GCS-CCOMS POUR LA RECHERCHE ET LA FORMATION EN SANTE MENTALE
Groupe de Coopération Sanitaire-Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale
EPSM Lille-Métropole

État des lieux de la santé mentale au travail des soignants en psychiatrie, facteurs associés et préconisations

-

Rapport final de la recherche « RPSY »

Mai 2023

Financée par la DREES et la DARES
Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

Sommaire

LES ACTEURS DE LA RECHERCHE-ACTION 9

REMERCIEMENTS 11

LISTE DES SIGLES UTILISES 16

RESUME 18

PARTIE INTRODUCTIVE : UNE RECHERCHE-ACTION SUR LES RPS AU TRAVAIL DES SOIGNANTS DE PSYCHIATRIE ADULTE 19

I/ ÉLEMENTS DE CONTEXTE 19
1.1 L'EXTENSION DU « MALAISE » AUX SOIGNANTS, DE PSYCHIATRIE EN PARTICULIER 19
1.2 L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE « EN GRANDE SOUFFRANCE », ENTRE ABANDON ET INJONCTIONS PARADOXALES 19
II/ PROBLEMATIQUE PRINCIPALE, HYPOTHESES ET OBJECTIFS 20
III/ UNE METHODOLOGIE MIXTE, MULTINIVEAUX ET MULTIPHASES 21
3.1 LE PROTOCOLE DE RECHERCHE INITIAL 21
3.2 L'AJOUT D'UNE ETUDE QUALITATIVE PRELIMINAIRE 22
3.2.1 DES DEBATS AUTOUR DU PROTOCOLE DE RECHERCHE… 22
3.2.2 …AUX CONTROVERSES SCIENTIFIQUES 22
1/ Appréhender le lien entre santé et travail : enjeux d'approches 22
2/ Choix d'une posture : la « médiation contributive critique » 23
IV/ UNE RECHERCHE MULTICENTRIQUE 24
V/ PRESENTATION DU RAPPORT 25

PARTIE I : DES LIENS ENTRE RPS, QVT ET PRATIQUES DE SOINS-CONTRAINTE AUX ENJEUX DE SANTE AU TRAVAIL DES SOIGNANTS : RESULTATS DE L'ETUDE QUALITATIVE PRELIMINAIRE 27

I/ PREVENTION DES RPS ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL : ENJEUX ET LIMITES 29
1.1 DES OBLIGATIONS LEGALES AUX ENJEUX D'ARTICULATION DES DEUX DEMARCHES 30
1.1.1 Un souci de mise en conformité à la base de l'engagement dans le champ 30
2.1.2 Entre imbrication et difficultés à articuler les deux démarches : une zone de flottement 30
2.1.3 Des démarches porteuses de philosophies différentes 31
1.2 UNE POLITIQUE DE PREVENTION DES RPS A LA PORTEE LIMITEE 32
1.2.1 Une politique entravée par un ensemble de limitations et de difficultés 32
1.2.2 Une forme d'impuissance à agir en amont, sur les causes, dans l'organisation du travail 36
1.3 LA DEMARCHE QVT PLUS PORTEUSE ? 37
1.3.1 Quatre axes phares articulés à deux enjeux porteurs d'amélioration de QVT 38
1.3.2 La QVT permet-elle de questionner la qualité du travail « bien fait » ? 39
1.4 PREVENTION DES RPS, DEVELOPPEMENT DURABLE, QUALITE DES SOINS ET QVT : ENTRE DISCOURS ET REALITES 45
1.4.1 Une image idéale de l'organisation malmenée par la logique gestionnaire et managériale 45
1.4.2 Une exposition croissante aux RPS et contraintes liées aux conditions de travail 46
1.4.3 Un système de contraintes « paradoxant », des marges de manœuvre réduites 46
II/ LE POIDS DES FACTEURS STRUCTURELS ET ORGANISATIONNELS SUR LA SANTE MENTALE AU TRAVAIL DES SOIGNANTS 49
2.1 INTENSIFICATION DU TRAVAIL ET DE LA PRESSION TEMPORELLE 49
2.1.1 Les organisations du temps de travail pour gérer le manque/la pénurie de personnel 49
2.1.2 Les interruptions de tâches pour gérer l'imprévu/l'urgence 50
2.1.3 Le poids des réformes du système de santé et de la psychiatrie 51
2.1.4 Le report de charge lié à l'hospitalo-centrisme et au modèle curatif 52

