

Qualité des soins, santé

L'institution hospitalière française est en pleine mutation. L'élan de réduction des dépenses de santé a engagé l'ensemble du système de soin dans un vaste processus de rationalisation de son activité. La psychiatrie fait aujourd'hui figure d'exception puisque son financement n'est pas encore indexé sur son activité, mais des transformations déjà à l'œuvre à tous les niveaux du système traduisent la pénétration progressive d'un fonctionnement gestionnaire (Dembinski, 2013). Or un tel fonctionnement inquiète certains professionnels qui y voient un processus pernicieux de normalisation des soins, favorisant la désobjectivation de la relation (Postel, 2012 ; Sassolas, 2004). L'évolution normative tant décrite laisserait donc craindre pour la qualité des soins, mais pas seulement. Si elle conduit à un rétrécissement du champ des idéologies et des pratiques au détriment du soin, elle peut aussi être lue comme une diminution de la « liberté » d'élaboration et d'expression dans le travail des professionnels (Sassolas, 2004 ; Estryn-Behar, 2005). Sassolas (2004) par exemple expose les stresseurs intrinsèques du travail liés à la relation thérapeutique, et postule que l'environnement, qui soutient la liberté d'analyse et d'initiative des professionnels, est essentiel à la fois pour la sécurité psychique des soignants et la relation thérapeutique.

En somme bien que la rationalisation des organisations psychiatriques apparaisse comme la solution managériale la plus adaptée aux exigences de contrôle et de maîtrise des dépenses, elle doit

néanmoins s'affranchir d'une perspective médico-gestionnaire exclusive et intégrer les processus psycho-socio-organisationnels qui sous-tendent le fonctionnement des collectifs de travail. Depuis deux ans, en nous inscrivant dans cette perspective, nous réalisons dans un CHU des entretiens de recherche avec les professionnels de 5 secteurs de psychiatrie, dans le cadre de la médecine du travail (1). Ce travail exploratoire basé sur le discours des personnes vise une première identification des mécanismes reliant contexte organisationnel, santé au travail et qualité des soins, au travers d'une approche orientée par la psychologie sociale, de la santé et des organisations. Nous présentons ici les résultats de nos analyses, effectuées à partir du discours des infirmiers des services ouverts et fermés (2).

