente vers une culture de la performance /du résultat.

« Il y a une grosse sollicitation des cadres de proximité (cadres d'unité). Ils me disent « ça va pas…et moi je leur réponds « ça va pas mais faut que ça aille quand même ». C'est dur pour eux. On est dans une phase de transformation : le système a très bien marché en 70-80…aujourd'hui, il faut repenser le système de soin par rapport aux évolutions sociales. Ce sont ceux qui sont dans des structures temps

plein qui ont le plus à gérer les dysfonctionnements institutionnels : c'est lourd ». (Cadre supérieur de santé)

Face à cette rationalisation économique générée par la culture de l'évaluation, les soignants dénoncent une transformation imposée de leurs pratiques.

Pénibilités perçues dans la relation soignant/soigné

Ces évolutions semblent réduire le temps consacré aux patients. Les pratiques de soin intégraient auparavant la mise en place de projets avec les patients. Or, par manque de personnel, les soignants interrogés disent ne plus avoir le temps de mettre en place des projets avec les patients, assurer des activités de socialisation, de mobilisation et d'animation comme le jardinage, les ateliers de peinture. Les bienfaits pour les patients liés à l'occupation, à la construction de l'identité grâce au travail à travers ces projets font place à l'ennui, au vide existentiel comme le souligne ce verbatim :

Le personnel a diminué : là où autrefois on pouvait être 4 ou 5 en quart, aujourd'hui on n'est 3 ou 2. […]il n'y en a pas plus qu'avant(des situations de violence) mais comme il y a moins de personnel, les patients sont beaucoup moins occupés, on les emmène moins sur l'extérieur, il n'y a plus d'atelier, le dernier vient de fermer…eh bien imaginez donc ce que ça peut donner 24 ou 26 personnes hospitalisées dans un même endroit à tourner en rond et le seul intérêt c'est d'attendre leur argent qu'ils ont une fois ou 2 fois par semaine et qu'ils vont chercher à la perception, les repas qui sont donnés 4 fois par jour…voilà ! Alors l'été comme on peut ouvrir sur le parc….c'est mieux mais quand il pleut , l'hiver et que tout le monde tourne la dedans….avant ils étaient portés par quelque chose, il y avait un semblant de vie. (Infirmier psychiatrique)

Les soignants interrogés sont unanimes sur cette question du manque de personnel qui influence l'activité de soin. Elle évolue au détriment du relationnel et de l'anticipation des risques potentiels :

« Le plus pénible dans le travail, je dirai que c'est le manque de personnel, le manque de disponibilité auprès des patients ». (Infirmier psychiatrique 1)
[….] « Les patients sont aussi gênés de nous demander : « est-ce qu'on peut discuter 5 minutes et ça c'est pas normal…on oublie le relationnel ». (Infirmier psychiatrique 2)

A travers ces propos, ce qui est revendiqué par les soignants c'est la nécessité de réintroduire du relationnel avec les patients, de la disponibilité pour que leur travail ait un sens et qu'il réponde aux exigences liées à leur représentation de la qualité des soins.

Le personnel soignant fait également le constat d'un changement de nature de son activité : l'activité administrative augmente au détriment du temps passé avec les patients, de l'écoute qui est à la base de l'activité de soin clinique. L'indisponibilité conduit au manque d'écoute et génère une augmentation des situations d'agressions, de violence comme le met en évidence un cadre d'unité :

C'est uniquement par la présence et par l'écoute que l'on peut anticiper les moments de violence. Mais les problèmes d'effectif génèrent une augmentation de la violence à cause du problème d'écoute. (Cadre d'unité)

L'analyse de ces propos permettent d'envisager une relation de cause à effet entre le manque de disponibilité, d'écoute des patients et le fait de ne plus pouvoir « anticiper les moments de violence ». On pourrait donc en conclure que l'écoute est un savoir-faire essentiel chez les soignants en psychiatrie et que cette qualité d'écoute dépend du temps passé avec les patients. Autrement dit, la violence se concrétise aussi à cause d'une rationalisation du temps.