2.1.5 Du cumul de contraintes interrogeant le sens et la qualité du travail à la fuite de l'hôpital 53
2.2 DEFICIT DE RECONNAISSANCE ET DE VALORISATION DU TRAVAIL DES SOIGNANTS DE PSYCHIATRIE 53
2.2.1 La reconnaissance financière et statutaire 54
2.2.2 La reconnaissance du travail effectué, des efforts consentis et des compétences 55
2.2.3 La reconnaissance liée à l'environnement de travail, aux conditions matérielles et sanitaires 55
2.2.4 La reconnaissance des usagers envers le personnel 56
2.3 DES CONFLITS DE VALEURS SOURCES DE PERTE DE SENS AU TRAVAIL – QUAND LE SENS DE LA MISSION ET LA VISEE DU TRAVAIL INTERROGENT 57
2.4 LES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE : « L'HOPITAL-ENTREPRISE » VS LA LOGIQUE DE SERVICE PUBLIC 58
2.5 LES REFORMES DU SYSTEME DE SOINS EN PSYCHIATRIE : COMMENT FAIRE PLUS AVEC MOINS ? 59
2.5.1 Le « virage ambulatoire » : comment assurer une QVT et une qualité des soins sans moyens nécessaires à son développement ? 60
2.5.2 Confusion entre psychiatrie et santé mentale : un effort de clarification et de priorisation nécessaire 61
2.5.3 Quelles perspectives pour la psychiatrie ? Entre ouverture et scepticisme 62
2.6 DES REFORMES DES SOINS EN PSYCHIATRIE STIGMATISANT ET DISQUALIFIANT LA PROFESSION 63
2.6.1 L'encadrement des mesures d'isolement et de contention : des procédures « hors-sol » 63
2.6.2 Des droits des usagers au rétablissement : troubles dans la relation de soin 67
2.7 LE TRAVAIL EMPECHE – BUREAUCRATISATION, PRESSION NORMATIVE ET « PRESCRIPTOPHRENIE » 69
2.7.1 Des services « embolisés » par la multiplication des normes et contraintes 69
2.7.2 Soigner les indicateurs plus que les patients 71
2.7.3 La contrainte dans les soins : des exigences réglementaires accroissant la pénibilité 72
2.7.4 Entre idéal et réalité du métier : un écart grandissant source de désenchantement 73
2.7.5 La réduction des espaces-temps de réflexion privant les soignants de la mise en sens du travail effectué et le collectif de travail du soutien social 73
2.8 TENSIONS DANS LES RAPPORTS SOCIAUX ET LES COLLECTIFS DE TRAVAIL 75
2.8.1 La gestion du manque de personnel 76
2.8.2 Un inégal investissement des collègues dans le travail 76
2.8.3 Des conceptions différentes du métier, de l'activité, de la qualité du travail/des soins 78
2.8.4 Des enjeux de pouvoir et de territoire 80
2.8.5 Des styles de management néfastes 80
III/ QUID DE L'IMPACT DES PRATIQUES DE SOINS SUR LA SANTE MENTALE AU TRAVAIL ? 83
3.1 LES SOIGNANTS (INFIRMIERS) A L'EPREUVE DE LA RELATION D'AIDE – ENTRE IDEOLOGIE DU SOIGNANT FORT ET BANALISATION DES EXIGENCES (EMOTIONNELLES) DU METIER 83
3.1.1 La personne du soignant, support du soin relationnel en psychiatrie 83
3.1.2 Des exigences émotionnelles au contact de l'autre : un facteur majeur de risque pour les psychologues du SST 84
3.1.3 …minimisées par les soignants, sauf à ce que à cet autre s'écarte de leur idéal du métier 84
3.1.4 Des stratégies d'adaptation-dissimulation : tenir le coup plutôt qu'avouer ses limites 86
3.1.5 Des professionnels mieux formés et plus outillés pour penser la relation à l'autre ? 87
3.2 L'INDICIBLE SOUFFRANCE AU TRAVAIL DES PSYCHIATRES – UNE « BOITE NOIRE » 88
3.2.1 Entre minimisation et « fierté » à « faire face » 88
3.2.2 Des échanges informels sur la base d'affinités électives restant dans l'entre-soi 89
3.2.3 De la faible prise en compte à l'attention croissante au sein de l'institution 90
3.3 AGRESSIVITE, AGRESSIONS ET VIOLENCES A L'ENCONTRE DU PERSONNEL SOIGNANT 90
3.3.1 « La situation à risque majeure » pour les soignants de psychiatrie 90
3.3.2 Entre sous et sur-déclaration : variations d'appréhension selon les personnels 91
3.3.3 Le ressenti d'une hausse des situations de violences dans des configurations moins propices à leur prévention-réduction… 92
3.3.4 …dans un contexte plus global de mutations sociales et sociétales 93
3.3.5… mettant à l'épreuve la subjectivité des soignants, en particulier les moins qualifiés 93
IV/ ET LA CONTRAINTE DANS LES SOINS ? ENTRE DENI ET MALAISE 96
4.1 DES PRATIQUES ADMISES : DES RESPONSABILITES INCOMBANT A LA PSYCHIATRIE AUX EXIGENCES DU METIER 96
4.1.1 Des mesures de « dernier recours » jugées indispensables dans certaines situations ou pathologies . 96
4.1.2 Des mesures investies d'un potentiel thérapeutique 97