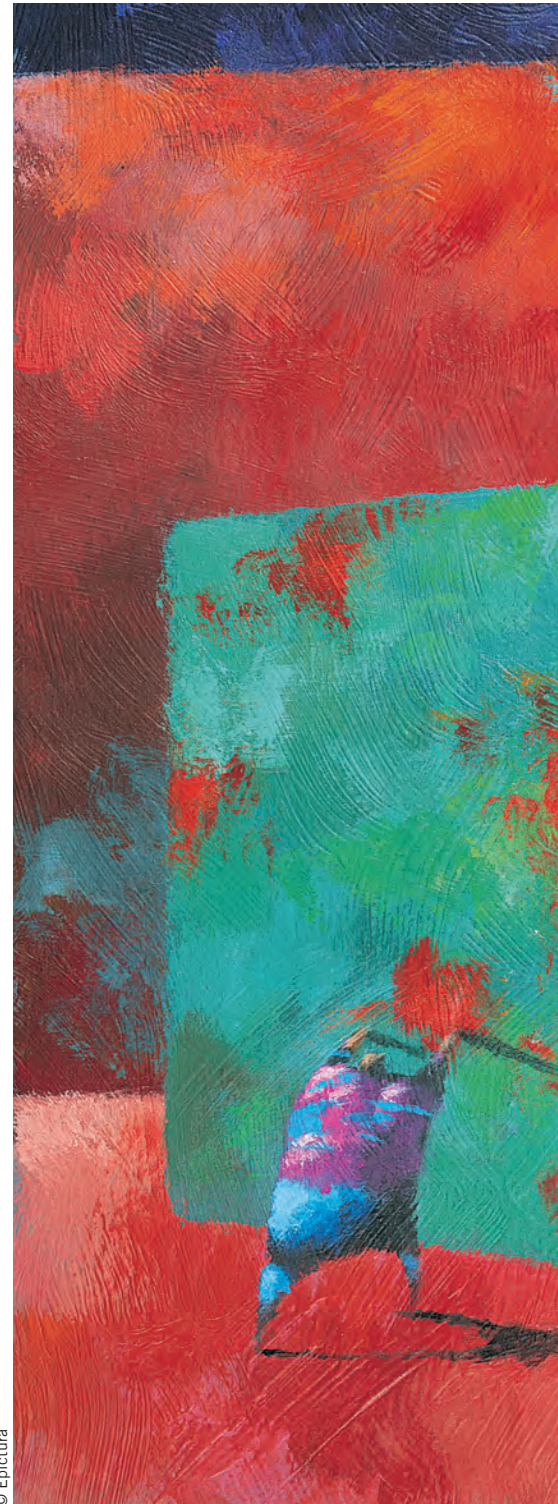
LA RELATION AU PATIENT

S'il est un élément que l'on retrouve dans tous les discours, il s'agit bien entendu de la relation au patient. Elle apparaît comme un générateur de tension primaire, dont l'issue en termes de vécu dépend à la fois des caractéristiques de l'environnement de soin et de celles du soignant, qui peuvent soit constituer des ressources, soit potentialiser les tensions.

– Parmi les sources de tension primaires, on trouve des emphases différentes selon les services ouverts et fermés, avec une mise en avant des situations de violence physique dans les lieux d'accueil de crise, et une emphase plus importante sur les difficultés liées à la relation en service ouvert. Précisons toutefois qu'aucun thème n'est intégralement spécifique des unités ouvertes ou fermées. La violence physique apparaît comme un stressor en lien avec les risques importants pour l'intégrité physique, mais également du point de vue de ses implications psychologiques. On retrouve ici des éléments référant au traumatisme, au sentiment d'incompétence ou de culpabilité. Du point de vue des difficultés liées à la relation thérapeutique, on relève par exemple l'impact des processus identificatoires, qui peuvent avoir trait aux problématiques,

Baptiste COUGOT*,
Dominique TRIPODI**,
Ghozlane FLEURY-BAHI***

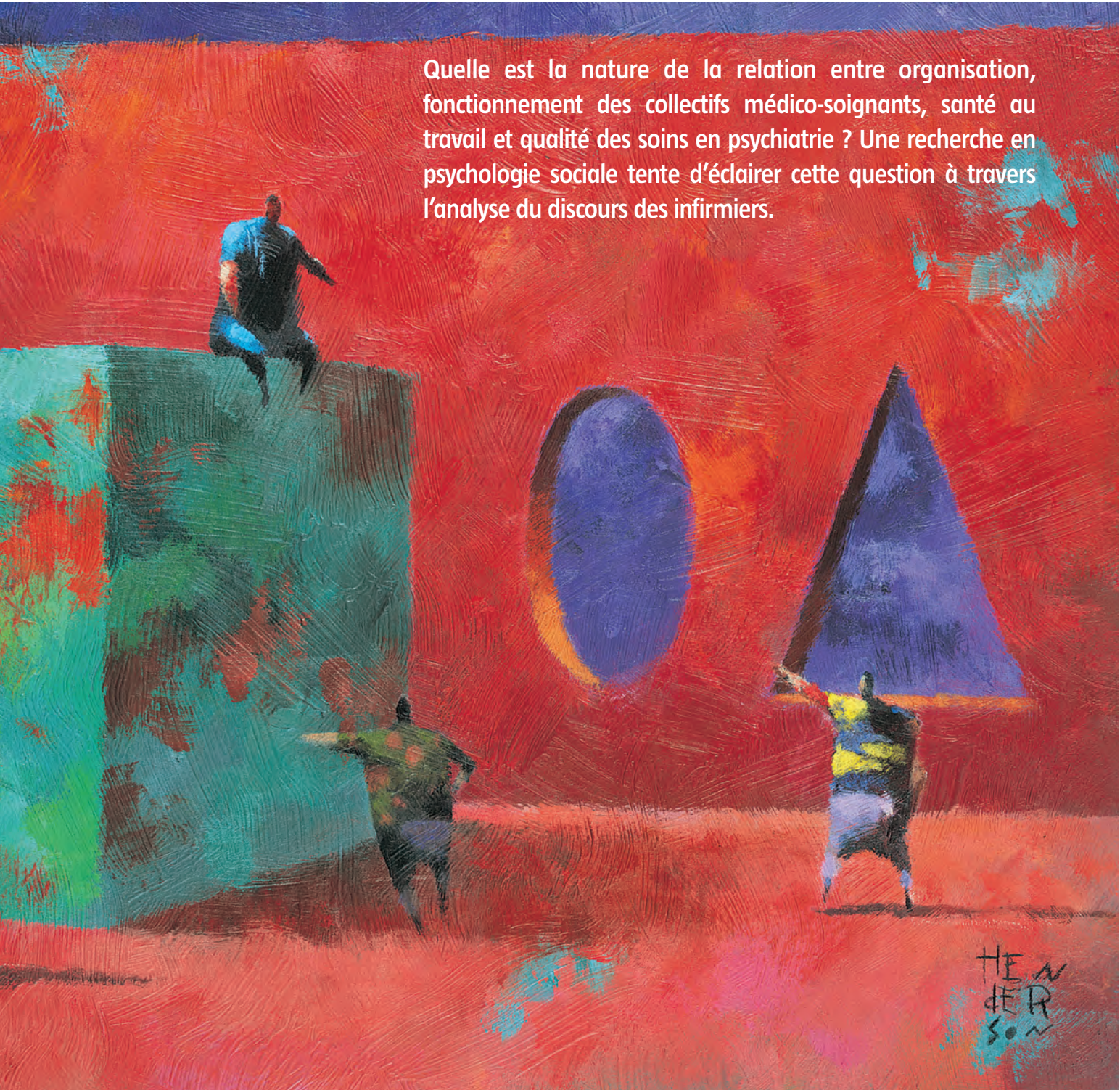
*Psychologue, master 2 recherche en psychologie, **Médecin du travail, Service de Médecine et Santé au travail, CHU de Nantes, ***Professeur de psychologie sociale, Université de Nantes.