L'indisponibilité, la perte de relation avec le patient par manque de temps et manque de personnel ont été très longuement évoqués par les soignants interrogés. Ce phénomène s'explique aussi par la

dimension architecturale de certaines unités de l'établissement concerné. Effectivement, dans certains pavillons d'unités complémentaires, les déplacements des soignants sont très étendus et nombreux (forme en U). D'après les entretiens menés, dans ces structures particulières, les soignants se plaignent du manque de temps passé avec les patients. Les soins techniques se substituent aux soins relationnels. Les travaux menés par Estryn-Behar (2001)[2] mettent en évidence l'importance de l'approche ergonomique pour comprendre l'activité réelle de travail et par là même la qualité des soins. D'après cette approche, la dimension architecturale explique l'abandon de l'aspect relationnel au profit de l'aspect technique des soins.

Par ailleurs, les situations d'insécurité avec les patients sont aussi plus fréquentes. L'évolution de la population des patients génère une évolution des comportements qui y sont associés (agressions verbales et physiques, incivilités, manipulations, troubles, addictions). Les soignants qui exercent en service psychiatrique y sont exposés. Les chiffres de la médecine du travail du CHS indiquent une augmentation d'années en années des déclarations de fiches d'incident portant sur la violence des patients. Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons : soit il y a effectivement plus d'agressions de la part des patients, soit il y a plus de déclarations de la part des soignants ou encore un peu des deux. Dans tous les cas, cela met en évidence un problème d'insécurité réelle ou perçue :

Il y a la nuit une seule personne dans l'unité Y (effectif mini de nuit). Ça c'est scandaleux !!! Je suis la seule infirmière de nuit, je tombe dans les pommes et bien il y a personne d'autre….Très dernièrement, c'est arrivé à une de mes collègues…à être obligée de monter dans une unité d'admission la nuit et donc de laisser seule sa collègue aide-soignante pour les deux unités, ce qui m'était moi-même arrivé l'an dernier, j'avais fait une fiche d'incident d'ailleurs…bon, elle a fait une fiche d'incident et le cadre de l'unité lui a dit que c'était la seule à se plaindre d'être seule la nuit. C'est peut-être vrai mais faut pas nous prendre non plus pour des cons…je suis vulgaire mais j'insiste, je le fais exprès… (Infirmière psychiatrique)

Ces déclarations d'incident traduisent un sentiment d'insécurité croissant. A travers ces propos, il semble que ce ne soit pas tant le risque lui-même qui pose problème (risque lié à la dangerosité de la folie) mais plutôt le sentiment d'être exposé au danger sans possibilité de s'ajuster à ces nouvelles situations de travail.

L'activité en hôpital psychiatrique subit des évolutions sources d'inquiétudes et d'insécurité chez le personnel interrogé. Les changements évoqués induisent un choc des cultures et l'émergence de contradictions dans l'activité même de travail.

III. Une explication de la pénibilité par le choc des cultures

Cette pénibilité au travail ressentie peut s'expliquer par des conflits de valeurs. Nous en exposerons deux qui ressortent à travers l'analyse du discours : un conflit valeurs ou de représentations sur la qualité des soins et des représentations divergentes sur la nature du travail

Les représentations divergentes de la qualité des soins

Des contradictions majeures apparaissent dans le quotidien de l'activité en hôpital psychiatrique notamment à travers l'accréditation et les démarches qualité. Ces changements ont été bien intégrés par l'encadrement, alors que le personnel soignant de l'hôpital est loin de se les être appropriés.

Il nous faut préciser certains éléments concernant les démarches qualité et l'accréditation. L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des

[2] M. Estryn-Behar (2001), « Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Interface entre les normes et référentiels, et l'activité de travail réelle des soignants ». Actualité et dossier de santé publique, n°35, pp.71-73.

professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé." selon l' HAS (Haute Autorité de Santé). Elle concerne tous les établissements de santé publics et privés, et est conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS). Le manuel d'accréditation des hôpitaux comportait les aspects suivants : Le patient et sa prise en charge : droits et information du patient, dossier du patient, organisation de leur prise en charge. ; Management et gestion au service du patient : management de l'établissement et des secteurs d'activité, gestion des ressources humaines, des fonctions logistiques, du système d'information ; Qualité et prévention : gestion de la qualité et prévention des risques, vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle, surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux. La version managériale « la certification » et la démarche qualité « Ensemble des actions que mène l'organisation pour se développer par la satisfaction de ses clients/usagers » (Haute Autorité de Santé) découle de l'accréditation.