4.1.3 Une double responsabilité/double contrainte pesant sur la psychiatrie : entre protection de la personne et protection de la société / non-assistance à personne en danger 97
4.1.4 L'objectif 0 contention 0 isolement : une perspective inconcevable en psychiatrie ? 98
4.2 DES NIVEAUX DE RECOURS VARIABLES TEMOIGNANT D'UNE GRANDE HETEROGENEITE DE PRATIQUES 98
4.2.1 Quid des alternatives possibles ? 99
4.2.2 Des pratiques « normalisées » dont l'impact sur la santé mentale des soignants est minoré 100
4.3 DES MESURES DE « DERNIER RECOURS » ? QUAND LES SITUATIONS OU IL N'Y A « PLUS D'AUTRE CHOIX » SONT FABRIQUEES PAR L'INSTITUTION 101
4.3.1 Un ensemble d'éléments jouant sur la survenue de la « crise » et le recours à ces mesures 101
4.3.2 Des conditions de moyens de moins en moins réunies pour des soins de qualité : manque de personnel, formé et expérimenté, et de temps 102
4.3.3 De nombreux autres paramètres susceptibles d'influer 104
4.4 DES VECUS DIFFERENTS SELON LES ROLES PROFESSIONNELS, LA CONCEPTION DU METIER ET LA PERCEPTION DE CES MESURES (SELON LES SITUATIONS ET PROFILS DE PATIENTS), ET LA CULTURE DES EQUIPES 107
4.4.1 De la décision à la mise en œuvre d'une mesure de contrainte : une division du travail subordonnant les infirmiers à la hiérarchie médicale ? 107
4.4.2 Des conceptions différentes de ces mesures sources de tensions et conflits 108
4.4.3 Des mesures plus ou moins bien vécues selon les profils des patients 109
4.5 DES MESURES EPROUVANTES POUR TOUS, GENERANT DES RESSENTIS NEGATIFS ET EXPOSANT AUX RPS 109
4.5.1 Un dilemme moral générant malaise, conflit éthique, sentiment d'échec et culpabilisation… et perte de sens du travail 110
4.5.2 Une souffrance éthique questionnant le sens du travail quand les mesures auraient pu être évitées 110
4.5.3 De la violence de la situation à la violence de l'acte : une boucle de rétroaction source de stress et tensions du début à la fin et après l'intervention 113
4.5.4 Des conditions éprouvantes sources de RPS impactant la santé au travail des soignants 114
4.6 UNE PROBLEMATIQUE DIFFICILE A SAISIR ET A APPREHENDER, ECHAPPANT AUX ACTEURS DE LA PREVENTION DES RPS 115
4.6.1 Des questions remontant peu aux partenaires sociaux mobilisés sur d'autres enjeux 115
4.6.2 Des questions « taboues », difficiles d'abord, avec les psychologues des SST 116
EN GUISE DE CONCLUSION : L'USURE PROFESSIONNELLE 116

PARTIE II : DES APPRECIATIONS SUBJECTIVES SUR LA SANTE ET LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL AUX INDICATEURS INDIRECTS : LES RESULTATS DU VOLET QUANTITATIF 119

I/ CONDITIONS DE TRAVAIL ET SANTE PERÇUES PAR LE PERSONNEL SOIGNANT VIA SATIN 119
1.1 OBJECTIFS ET METHODOLOGIE 119
1.1.1 Objectifs 119
1.1.2 Méthodologie 119
1.1.3 Analyses 121
1.2 DESCRIPTIONS DES RESULTATS DES SOIGNANTS 122
1.2.1 Profil 122
1.2.2 Temps et rythme de travail 125
1.2.3 État de santé perçue 129
1.2.4 Efforts requis et capacités nécessaires face aux exigences du travail 133
1.2.5 Satisfaction des soignants à propos de leur travail, de son environnement, de son cadrage et de son organisation 135
1.2.6 Autres sources d'insatisfaction au travail 140
1.2.7 Analyse des questions ouvertes 141
1.2.8 Données médicales 144
1.3 ÉTUDE DES LIENS ENTRE QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET EXPOSITION A LA CONTRAINTE CHEZ LES SOIGNANTS 146
1.4 DISCUSSION DES RESULTATS DES SOIGNANTS 149
1.4.1 Rappel des résultats principaux 149
1.4.2 Avantages et limites de l'étude 149
1.4.3 Effet âge 150
1.4.4 Types de services 150

1.4.5 Exposition à la violence 150
1.4.6 Exposition à la contrainte 151
1.4.7 Comparaison inter établissements 151
II/ ENJEUX ET LIMITES DES INDICATEURS INDIRECTS (RH ET DIM) POUR APPROCHER LE LIEN ENTRE RPS ET CONTRAINTE . 153
2.1 OBJECTIFS ET METHODOLOGIE 153
2.1.1 Objectifs, principal et secondaire 153
2.1.2 Méthodologie initiale 153
2.2 LES LIMITES DU RECUEIL MALGRE LA DEMARCHE DE CONCERTATION ENGAGEE AUX LEVIERS POUR LES DEPASSER 156
2.2.1 Historique des réunions avec les acteurs ressources des EPSM 156
2.2.2 Difficultés dans le recueil des données 157
2.2.3 Nouveau recueil simplifié 159
2.3 ANALYSES ET RESULTATS 161
2.3.1 Analyses 161
2.3.2 Résultats 161
2.4 COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS 174
2.4.1 Commentaires 174
2.4.2 Conclusions 177