© Epcitura

au travail et efficience

Quelle est la nature de la relation entre organisation, fonctionnement des collectifs médico-soignants, santé au travail et qualité des soins en psychiatrie ? Une recherche en psychologie sociale tente d'éclairer cette question à travers l'analyse du discours des infirmiers.



aux succès et aux échecs des patients, et générer une souffrance importante chez le soignant.

– Quasiment tous les soignants insistent sur la nécessité de prendre de la distance face à ces éléments. **Dans cette optique, l'interaction entre collectif et individu joue un rôle très important.** Le collectif (aides-soignants, infirmiers, médecins, cadre) est un support essentiel pour sa capacité à réguler les situations de crise et à ménager des temps et des espaces d'élaboration collective. Ce travail nécessaire favorise une construction sociale des événements et court-circuite les modes de vécu exclusivement individuels,

des individualités, mais qui n'en reste pas moins influencé par des facteurs plus aisément objectivables tels que la composition du groupe et l'environnement organisationnel (organisation, support...). En matière de composition, une garantie essentielle de bon fonctionnement est l'hétérogénéité en sexes, âges, compétences, expériences, ancienneté de service... La diversité permet à l'équipe de capitaliser une pluralité de ressources susceptibles de favoriser une adaptation collective et individuelle aux différentes situations de travail. S'appliquent ici des mécanismes de compensation et de complémentarité. Si l'on prend l'exemple

convient également de considérer le cadre de travail dans sa capacité à soutenir les processus psychosociaux à l'œuvre.

• L'équipe médicale et la relation médico-infirmière

Les médecins jouent un rôle central dans le fonctionnement du service. Leur expertise et leur position incontournable dans l'orientation des soins leur confèrent une marge de manœuvre importante et donc un pouvoir et une influence considérable sur les soignants, le contenu de leur travail et leur vécu relatif. Dès lors, la manière avec laquelle le corps médical se saisit de cette fonction d'autorité et la nature de

“ **La position d'autorité des médecins leur confère la possibilité de modérer de manière importante l'effet du stress sur les soignants, aussi bien dans un sens positif que négatif.** »

qui entraînent davantage de souffrance et moins de cohésion-cohérence d'équipe dans les prises en charges. De fait, le manque de support semble favoriser la formation de sous-groupes dans les équipes, ou de clivages entre les catégories de métiers, qui ne parviennent pas à converger dans leurs représentations et leurs objectifs. À l'inverse, une collaboration fonctionnelle permet un sentiment de satisfaction et d'épanouissement professionnel dans le travail et la prise en charge des patients. Bien sûr, les processus sont plus complexes et supposent d'envisager plus en détail les facteurs liés au système d'acteurs et à l'environnement organisationnel.