Malgré cette incitation à la qualité par le management, les soignants ont du mal à adhérer à cette vision de la qualité qu'il qualifie de procédurale et qu'ils perçoivent parfois en contradiction avec leur propre définition de la qualité. En effet, pour les soignants, la qualité des soins passe par une plus grande disponibilité pour un meilleur relationnel avec le patient.

« *Souvent ce sont les patients qui viennent nous voir pour nous avertir du problème. On prend pas le temps pour chacun, c'est un peu à la file indienne…on n'a pas le temps de discuter, on rentre dans leur chambre, on fait leur toilette, on les assoit dans un coin et au suivant….c'est une espèce d'abattage. Là, la qualité de la prise en charge…* » (Infirmière psychiatrique).

A travers ces propos, c'est la qualité de la prise en charge du patient qui est remise en cause. La qualité des soins est associée au temps passé avec le patient « pas le temps pour chacun, pas le temps de discuter », « au suivant », « c'est un espèce d'abattage ». Le rapport au temps semble un élément essentiel dans la culture des soignants en psychiatrie.

Les soignants ont l'impression que les valeurs de l'administration de l'hôpital et leurs valeurs ne se recoupent pas sur la façon d'exercer le travail. Cette différence de représentations entre encadrement et soignants est bien mise en évidence par les études sur la qualité, notamment celle de Claveranne, Vinot et alii (2003). En effet, les résultats de cette étude soulignent l'absence de définition unique de la qualité. Le discours des soignants sur la qualité se centre davantage que les autres catégories sur les patients. Autrement dit la logique des soignants est marquée par les aspects relationnels de la qualité des soins alors que la logique des responsables administratifs est plus proche des textes sur la qualité.

La démarche d'accréditation, pour les soignants, contredit l'esprit du soin même si la logique économique est considérée comme indispensable comme l'illustre ce verbatim :

La démarche d'accréditation, il est difficile de la récuser en tant que telle parce que, que nos actions, nos activités, notre production de soin (expression dont j'ai horreur) soient évaluées parce qu'elle coûte aux deniers publics, je trouve ça tout à fait normal alors maintenant la réalité de l'évaluation c'est quand même quelque chose de très très formaliste qui peut très bien contourner tout à fait les problèmes de fond. On peut avoir une excellente évaluation dans des hôpitaux sans qu'aucun des problèmes de fond ne soit abordé. Je sais pas si vous avez vu un questionnaire d'évaluation…c'est une pensée très morcelée…on ne parle que des procédures et on ne parle jamais des politiques de soins….vous pensez au ras de la procédure donc vous ne pensez pas…la procédure elle est faite en générale par la haute autorité de santé, vous êtes plus ou moins bien collé à ladite procédure mais on ne vous demande pas de penser en prime. Regardez le type de question et comment on y répond…pour nous c'est complètement étranger à la pensée médicale. Pour nous il faut une acrobatie cognitive importante…. (Présidente CME, médecin psychiatre, chef de pôle)

A travers ces propos, la procédure qualité semble aller à l'encontre d'une réflexion sur l'activité du soin « pensée morcelée », « vous pensez au ras de la procédure donc vous ne pensez pas ». Ce qui

semble s'opposer, ici, c'est une vision analytique de l'évaluation telle qu'elle est mise en place à travers le respect des procédures et la vision synthétique évoquée par « on ne parle jamais des politiques de soins », « les problèmes de fond ». L'enfermement de la pensée se caractérise dans le discours par la procédure qui contraint « collé à ladite procédure mais on ne vous demande pas de penser ».

Le choc des cultures se concrétise donc en partie dans le conflit sur la qualité. Les expressions telles que « *gardes-malades* », c'est une « *espèce d'abattage* » montrent bien le désarroi dans lequel se trouvent les soignants face à cette situation. La façon de mettre en place la démarche qualité est souvent perçue comme non légitime étant donné ce qui se passe au quotidien dans certaines unités sur le plan de la prise en charge des patients. Par exemple, l'activité en unité d'admission (patients en situation de crise) et en unité complémentaire (patients stabilisés) se recoupe puisque les situations d'urgence en unité complémentaire sont de plus en plus fréquentes. Dans les unités complémentaires observées plusieurs patients dont l'état n'était pas stabilisé étaient présents par faute de place dans les unités d'admission. D'après les cadres d'unités cette situation n'est pas exceptionnelle comme le souligne cet extrait :