PARTIE III : DU VECU DE LA CONTRAINTE AUX PRECONISATIONS DES SOIGNANTS POUR EN REDUIRE L'USAGE ET AMELIORER LA QVT/QUALITE DES SOINS : RESULTATS DE L'ETUDE QUALITATIVE APPROFONDIE 179

I/ CONDITIONS D'ENGAGEMENT ET DE FAISABILITE 180
1.1 PHASAGE ET CHOIX DES SITES 180
1.2 CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE PROPOSEE 182
II/ MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE SUR LE SITE DE L'EPS BARTHELEMY DURAND 184
2.1 CONSTITUTION D'UN GROUPE INTERSECTORIEL DE SOIGNANTS VOLONTAIRES RECRUTES PAR COOPTATION 184
2.2 NEGOCIATION DE LA DEMARCHE AVEC LE GROUPE DE PARTICIPANTS ET AJUSTEMENTS 185
2.2.1 Planification de séances de travail plus longues et des entretiens individuels 185
2.2.2 Explicitation de la démarche participative : clarification des rôles attendus et élaboration d'un contrat 187
2.3 ENJEUX D'IMPLICATION DES SOIGNANTS DANS UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE : PROCESSUS DE TRAVAIL 189
2.3.1 Un espace de travail collaboratif entre « soignants-acteurs » et « chercheurs-accompagnateurs » .. 189
2.3.2 Une posture de médiation, critique et scientifique 189
2.4 PARTICIPATION, PRISE DE PAROLE ET DYNAMIQUE DE GROUPE 190
2.4.1 Une démarche investie, avec des niveaux de participation et d'engagement variables 190
2.4.2 Une prise de parole inégale, pas toujours simple à réguler 191
2.4.3 Un espace investi comme un exutoire, lieu d'expression et de partage du malaise au travail des soignants… 192
2.4.4 Un espace de dialogue entre savoirs ouvrant à une prise de conscience et une posture de réflexivité sur la contrainte dans les soins… 194
2.4.5 …favorable à la co-production de savoirs d'actions 195
III/ DES PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL A L'ACTION : ENJEUX ET PERSPECTIVES 198
3.1 UNE 50AINE DE PROPOSITIONS REPARTIES DANS 5 THEMATIQUES LIEES LES UNES AUX AUTRES 198
3.2 DETAIL DES PROPOSITIONS, CONSTATS/ENJEUX ET NIVEAUX D'ACTION PAR THEMATIQUE 202
3.4 ET APRES ? QUELLES SUITES DONNEES A CE TRAVAIL ? 224
3.4.1 Instaurer un espace de dialogue avec les différents acteurs concernés, donner une continuité à ce travail et aboutir à des réalisations concrètes : des attentes fortes du groupe 224
3.4.2 L'organisation d'une séance de restitution 225
3.4.3 Pistes et perspectives ouvertes 226
3.4.4 Zones d'amélioration identifiées, enjeux et défis à relever 227