LE SYSTÈME D'ACTEURS

• Les infirmiers

L'équipe infirmière apparaît comme un levier essentiel pour favoriser un ajustement collectif et individuel à l'ensemble des situations de travail. Cette fonction d'adaptation ne va pas de soi et dépend des caractéristiques fonctionnelles du collectif, notamment la cohésion du groupe, la qualité de la communication, le respect mutuel, ou encore sa capacité à intégrer la nouveauté (situations de travail, nouveaux collègues...) dans une continuité de fonctionnement. Ces paramètres fonctionnels constituent la synthèse d'une homéostasie groupale dynamique, déterminée certes par un jeu singulier d'interactions

de l'âge, on observe que les anciens sont une ressource essentielle de compétence et d'expérience, qui aide les plus jeunes à consolider leurs compétences, à comprendre les événements, à s'autonomiser et à prendre de la distance. À l'inverse, les plus jeunes sont une ressource pour certains anciens face à l'informatique et aux soins somatiques. Attention néanmoins, l'effet favorable de l'hétérogénéité n'est pas si linéaire. En effet la composition des groupes engage des processus psychosociologiques complexes, ayant trait à la construction et au « maintien » des identités groupales. Ainsi nous avons observé que des groupes très homogènes (sexe, âge, expérience, culture du soin...) peuvent s'avérer très fonctionnels dans la prise en charge, tout en présentant une certaine rigidité (normes, valeurs, idéologies, méthodes de travail...) à la fois adaptative pour gérer la charge de travail et négative pour la créativité et l'intégration des nouveaux collègues. À l'opposé des groupes hétérogènes se trouvent parfois morcelés en plusieurs sous-groupes, par exemple celui des nouveaux et des anciens, ce qui rend le collectif vulnérable aux tensions environnementales (charge de travail, tentatives de clivage des patients, conflit médico-soignant...).

En définitive, la composition d'équipe est un levier qui peut favoriser la constitution d'un collectif ressource, mais il

la relation médico-infirmière qui s'instaure sont particulièrement déterminants. Nous allons reprendre maintenant quelques éléments issus du discours des soignants. Précisons encore une fois que cette analyse n'est que parcellaire dans la mesure où elle n'intègre pas le point de vue médical et les contraintes/ressources spécifiques de la fonction.

– Un premier élément cité est **la disponibilité et la qualité d'écoute**. Les médecins peuvent ainsi être un soutien dans les difficultés en favorisant l'expression des professionnels. Outre ce soutien psychologique direct, leur disponibilité pour expliquer l'orientation des prises en charge semble également ressource, surtout chez les jeunes professionnels. Cela permet aux soignants de mettre du sens d'une part sur les manifestations et comportements des patients, et d'autre part sur les soins qu'ils doivent mettre en œuvre, et ainsi participe à leur donner une maîtrise de leur travail.

– Un second élément est **l'attention et la valeur attribuées à la parole et au rôle des infirmiers**. Les médecins qui tiennent compte de l'avis des infirmiers quant à l'orientation des prises en charge tendent à générer chez eux un sentiment de « sens dans le travail ». Les psychiatres préviennent ainsi le risque de désaccord avec les valeurs des infirmiers lorsqu'ils se retrouvent à appliquer des prescriptions médicales avec lesquelles ils sont en désaccord. À l'inverse, la

non-considération du rôle propre infirmier (sociothérapies, ateliers thérapeutiques, entretiens infirmiers...) cantonne ces professionnels dans un rôle exclusivement médico-délégué. Par conséquent, les médecins qui lisent les transmissions des infirmiers, s'enquière de leurs avis pour les prises de décision, communiquent leurs propres observations, décident de l'orientation des soins de manière démocratique ou encore valorisent le travail des soignants, génèrent des sentiments positifs forts de reconnaissance et d'accomplissement professionnel. Dans le cas contraire, nous avons trouvé des vécus particulièrement négatifs dans notre échantillon. Les soignants plus jeunes et moins expérimentés apparaissent les plus sensibles à ces facteurs, dans la mesure où ils n'ont pas toujours un socle assez solide pour s'autonomiser dans la compréhension et les soins de la prise en charge.

Ainsi, la position d'autorité des médecins leur confère la possibilité de modérer de manière importante l'effet du stress sur les soignants, aussi bien dans un sens positif que négatif. Mais cette saillance dans le système les met également en porte-à-faux, et contribue parfois à orienter les interprétations (attributions causales) des soignants exclusivement vers la responsabilité médicale, faisant des médecins les boucs émissaires désignés d'un système de causalité en réalité bien plus complexe.