« *On a plus de patients hospitalisés dans les unités d'admission qu'avant : 25 lits alors que l'on a toujours 30 patients présents alors on met les patients en chambre d'isolement et des lits dans les bureaux. On a aussi dans notre service des personnes qui devraient être en unité d'admission et par manque de place elles se retrouvent en unité moyen- long séjour (unité complémentaire). Donc pour ces personnes là, elles n'ont pas la même prise en charge qu'en admission…et ça arrive au quotidien…il y a eu une accélération ces deux dernières années…aujourd'hui on a 3 personnes dans ce cas là dans notre service et c'est au quotidien* ». (Cadre d'unité)

Ces premiers résultats rejoignent les résultats de nombreuses études sur les effets de l'accréditation et démarche qualité sur l'activité des personnels soignants. En effet, l'image de cette démarche qualité suscite une certaine réticence. Les soignants n'ont plus la conviction de bien faire leur travail et perçoivent une détérioration de la qualité des soins et de la relation soignant-soigné (DREES, 2005).

De même, la démarche qualité mise en place s'accompagne d'une redéfinition des responsabilités et des limites de chacun dans l'accomplissement de son travail, autrement dit d'un travail perçu comme étant de plus en plus individuel.

Les représentations sur la nature du travail : individuel versus collectif

L'individualisation du travail (ou spécialisation) est perçue comme un « saucissonnage de rôle » par les soignants interrogés. Elle leur paraît non adaptée à l'activité et à la qualité de la prise en charge des patients en hôpital psychiatrique.

« Les nouveaux cadres sont différents : chacun sa place, chacun son rôle. Une infirmière n'a pas à faire les lits…ce n'est pas leur rôle…le cadre supérieur de santé insiste sur le « chacun son rôle ». (Infirmier psychiatrique).

L'exclusion des Agents de Services Hospitalier (ASH) de l'équipe de travail (infirmière, aide soignante) rejoint ce mouvement de destruction du collectif de travail par l'individualisation du travail. Les ASH ne se sentent plus reconnues dans leur travail et ressentent même une certaine humiliation alors qu'elles revendiquent leur rôle à part entière dans l'activité :

« Aujourd'hui on assiste plus aux réunions, c'est terminé. Le cadre d'unité s'est concerté avec la surveillante chef. Le prétexte énoncé est la confidentialité/ aux patients. Alors que moi je peux vous dire que l'on sait plein de choses sur les patients en vidant leur poubelle…c'est très parlant : on voit les problèmes d'alcoolisme, d'obésité et on voit les selles de toilette, les vomissements. Certains cadres ont oublié qu'ils étaient en psychiatrie. Moi, je suis dans le relationnel et je suis pas seulement

là pour faire le ménage…Au fur et à mesure ça nous met des coups…on pourrait aller travailler au campanile du coin ou à l'usine, ça serait pareil. Si on choisit ce domaine, c'est pour le relationnel ». (Agent de Service Hospitalier)

L'analyse des propos montre la fierté des ASH de faire ce métier en hôpital psychiatrique. Cette catégorie semble avoir intégrer les valeurs liées à la culture des soignants « si on choisit ce domaine, c'est pour le relationnel ». Les propos évoquent le problème de reconnaissance et de valorisation de la fonction ASH dans un contexte de bureaucratie professionnelle où le pouvoir est lié aux compétences médicales.

Des glissements de tâches s'opèrent fréquemment entre ASH et aide-soignante et entre aide-soignante et infirmière. En effet des ASH aident quotidiennement les aides-soignantes, les infirmières dans les situations de crises. Les spécificités du contexte psychiatrique, notamment la mise en chambre d'isolement de patients en crise, peuvent expliquer la présence d'hommes d'autres statuts que celui d'infirmiers (ASH par exemple) pour résoudre ces situations difficiles et violentes. Contrairement aux résultats d'études telles que DREES (2005) qui convergent vers l'idée de réduction des possibilités de coopération, notamment inter catégorielles au sein des équipes par l'introduction de la division formalisée du travail (sous forme de protocoles, référentiels, fiches de postes induit par la démarche qualité), nous constatons que ceci n'est pas le cas dans le contexte psychiatrique étudié.