PARTIE CONCLUSIVE : PRINCIPAUX RESULTATS, DISCUSSIONS ET PERSPECTIVES 230

I/ RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS 231
1.1 L'ETUDE SOCIOLOGIQUE PRELIMINAIRE 231
1.2 LE QUESTIONNAIRE SATIN 233
1.3 LE RECUEIL D'INDICATEURS DIM ET RH 234
1.4. L'ETUDE QUALITATIVE APPROFONDIE 235
II/ PERSPECTIVES CROISEES 235
2.1 L'HOSPITALO-CENTRISME *VS* LE TRAVAIL DANS LA COMMUNAUTE 235
2.2 DE LA CULTURE QUALITE A LA QUALITE DU TRAVAIL 238
ANNEXE 1 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE QUALITATIVE PRELIMINAIRE 243
1. CONSTRUIRE DES MONOGRAPHIES 243
2. GUIDE D'ENTRETIEN : PRESENTATION DES PRINCIPALES THEMATIQUES 243
3. DES CONDITIONS D'ACCES AU TERRAIN REVELATRICES DU CARACTERE « SENSIBLE » DES RPS ET DES ENJEUX 244
4. LIMITES ET ATOUTS DU DISTANCIEL 246
ANNEXE 2 : LES ENJEUX INSTITUTIONNELS DE CETTE RECHERCHE POUR LES EPSM PARTICIPANTS 249
1. PROCESSUS DE DECISION A LA BASE DE L'INSCRIPTION DANS LA RECHERCHE, MODALITES D'INFORMATION ET D'ASSOCIATION ET POSITIONNEMENT DES SERVICES ET DES REPRESENTANTS DU PERSONNEL 249
1.1 Une prise de décision par le haut 249
1.2 Une démarche de concertation dans les instances… 249
1.3 …et des échanges focalisés sur l'outil du diagnostic : le questionnaire SATIN 250
1.4 Une réception ambivalente de la démarche par les partenaires sociaux 250
2. MOTIVATIONS A LA BASE DE L'INSCRIPTION DANS CE PROJET 251
2.1 Établir ou actualiser un diagnostic/plan de prévention sur les RPS 252
2.2 S'inscrire dans une dynamique de recherche 253
2.3 Travailler la problématique contrainte/RPS/santé au travail des soignants 256
3. ATTENTES VIS-A-VIS DE CETTE RECHERCHE 257
3.1 Du diagnostic au plan d'action : des difficultés de l'entreprise au scepticisme 258
3.2 Favoriser une approche systémique des RPS : un enjeu pour sortir des logiques d'individualisation 259
3.3 Donner une envergure/une légitimité plus grande à la prévention des RPS : un enjeu de développement et de renforcement 260
3.4 Sensibiliser, informer et renforcer le dialogue autour des RPS : un enjeu de communication, de diffusion et de transparence autour des résultats 260
ANNEXE 3 : ENJEUX ET LIMITES DE LA POLITIQUE PREVENTION DES RPS 262
1. UN PILOTAGE AFFAIBLI PAR UNE DIFFICILE COOPERATION ENTRE ACTEURS-CLES 262
1.1 La position délicate des services de santé au travail (SST) 262
1.2 Des représentants du personnel se plaignant de la difficulté à faire entendre et reconnaître leur voix 263
1.3 Des services qualité et gestion des risques plus éloignés des enjeux du travail réel 265
2. UN OBJET FLOU, DIFFICILE A CERNER EN L'ABSENCE DE CULTURE COMMUNE 265
3. SOUS-DECLARATION ET INVISIBILISATION DES SITUATIONS DE RPS 266
3.1 Le fonctionnement hiérarchique de l'hôpital 266
3.2 Des catégories de personnels peu enclins à se plaindre 267
3.3 L'idéologie du « soignant fort » et la normalisation des conditions de travail 268
3.4 La loi du silence et l'emprise 269
3.5 Focus sur les situations les plus dégradées au détriment d'autres, laissées de côté 269
4. DES ACTIONS DE PREVENTION DES RPS TOURNEES VERS L'AVAL PLUS QUE L'AMONT 270
4.1 Les actions individuelles – la tentation de l'hygiénisme et de l'individualisation 270
4.2 Les actions tournées vers les collectifs de travail – une fois identifiées les situations 271
4.3 Les actions de formation – écart entre ambition et mise en œuvre 272
ANNEXE 4 : ENJEUX ET LIMITES DE LA DEMARCHE DE QUALITE DE VIE AU TRAVAIL (QVT) 275
1. LIMITES DES POLITIQUES D'ATTRACTIVITE ET DE FIDELISATION FACE A LA DESAFFECTION DE LA DISCIPLINE 275
2. LA GESTION DES COMPETENCES ET CARRIERES – LIMITES DE LA FORMATION ET DE LA MOBILITE 277
3. LES EFFETS AMBIVALENTS DES (RE-)ORGANISATIONS DU TRAVAIL SUR L'EXPOSITION AUX RPS 278
3.1 Des effets délétères sur la santé des aménagements du temps de travail 278
3.2 L'écart entre le planning prévisionnel et réalisé : prendre sur soi et tenir 279
3.3 Des dispositifs de remplacement / renfort pas toujours bien vécus par les agents 280
3.4 Points de blocage dans les ajustements des organisations de travail 281

4. CONCILIATION VIE PROFESSIONNELLE ET VIE PRIVEE – DES ACTIONS TOURNEES VERS L'INDIVIDUEL 282
5. LES GROUPES DE TRAVAIL ET LA PARTICIPATION – QUID DES ENJEUX DU TRAVAIL REEL ? 283
5.1 Des groupes de travail répondant aux exigences réglementaires 283
5.2 Les limites de la participation du personnel aux décisions qui les concernent 284
BIBLIOGRAPHIE 287

Les acteurs de la recherche-action

Portée par le GCS-CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale, cette recherche a été réalisée par :

***L'équipe et collaborateurs du GCS-CCOMS :**

- **Eva AERNOUT,** Médecin de Santé Publique, Chargée de mission, en charge du volet quantitatif de la recherche RPSY, GCS-CCOMS

- **Marie COSTA**, Docteure en santé publique, Ingénieure d'études, GCS-CCOMS

- **Aminata SY,** Data-manager, en charge du volet quantitatif de la recherche RPSY, GCS-CCOMS

- **Jean-Baptiste HAZO**, Docteur en santé publique, Ingénieur de recherche au GCS-CCOMS avant de rejoindre la DREES en septembre 2020 ; en charge de la conception du projet de recherche et de sa mise en place sur les sites impliqués à son démarrage en passant par la réalisation de l'étude pilote sur le site de la Fondation Bon Sauveur de la Manche en 2019