• Le rôle du cadre

Le cadre occupe une place très variable dans les discours selon les unités considérées. Parfois central, il est d'autres fois quasiment absent. Soulignons que ce professionnel est moins présent dans les discours des services ayant connu de nombreux changements de cadre. Il est dès lors envisageable qu'un turnover important de cette fonction ne favorise pas son identification dans le système par les infirmiers.

Nous avons évoqué l'importance de fournir un support à l'élaboration collective pour favoriser la convergence. Dans cette perspective, le cadre, du fait de sa position médiane entre l'institution, les équipes soignantes et médicales, et de sa marge de manœuvre sur l'organisation, est susceptible de jouer un rôle crucial dans la médiation de ces processus.

Parmi les fonctions les plus valorisées, les infirmiers interrogés relèvent :



ORGANISATION DES SOINS

- le support à la communication par l'organisation et la médiation de temps de réunions ;
- la capacité à soutenir, formaliser, relayer, voire défendre la parole infirmière auprès des médecins et de l'institution ;
- le soutien dans les difficultés ;
- l'implication pour favoriser des ajustements organisationnels face aux exigences du travail ;
- le maintien d'un cadre et d'une ambiance de travail « favorable »,
- la bonne gestion du planning...

Toutefois, cet apport ressource n'est pas garanti et implique une posture délicate dans le système, du fait de la place intermédiaire entre institution, soignants et médecins. Ainsi, nous avons pu constater parfois des sentiments négatifs chez les soignants en lien avec un positionnement du cadre perçu plus en faveur de la direction, ou encore de proximité et de complaisance plus important à l'égard de certains infirmiers plutôt que d'autres. Comme pour les médecins, les enjeux et transactions particulières entre le cadre et les différents collectifs mériteraient d'être explorés dans un complément d'étude pour préciser les mécanismes et facteurs impliqués. Quoi qu'il en soit, il ressort, dans l'ensemble, que le cadre doit savoir trouver une « juste distance », de manière à faire reconnaître sa légitimité dans le collectif soignant, tout en gardant la hauteur de vue nécessaire à une analyse et une intervention dans les situations.

L'ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL

Le contexte organisationnel, « toile de fond » en interaction avec le système d'acteurs, s'avère également déterminant dans le vécu des soignants.

• De la prise en charge à la charge de travail

Presque tous les entretiens font état de difficultés relatives à la charge de travail. Parmi les facteurs en cause, les soignants citent notamment la pression du *turnover*. Celle-ci conduit à écourter les durées de séjour et donc à multiplier le nombre de malades à prendre en charge sur une même période. Cette vitesse accrue semble majorer la fatigue et les difficultés relatives à la prise en charge, le caractère fastidieux des tâches administratives, le sentiment de moindre qualité des soins et le sentiment de culpabilité parfois associée. En effet, certains soignants

expliquent en quoi l'investissement dans les soins peut être épuisant et comment l'augmentation du *turnover* implique une augmentation des interactions avec plus de patients, entraînant toujours plus de fatigue, et conduisant *in fine* à une baisse de la qualité de leur investissement et à un sentiment de culpabilité. En lien avec ce vécu, nous avons trouvé à plusieurs reprises des sentiments de non-considération associés à la perception d'une institution maltraitante pour les soignants et les patients. Néanmoins les soignants ne repèrent pas systématiquement du négatif dans le *turnover* comme dans le mode de gestion institutionnel, avec des variations selon les individus et les services considérés. À titre d'exemple, certains voient dans ce *turnover* un travail efficace, dynamique et évitant l'institutionnalisation des patients.

Quoi qu'il en soit, il apparaît que l'attention doit être portée de manière continue sur l'adéquation entre les exigences des situations de travail et les moyens (humains, matériels, organisationnels) mis à la disposition des collectifs.

• Les modalités d'organisation du travail

La référence infirmière tient une place importante dans les discours, mais avec des avis divergents. D'un côté, cette organisation permet de structurer la journée de travail au sein de l'équipe infirmière, les soignants s'occupant préférentiellement des patients qu'ils ont en référence. Elle permet ainsi de prendre en charge de manière plus globale des patients définis en évitant une certaine dispersion due au nombre important de malades dans l'unité. Outre des avantages cognitif et organisationnel, le dispositif permet également de valoriser l'expertise infirmière, dans la mesure où les médecins veillent à s'appuyer sur les référents, notamment dans la prise de décision. Il en résulte alors une forme d'individualisation des responsabilités chez les soignants dans la prise en charge.