Ce glissement de tâches va à l'encontre de la démarche d'accréditation qui stipule les responsabilités de chaque catégorie de personnel. Or, pour pouvoir fonctionner dans le quotidien de l'activité, il semble qu'il faille contourner le prescrit.

L'activité et la charge de travail semblent donc évoluer dans les unités. Le management ne maîtrise pas cette évolution. La méconnaissance de cette charge de travail ne permet pas de mettre en adéquation le personnel, en termes d'effectif et de compétences, en adéquation avec l'activité des unités. Cette absence de management du travail prescrit rend le travail réel bien difficile.

IV. Discussion et Pistes

Dans le contexte étudié, les résultats montrent une difficile conversion[3] des soignants à la culture de l'évaluation. Ce sont deux représentations de l'activité de soin qui s'opposent à travers le discours des soignants : la première, celle des soignants, est processuelle, qualitative et interactive (elle fait référence à l'échange, au relationnel, aux relations humaines) ; la seconde est technique (activité se résume à l'acte), quantitative et substantive (elle peut être mesurée, calibrée et se concrétise dans l'acte).

Nous avons donc montré les inquiétudes soulevées par l'introduction de la culture de l'évaluation qui semble étrangère et en contradiction avec la culture des soignants en psychiatrie. A travers les témoignages des personnels, de grandes confrontations sont mises à jour : l'économique contre le social avec les suppressions de lits et le turn-over plus important des malades ; le social contre l'économique avec la prise en charge de la misère sociale par l'hôpital psychiatrique, en l'absence d'autre institution. Cette prise en charge de l'exclusion relève davantage de la logique du don par opposition à la logique économique. En effet, l'activité en hôpital psychiatrique semble guidée par une logique sociale, ou comme la nomme Bourdieu (2003), logique de la philia d'Aristote[4], autrement dit, ce que l'on pourrait qualifier de logique désintéressée. Or, la nouvelle gouvernance qui introduit une rationalisation accrue des coûts et une culture de l'évaluation induit une logique d'action économique

[3] Nous reprenons ce terme à Bourdieu (2003) qui évoque la conversion au système de croyances de l'économie de marché des paysans en milieu rural que cite Sylvain Maresca, *Les Dirigeants Paysans*, Paris, Minuit, 1983.
[4] C'est-à-dire de la bonne foi, de la confiance, de l'équité qui doit régir les relations entre les parents et qui repose sur le refoulement ou mieux, la dénégation du calcul. (Bourdieu, 2003, p.84)

propre à l'échange marchand. Celle-ci introduit donc une première contradiction dans les logiques d'action au sein de l'institution et est source d'inquiétudes pour le personnel.

Le choc des cultures se concrétise autour du conflit de valeurs et de représentations sur la qualité des soins. Ce dernier induit une pénibilité morale qui rejoint les résultats de l'étude PRESS-NEXT (Caillard, 2005). Les soignants ont l'impression de ne pas faire un travail de qualité lorsque les capacités d'accueil sont saturés et que des patients en crise sont reçus dans des unités de patients stabilisés, ou encore, lorsque des patients sont mis en chambre d'isolement par manque de place et non par un état mental le justifiant. Les procédures liées à l'accréditation introduisent une prescription du travail de plus en plus individualisée. Or, l'individualisation du travail, là encore, va à l'encontre de la culture du personnel soignant et est perçue comme potentiellement destructrice des solidarités existantes. Les recherches en clinique du travail confirment ce risque en montrant que le sentiment d'insécurité est renforcé par la dislocation du collectif de travail et la remise en cause des valeurs associées à l'identité professionnelle. De nombreuses études ont montré que les coopérations construisent la santé dans le travail. Le soutien de l'équipe est en effet essentiel pour maintenir et préserver la santé psychique des soignants (Karazek, 1990). Face à ces situations les collectifs de travail (dont l'identité est définie par le partage des mêmes valeurs) développent des stratégies collectives de défense (Dejours C., 2000) pour faire face à cette pénibilité/souffrance. C'est ce qui se passe dans certaines unités dans lesquelles s'opèrent des glissements de tâches.