- **Mathilde LABEY,** Psychiatre, Coordinatrice responsable de la recherche RPSY, GHT94

- **Françoise ASKEVIS-LEHERPEUX,** Docteure en psychologie sociale, Consultante, GCS-CCOMS

- **Isabelle MAILLARD,** Docteure en sociologie, Chargée de recherche, en charge du volet qualitatif de de la recherche RPSY, GCS-CCOMS

- **Jean-Luc ROELANDT,** Psychiatre, Co-directeur, GCS-CCOMS

***Avec la collaboration de stagiaires du CCOMS :**

- **Elodie BURY,** Interne en santé publique

- **Arnaud D'HALLUIN**, Interne en psychiatrie, qui a contribué à la revue de la littérature

- **Louise ROUSSEL,** Étudiante en Master 2 Sciences de l'Éducation, qui a participé à la mise en œuvre de l'étude qualitative approfondie sur le principal terrain

- **Philippe TROUILLER**, Interne en santé publique

***Les établissements publics de santé mentale (EPSM) membres du GCS-CCOMS qui se sont portés volontaires pour s'y engager et leurs personnels :**

- **CH Rouffach** (68)

- **GHT 94 Nord** regroupant les Hôpitaux de Saint-Maurice et le CH des Murets (94)

- **EPSM Val de Lys Artois** (62)

- **CH Guillaume Régnier** (35)

- **EPSM Lille-Métropole** (59)

- **EPS Barthélemy Durand** (91)

- **CH La Chartreuse** (21)

***Les membres du Comité scientifique :**

Le Comité scientifique mis en place autour de ce projet associe des chercheurs reconnus pour leur expertise sur le lien entre santé et travail et/ou dans leur discipline respective, à savoir :

- **Christophe DEJOURS**, Psychiatre, psychanalyste, psychodynamique et psychopathologie du travail, Directeur de l'Institut de recherche en psychodynamique du travail (IPDT) à Paris, dans la suite des recherches engagées au CNAM et à l'Université Paris Descartes, au sein de différents laboratoires

- **Danièle LINHART**, Sociologue du travail et des organisations, Chercheure émérite CNRS, Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris (CRESPPA)

- **Pierre ROCHE**, Sociologue, Centre d'études et de recherches sur les qualifications (CEREQ), Membre fondateur du Réseau international de sociologie clinique (RISC), associé au CNAM

- **Frédérique QUIDU**, Statisticienne, EHESP, Membre du Comité scientifique du CCOMS

- **Jean-Baptiste HAZO**, Ingénieur de recherche, DREES

- **L'équipe et collaborateurs du GCS-CCOMS** en charge de cette recherche.

***La prestataire de services en charge de la réalisation des transcriptions d'interviews : Anne-Laure BOUTRY**

Remerciements

Nous tenons à exprimer toute notre gratitude envers les personnes qui ont accepté d'engager leur établissement, rendu possible la mise en place de cette recherche dans ses différents volets et ses différentes phases, et s'y sont impliquées, sans lesquelles ce travail n'aurait pu aboutir.

Tous nos remerciements vont en particulier aux personnes qui ont accepté :
- de participer à l'étude-pilote,
- de participer au groupe de travail sur le recueil des indicateurs indirects,
- d'organiser l'enquête par questionnaire en leur sein,
- de répondre à l'auto-questionnaire,
- d'être interviewé.e.s,
- de s'impliquer dans le groupe de travail collaboratif,
- et de partager de leur temps.

Nous leur en sommes reconnaissants et les remercions de la confiance qu'ils nous ont accordée.

POUR L'ETUDE PILOTE – ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE

La Fondation Bon Sauveur de la Manche :
- **Philippe LEPRELLE,** Directeur de l'Offre et de l'Appui à la Performance
- **Dr Jérémy MADIGAND,** Psychiatre, Correspondant recherche du GCS
- **Aurélia MAGIDS,** Directrice du Centre hospitalier (CH)
- **Dr Émilie PIERRON,** Psychiatre, Présidente de la Commission médicale d'établissement (CME)

POUR L'ENGAGEMENT DANS LA RECHERCHE ET LA MISE EN ŒUVRE DU VOLET QUANTITATIF – RECUEIL DES INDICATEURS QUANTITATIFS INDIRECTS ET ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE

CH Rouffach :
- **Olga CHEMINADE,** Technicienne d'information médicale, Département d'information médicale (DIM)
- **Dr Mryiam FOURNIER**, Médecin responsable du Département d'information médicale (DIM)
- **Nelly LACH,** Attachée d'administration hospitalière, Direction des ressources humaines (DRH)
- **Frédéric MANNINO**, Directeur adjoint de la Direction des ressources humaines (DRH) et de l'action territoriale
- **Dr Joel OBERLIN,** Psychiatre, Président de la Commission médicale d'établissement (CME), Psychiatre
- **Hélène RAVIER,** Psychologue, Service de santé au travail (SST)
- **Nicolas TUAILLON**, Attaché d'administration hospitalisation, Analyse de gestion