Le revers est que le dispositif pourrait conduire à une prise en charge moins collective des patients. Des critiques existent en effet quant à son caractère contraignant, imposant un recours systématique au référent au détriment d'une prise en charge flexible par l'ensemble de l'équipe. Néanmoins, il apparaît que ces effets négatifs dépendent davantage des modalités de mise en œuvre. Par exemple,

certain services ont fait le choix d'une organisation par « équipes fixes de référence », dans lesquelles les patients sont répartis à leur arrivée. Un tel dispositif assure une structure dans l'organisation des soins sur la journée et une valorisation de l'expertise infirmière, tout en facilitant une perspective collective des soins.

D'autres services prescrivent les rôles des infirmiers sur la journée. D'un côté, on retrouve l'avantage d'un préréglage de la répartition des tâches qui semble efficace face à la surcharge de travail, dans la mesure où elle évacue le temps dédié à l'organisation collective. Cette organisation structurée et prévisible peut également s'avérer rassurante pour certains professionnels. De l'autre côté, la structure peut être synonyme de perte de latitude dans le travail, au détriment de la communication dans l'équipe. Certains soignants expliquent en quoi ces rôles prescrits dispensent d'une collectivisation des informations sur la journée, et comment cela peut complexifier parfois la relation avec les patients, lorsque le soignant n'est pas au courant des dernières nouvelles. Le soutien inter-collègues semble également entravé, les soignants prenant moins la liberté de soutenir un collègue sur un autre rôle. Néanmoins, il semble que ces limitations soient modérées par une bonne connaissance et une bonne entente avec ses collègues.

On retiendra que l'organisation conditionne dans une certaine mesure le contenu de l'activité et la manière dont les acteurs communiquent et collaborent. Il s'agit donc d'un cadre structurant susceptible d'assurer une certaine stabilité fonctionnelle aux unités, dont nous pouvons objectiver les ressources et les contraintes. Néanmoins, la grande variété des opinions appuie l'idée qu'il n'existe pas de modalités organisationnelles idéales, et donc que la priorité doit être mise sur la communication et la concertation afin de donner la capacité aux collectifs d'optimiser l'organisation dans un processus d'amélioration continue.

PERCEPTION DES SOIGNANTS ENTRE OBJECTIVITÉ ET CONSTRUCTION SOCIALE

L'analyse de notre échantillon nous a permis de constater un grand nombre de consensus dans les perceptions et les vécus, en même temps qu'un grand nombre de différences. Si les consensus sont une base de travail importante pour repérer les

facteurs les plus déterminants, l'analyse des différences nous fournit un complément essentiel. Évidemment, elles permettent en premier lieu de souligner le caractère plus ou moins favorable d'un facteur relativement à un autre, comme dans une comparaison interservices. De ce point de vue, nous pouvons appuyer que telle modalité organisationnelle présente tels avantages. Mais certaines variations entre les discours ne semblent pas s'expliquer par le contexte objectif de travail. Ainsi, un même environnement de travail s'avère plus ou moins négatif selon d'une part les personnes, et surtout selon les collectifs considérés.

Parfois, au sein d'une même équipe, des sous-collectifs expriment des représentations et des vécus tout à fait différents des mêmes conditions de travail, sans qu'il y ait forcément de conflit ouvert. Ainsi, la manière dont les paramètres organisationnels sont perçus relève en partie d'une construction collective ou sociale de l'environnement, déterminée en fonction des groupes auxquels les personnes s'identifient. En somme, nous mettons collectivement du sens sur notre vécu et notre environnement, et cette construction en partie collective prend pour nous valeur de réalité.

Ceci dit, reconnaître le poids des identifications sociales et idéologiques dans la perception des difficultés n'enlève rien à l'intensité des vécus relatifs, et ne doit surtout pas nous conduire à un point de vue exclusivement subjectivant et constructiviste. De fait, les contraintes psycho-socio-organisationnelles reposent sur des facteurs objectifs, qui méritent d'être envisagés au-delà des représentations sociales, c'est-à-dire dans un processus d'amélioration des conditions de travail. Mais les transformations des organisations, pour qu'elles puissent véritablement

favoriser la qualité de vie des soignants et la qualité des soins, devront toujours être conçues dans un processus de concertation mettant les collectifs à contribution, afin d'en favoriser l'appropriation par les équipes dans la convergence et le compromis.