Plus généralement, les perceptions des nouvelles situations de travail par les soignants reflètent une dégradation de la relation soignants/patients. La perte de relation avec les patients est un thème récurrent issu de nos entretiens. Celle-ci semble avoir pour conséquence une moindre prévention des problèmes de violence avec les patients. Les soignants n'ont plus la possibilité de construire les « savoir-faire de prudence » par manque de temps avec les patients, essentiels dans la prévention des situations de crise. C'est pourquoi, ces nouvelles situations de travail accroissent le sentiment d'insécurité du personnel caractérisé par les fiches d'incident déclaratives sur les agressions par les patients.

En effet, les nouvelles situations de travail ne semblent pas permettre d'anticiper, de prévoir, de « construire les savoir-faire de prudence » (Cru D. 1987), c'est-à-dire des manières de faire qui prennent en compte la prévention et la gestion des risques. Nous pouvons faire l'analogie avec les résultats d'une étude menée en univers carcéral s'intéressant à la relation détenu surveillant (Huilier, 2006). Celle-ci montre la construction de « savoir-faire de prudence » dans les situations difficiles grâce à la réintroduction de l'échange entre détenu et surveillant. L'écoute, la discussion, la parole, (pratiques auxquelles sont formés les soignants en psychiatrie), sont fondamentales dans la prévention de la violence (De jours, 2005).

Les résultats de cette étude peuvent faire émerger l'hypothèse de l'impact prépondérant de l'organisation du travail et du décalage entre prescrit et réel pour expliquer les situations ressenties. L'exposition à la violence dans le secteur de la psychiatrie est forte mais « évitable » comme le confirme une étude statistique de grande envergure (Estryn-Behar, 2006). Ainsi, nous formulons l'hypothèse que les changements étudiés dans l'hôpital psychiatrique ne sont pas spécifiques à ce secteur cependant ils ont un retentissement plus fort dans des situations de travail déjà porteuse de violence. En effet, le contexte spécifique de l'hôpital psychiatrique met en évidence l'exacerbation des problèmes organisationnels généraux soulevés.

Le contexte ainsi décrit pourrait être à l'origine des affections psychiatriques des soignants arrêtés pour absentéisme longue durée/ longue maladie. Effectivement, l'analyse des situations de travail repérées fait émerger l'hypothèse du burn-out pour expliquer l'absentéisme. Le concept de burn-out ou épuisement professionnel est apparu dans les années 70 (Chanlat, 1990). Si ce phénomène est maintenant largement étudié et connu pour les populations dites à risques telles que les personnels de santé ou les enseignants, cette notion d'épuisement professionnel commence à gagner d'autres contextes et d'autres publics, notamment les commerciaux (Hollet, 2003). Or, les travaux de recherche

anglo-saxons se focalisent sur les profils de personnalité à risque[5] au détriment de la source organisationnelle, pourtant prépondérante (Hollet, 2003).

Le développement tardif français des études sur le stress et le burn-out s'explique par l'existence d'un autre courant de recherche qui s'intéresse aux mêmes phénomènes de violence mais l'aborde différemment d'un point de vue méthodologique (Chanlat, 1990). L'approche est cette fois-ci beaucoup plus collective. La méthodologie utilisée est essentiellement qualitative afin de repérer les décalages entre organisations prescrites et réelles qui seraient sources de problèmes pour les individus. De ce fait, l'approche psychopathologique nous permet de donner un enracinement théorique aux résultats obtenus. Deux courants se distinguent : la psychopathologie/psychodynamique du travail (Sivadon P., C. Veil, L. Le Guillant, Dejours C.) et la clinique du travail ou clinique de l'activité s'inspirant des travaux de Vygotski (ClotY., D. Lhuilier). Ces deux courants font la différence entre conditions de travail et organisation du travail. La santé des individus est altérée non pas par les conditions de travail mais par une forme d'organisation qui peut s'opposer à la pensée (Santiago-Delafosse 2005 dans Castro D.). « Nous sommes depuis une vingtaine d'années, affectés par une paralysie de la pensée sur le travail en raison d'un déni massivement opposé à l'analyse du travail réel […] » (Dejours, 2001, p.313.). C'est l'organisation du travail qui est porteuse de violence au travail ou plus exactement le décalage entre "prescrit et réel".