GHT 94 Nord (Saint-Maurice, les Murets) :
- **Laurent CAPEL**, Attaché d'administration hospitalier, Responsable de la cellule contrôle de gestion
- **Dr Agnès GUERIN,** Psychiatre, Présidente de la Commission médicale d'établissement (CME), Les Murets
- **Dr Thierry GUEROUT**, Médecin responsable du Département d'information médicale (DIM), Les Murets
- **Jérôme HUC,** Directeur des ressources humaines (DRH)
- **Dr Frédéric KHIDICHIAN,** Psychiatre, Chef du pôle Paris Centre
- **Sylvie LEBOUCHER**, Responsable des Ressources Humaines, Chargée de mission Gestion prévisionnelle des métiers et compétences et de la qualité de vie au travail (QVT), Direction des ressources humaines (DRH)

- **Dr Vincent LEROUX**, Médecin, Département de l'information médicale (DIM), Saint-Maurice
- **Dr Marie-Liesse DE LANVERSIN**, Psychiatre, Cheffe de pôle Paris 11
- **Dr Renaud PEQUIGNOT,** Gériatre, Président de la Commission médicale d'établissement (CME), Saint-Maurice
- **Nathalie PEYNEGRE,** Directrice du GHT 94
- **Basile ROUSSEAU,** Directeur de la filière psychiatrie et santé mentale au GHT Paris Est Val-de-Marne
- **William SUAREZ**, Préventeur des risques au travail, Chargé de mission de la qualité de vie au travail (QVT), Direction des ressources humaines (DRH)

EPSM Val de Lys Artois :
- **Pauline FLORI**, Directrice déléguée de l'EPSM
- **Dr Laurent LAUWERIER**, Psychiatre, Président de la Commission médicale d'établissement (CME)
- **Dr Bruno PEQUIGNOT,** Technicien de l'information médiale, Département de l'information médicale (DIM)
- **Pauline DUPROT**, Technicienne de l'information médicale, Direction de l'information médicale (DIM)
- **Nadine FUMERY**, Technicienne de l'information médicale, Direction de l'information médicale (DIM)
- **Sophie TANCHON,** Adjointe des cadres hospitaliers

CH Guillaume Régnier :
- **Nathalie ALLETON**, Chargée de mission recherche clinique, Direction de la recherche
- **Stéphanie BOURHIS**, Technicienne de l'information médicale, Département d'information médicale (DIM),
- **Dr Guillaume GUERINEAU DE LAMERIE**, Psychiatre, Responsable du Département d'information médicale (DIM)
- **Aurélie JAMIN**, Assistante de la qualité de vie au travail (QVT), Direction des ressources humaines (DRH)
- **Dr David LEVOYER**, Psychiatre, Président de la Commission médicale d'établissement (CME)
- **Lise PERRIER**, Attachée d'administration hospitalière, Adjointe de la direction des ressources humaine (DRH), en charge de la qualité de vie au travail (QVT), Cellule de veille risques psychosociaux (RPS)
- **David POTIER**, Directeur des Affaires médicales et des ressources humaines (DRH), des affaires médicales
- **Dr Elisabeth SHEPPARD,** Psychiatre, Présidente de la Commission médicale d'établissement (CME)

CH Dijon La Chartreuse :
- **Dr Albane CHAILLOT,** Médecin du travail, Responsable du Service de santé au travail (SST)
- **Dr Souad MAACH**, Médecin responsable du Département d'information médicale (DIM)
- **François MARTIN**, Directeur général du CH (DG)
- **Dr Gérard MILLERET,** Psychiatre, Président de la Commission médicale d'établissement (CME)
- **Anne TAILLARD**, Responsable ressources humaines, Direction des ressources humaines (DRH)

EPS Barthélemy Durand :
- **Morgane DA SILVA HENNEQUIN,** Chef de Projet Innovation – Unité de Recherche Clinique et d'Innovation (URC-I), Assistante Médico-Administrative du LaB-D Psy, Direction de la Recherche et de l'Innovation (DRI)
- **Julien JOUNY,** Directeur des Ressources Humaines (DRH)
- **Dr Jean-Pierre KORWIN,** Psychiatre, Président de la Commission médicale d'établissement (CME)
- **Marie-Catherine PHAM**, Directrice générale (DG) de l'EPS

- **Philippe SOULIE,** Directeur de la Recherche et de l'Innovation (DRI)