EN CONCLUSION

Nous espérons que cet article contribuera à éclairer les processus psycho-socio-organisationnels impliqués dans le fonctionnement des unités psychiatriques. Nous espérons maintenant pouvoir poursuivre cette recherche, afin de compléter notre compréhension des différents enjeux par une intégration des autres types de services de soin psychiatriques, et des autres catégories de métier.

Ce travail nous apparaît d'autant plus nécessaire que la psychiatrie est destinée à évoluer vers un modèle de rationalisation et de transparence accrue de son activité, dans la perspective possible d'une future forme de tarification à l'acte. Il sera alors important de pouvoir objectiver et valoriser le particularisme de la psychiatrie, de son activité, de sa culture. Soigner en psychiatrie suppose de « prendre le temps » auprès des patients de manière individualisée, et ensuite de « prendre le temps » d'élaborer collectivement et individuellement pour gérer les tensions générées chez les soignants.

Aussi, si une évolution du modèle de la psychiatrie est possible vers plus de transparence et de gestion, elle ne devra pas faire l'économie de ce temps nécessaire à l'élaboration individuelle et collective, pour autant que l'on veuille continuer à soigner les patients dans une relation thérapeutique singulière, qui de fait expose le soignant à la souffrance.

1– Les analyses ont porté sur un échantillon de 40 entretiens semi-directifs. Chacun d'entre eux a fait l'objet d'une retranscription intégrale, d'un codage manuel en catégories, et d'un déchiffrement structurel par le chercheur. Ces éléments produits dans un processus qualitatif et subjectif, ont ensuite été croisés avec des analyses de statistiques textuelles pour soutenir les inférences réalisées. Il s'agissait d'analyses factorielles de classification hiérarchique du discours (méthode Reinert (1991), dans Ratinaud (2009))

2– Cougot B. (2014). Santé au travail en psychiatrie, exploration des facteurs de ressource et de contrainte en unité ouverte d'hospitalisation à temps complet. (mémoire de master 2 non publié). Université de Nantes, France. Cougot B. (2013). Stress professionnel en psychiatrie : exploration des facteurs de stress en unité fermée d'hospitalisation à temps complet. (mémoire de master 1 non publié). Université de Nantes, France.

BIBLIOGRAPHIE

- Abric J.-C. (2011). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.
- Bardin L. (2007). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2005). *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1992). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Paris : Seuil.
- Dembinski, O. (2013). *L'expertise psychiatrique au service de la gouvernance ? La nouvelle revue du travail*, (2). doi :10.4000/nrt.
- Estryn-Behar, M., Duville, N., Menini, M.-L., Le Foll, S., Le Nézet, O., & Bocher, R. (2006). *Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Étude comparative en France et dans trois autres pays européens*. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 164(9), 732-748.
- Postel, J. (2012). *Éléments pour une histoire de la psychiatrie occidentale*. L'Harmattan.
- Ratinaud, P., & Déjean, S. (2009). *IRaMuTeQ : implémentation de la méthode ALCESTE d'analyse de texte dans un logiciel libre*. *Modélisation Appliquée aux Sciences Humaines et Sociales MASHS*, 8–9.
- Sassolas, M. (2004). *La souffrance psychique des soignants*. *PRATIQUES en santé mentale*, 1, 32-36.

Résumé : La psychiatrie française connaît aujourd'hui un mouvement de rationalisation accru de son activité, qui interroge quant à la qualité des soins et la santé au travail des professionnels. Cet article se propose de reprendre les résultats principaux d'une étude visant à identifier les facteurs psycho-socio-organisationnels impliqués dans la qualité de vie au travail, la qualité des soins, et plus généralement dans le fonctionnement des unités psychiatriques. Il présente entre autres les facteurs et processus liés à la relation thérapeutique, au système d'acteur et à l'organisation du travail.

Mots-clés : Cadre de santé – Enquête – Infirmier – Médecin – Norme – Prise en charge – Psychiatrie – Psychologie des organisations – Psychologie sociale – Qualité de vie – Qualité des soins – Relation professionnelle – Relation soignant soigné – Soins psychiatriques – Travail.