Pour Déjours (2000) la souffrance liée à la tâche est multiforme. Elle commence tout d'abord quand la relation homme-organisation du travail est bloquée par la rigidité de la tâche. La non significativité du travail par rapport au sujet et à son objet est source de souffrance. Or, il semble qu'à travers les pénibilités du travail évoquées : manque de disponibilité auprès du patient, oubli du relationnel, la perte de sens du travail des professionnels interrogés est grande.

Face à ces nouvelles situations de travail, les perceptions du personnel se traduisent dans le discours par l'empêchement du « pouvoir agir » (Clot Y, 1998). La souffrance émerge d'un développement empêché (on ne peut plus faire son travail) dans le cadre de l'organisation du travail prescrite. C'est le renoncement au travail bien fait, aux valeurs qui guident l'investissement dans une activité professionnelle, qui a un coût psychique très lourd (Lhuilier, 2006). Certaines situations de travail débouchent sur cette souffrance lorsque les stratégies collectives de défense (Dejours C. 2000) ne lui font plus barrage. Elle se caractérise alors par toutes les pathologies répertoriées par Dejours (2000) et que Sivadon P.(1957), l'un des précurseurs de la psychopathologie, appelait « névroses du travail » (alcoolisme de défense, sentiment d'étrangeté, crise d'angoisse….) entendues comme mauvaise adaptation de l'individu à l'organisation du travail. Cependant, l'explication rapide qui consisterait à dire que les soignants sont des « névrosés » parce qu'ils ne s'adaptent pas à l'organisation du travail est plus que douteuse. Elle renvoie à une vision du rapport au travail très individualisée sans se poser de question sur les structures. En effet, certaines études sur le sujet ne mettent pas assez en exergue les dimensions organisationnelles et contextuelles de ce problème social et privilégient l'idée de « bonne distance » entre le soignant et le soigné pour prévenir le burn-out des soignants.

D'après Wieviorka M. (2005) la véritable dimension de la violence est la manifestation d'une fêlure, voire d'une fracture du sujet, dans les moments où le sens se dérobe, se distord ou s'emballe. Or, la perte de sens du travail est fortement ressentie par le personnel soignant. Cette construction du sens du travail nécessite des échanges, des débats, des confrontations (De jours, 2005). Il est essentiel de « dire ce que l'on fait » (Lhuilier, 2006 p.91). Cependant, dans le contexte de l'hôpital il semble que ces espaces de construction soient de plus en plus réduits. L'organisation du travail joue donc un rôle important dans les formes de violences ressenties (Rapport du conseil économique et social, 2004 ; Auteur, 2004 et 2007). Bourdieu (1994) parle de « violence symbolique [6]» pour qualifier la violence

[5] Des actions pour repérer ces profils lors de la sélection sont alors proposées.

[6] Celle-ci impose tout un travail de dissimulation et de transfiguration de la vérité objective de la relation de domination. « Ces rapports de violence symbolique ne peuvent s'instaurer qu'avec la complicité de ceux qui les subissent. Le dominé collabore à sa propre exploitation à travers son affection ou son admiration » (Bourdieu P., 1994, Raisons et pratiques, Théorie sur l'action, Paris Seuil, p.198)

douce exercée par le nouveau management. En effet, les modes de gouvernement anciens adoptaient une violence plus brutale et donc plus visibles mais aujourd'hui l'apprentissage collectif des nouvelles règles de management passe nécessairement par une violence symbolique exercée par ceux qui en ont pris l'initiative. Lorsque l'apprentissage collectif n'est pas réalisé, on est dans le cas d'un dérèglement du milieu professionnel : changements de règles dont la légitimité n'est pas clairement perçue Livian (2004) ; et c'est là où la violence économique discrète s'installe insidieusement.

Face à ces dysfonctionnements sociaux, les possibilités d'action du management sont à envisager. Dans ce contexte, l'encadrement a sans doute un rôle majeur à jouer. Le management doit de se donner les moyens de travailler sur la notion d'écart entre le prescrit et le réel, de descendre dans l'analyse du travail pour trouver son rôle dans la conduite du changement à l'hôpital psychiatrique. Autrement dit, comment le management peut-il aider dans la reconquête du sens du travail des soignants et réduire la pénibilité du travail des soignants ?

Références

Bourdieu P. (2003), « La fabrique de l'habitus économique » *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°150, 5 p.79-90

Bourdieu P., (1994), *Raisons et pratiques, Théorie sur l'action*, Paris, Seuil.

Brient P. (2007) « les effets de la formation sur site auprès des soignants d'unités en psychiatrie générale : bilan d'une expérience », *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, Edition ERES, n°4.

Borgès Da Silva G. (2003) « la qualité des soins en hôpital psychiatrique : revue de littérature et perspectives », Santé Publique, vol.15, n°2, pp. 213-222.

Caillard J-F. (2005) responsable scientifique « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe », Résultats de l'enquête PRESS-NEXT.

Castro B., Bahadori S., Tortelli, Ailam L., Skurnick N., (2007)"Le syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006", *Annales Médico-psychologiques*, 165, pp.276-281.

Chanlat J-F. (1990). « Stress, psychopathologie du travail et gestion » dans Chanlat et al. *L'individu dans l'organisation : les dimensions oubliées*, Edition Eska, PU de Laval.

Claveranne J.-P. , Vinot D., Fraisse S., Robelet M. , Candel D. , Dubois D., Marchaudon P. (2003), les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé, Rapport de recherche GRAPHOS-CNRS, LCPE/LNST-CNRS.

Clot Y., (1998) *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de vie au travail*, Edition la découverte, Paris, réédition.

Clot Y. Lhuilier D. (2006) « Perspectives en clinique du travail », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°1, mai.

Collectif infirmier (2007) « A l'écoute de la folie avec un collectif d'infirmiers en psychiatrie », *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, n°4, pp159-181.

Cru D. (1987) « les règles du métier » dans C. Dejours, *Plaisir et souffrance dans le travail*, p.29-42.

Dejours C. (2000). *Travail et usure mentale*, Bayard, Paris, 2ème éd

Dejours C. (2005) Travaux préparatoires du plan Violence et santé, commission « violence, travail, emploi, santé », Conseil économique et social.

Dossier Spécial santé et travail (2006) « déni, visibilité, mesure », *Actes de la recherche en sciences sociales* 163, Ed.Seuil.

Dossier Sciences Humaines (2004), « Où en est la psychiatrie ? », n°147, mars.

DREES (Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation Statistique) (2003) document de travail de D. Tonneau, *La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : les difficultés liées à l'organisation*, Ecole des mines de Paris, octobre.

DREES (2005) *Post-enquête conditions et organisation du travail dans les établissements de santé* de M. Gheorghin et F. Moatty, juin.

DREES (2005) « Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants, juin 2005, n°48. Série études, document de travail réalisé par Douguet F. Munoz J. et avec la collaboration de Leboul D.

Estryn-Behar M. (2001), « Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Interface entre les normes et référentiels, et l'activité de travail réelle des soignants ». Actualité et dossier de santé publique, n°35, pp.71-73.
Estryn-Behar M. (2006), « Mots à maux….Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Etude comparative en France et dans trois autres pays européens », Annales Médico-psychologiques, n°164, p.732-748.
Hollet S. (2003). *Une nouvelle approche du stress au travail du commercial : introduction à la notion d'épuisement professionnel* , Mutations du trvail : quatre années de recherche (1999-2002), séminaire de valorisation direction de la recherche Action Concertée Incitative Travail
Karasek R.A.et Töres Theorell, (1990) *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books.
Lhuilier D. (2006) *Clinique du travail*, Edition Erès.
Livian Y-F., (2004), « Le changement des règles dans les relations marchandes : violence discrète au travail », Dossier Mal être au travail, *Travail et emploi n°97*, Janvier, pp.45-53.
Moisdon J.C.,(2000) « Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et régulation dans le système hospitalier français », *Sociologie du Travail*, 42, 31-49.
Institut de Psychodynamique du Travail au Québec (2006) *Espace de réflexion et espace d'action : enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*, Presse Universitaire de Laval.
Rapport de la Chambre Régionale des Comptes (2006), « Rapport d'observations définitives sur la gestion du centre hospitalier spécialisé… »
Rapport du conseil économique et social de Bressol E. (2004) *Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés*, 7 avril.
Sainsaulieu I. (2006) *La communauté des soins en question*, Editions Lamarre.
Vallet-Armelllino M. (2007) « Tomber juste. Des effets sur la clinique des nouvelles normes de gestion de la psychiatrie », *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, Edition ERES, n°4 pp.143-159.
Wieviorka M. (2005) *La violence*, Hachette Litteratures.