EPSM Lille-Métropole :
- **Valérie BENEAT-MARLIER**, Directrice générale (DG) de l'EPSM
- **Elise DUCASSOU,** Attachée d'administration hospitalière, Direction des Ressources humaines (DRH)
- **Dr Edvick ELIA**, Psychiatre, Présidente de la Commission médicale d'établissement (CME) pour le GHT Psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais
- **Dr Michael HENON**, Psychiatre, Président de la Commission médicale d'établissement (CME)
- **Frédéric MACABIAU**, Directeur Délégué des affaires générales et de la stratégie
- **Laetitia NAVY**, Directrice des ressources humaines (DRH) et des relations sociales
- **Dr Philippe PARADIS,** Médecin responsable du Département de l'information médicale (DIM)
- **Sofia SOUSSI RADIF,** Attachée d'administration hospitalière, Direction des Affaires Médicales, des Ressources Humaines, et des Relations Sociales
- **Dr Camille VINCENT,** Médecin au Département d'information médicale
- **Mehdy WOESTYN**, Contrôleur de gestion, DAGS - Cellule d'Analyse de Gestion

***Ainsi que les anonymes qui ont répondu à l'auto-questionnaire**

POUR L'ETUDE QUALITATIVE PRELIMINAIRE

***Les personnes qui ont accepté d'être interviewées :**

CH Rouffach :
- **Mme COLCHERT**, Cadre de pôle, Direction des soins (DS)
- **Juliette HUMMEL**, Secrétaire du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)
- **Nelly LACH**, Responsable ressources humaines, Direction des ressources humaines (DRH)
- **Dr Joël OBERLIN**, Psychiatre, Président de la Commission médicale d'établissement (CME)
- **Hélène RAVIER**, Psychologue, Service de santé au travail (SST)
- **Christian UHRIG**, Directeur des Soins (DS)

GHT94 :
- **Jérôme HUC**, Directeur des ressources humaines (DRH)
- **Sylvie LEBOUCHER**, Responsable des Ressources Humaines, Chargée de mission Gestion prévisionnelle des métiers et compétences et de la qualité de vie au travail (QVT), Direction des ressources humaines (DRH)
- **William SUAREZ**, Préventeur, Chargé de mission de la qualité de vie au travail (QVT), Direction des ressources humaines (DRH)
- **Alexandrine RODRIGUES**, Responsable du service formation

***Saint-Maurice* :**
- **Arnaud BLANCHEFORT**, Secrétaire du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)
- **Dr Renaud PEQUIGNOT**, Gériatre, Président de la Commission médicale d'établissement (CME)
- **Christian RYBAK**, Chargé de projet, Direction des soins (DS)
- **Dr Christiane SABAH-MONDAN**, Médecin du travail, Responsable du Service de santé au travail (SST)

***Les Murets* :**
- **Nora BOUAMRANE**, Directrice des soins (DS)
- **Dr Hugues BOURAT**, Psychiatre, Chef de pôle
- **Fabrice DELHOMME**, Secrétaire adjoint du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

- **Ghislaine GINESTE**, Psychologue, Service de Santé au travail (SST)
- **Gwenaël GOURDEN**, Membre du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), Cadre de santé
- **Dr Agnès GUERIN**, Psychiatre, Présidente de la Commission médicale d'établissement (CME)
- **Joël MONDOR**, Secrétaire du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)
- **Mme SANIER**, Membre titulaire du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)
- **Nathalie SAUVAG**E, Chargée des conditions de travail
- **M. TORRES**, Membre suppléant du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

CH Guillaume Régnier :
- **Nathalie ALLETON**, Chargée de mission recherche clinique, Direction de la recherche
- **G. BOULLIOU**, Secrétaire du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), Représentant Sud Santé
- **Marie-Christine CHAREYRE**, Directrice des soins (DS)
- **Dr Guillaume GUERINEAU DE LAMERIE**, Psychiatre, Responsable du Département de l'information médicale (DIM), Président de la Commission qualité de vie au travail (QVT) des médecins
- **Aurélie JAMIN**, Assistante de la qualité de vie au travail (QVT), Direction des ressources humaines (DRH)
- **Dr David LEVOYER**, Psychiatre, Président de la Commission médicale d'établissement (CME)
- **Patrice MABIT**, Cadre supérieur, Adjoint à la Direction des soins (DS)
- **Alexandra ORY**, Représentante CFDT, Cellule de veille risques psychosociaux (RPS)
- **Lise PERRIER**, Attachée d'administration hospitalière, Adjointe de la direction des ressources humaine (DRH), en charge de la qualité de vie au travail (QVT), Cellule de veille risques psychosociaux (RPS)
- **David POTIER**, Directeur des Affaires médicales et de la Direction des ressources humaines (DRH)
- **Mme ROUPIE**, Représentante CGT, Cellule de veille risques psychosociaux (RPS)

EPS Barthélemy Durand :
- **Corinne DUMENOIR**, Directrice des soins (DS)
- **Dr Jean-Pierre KORWIN,** Psychiatre, Président de la Commission médicale d'établissement (CME), Responsable du Département de l'information médicale (DIM)
- **Jérôme MUSSEAU**, Psychologue, Service de santé au travail (SST)
- **Laurent RICCI**, Directeur des ressources humaines (DRH)
- **Richard SALIVE**, Membre suppléant du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), Représentant Sud Santé

EPSM Lille-Métropole :
- **Mathilde BELLETTRE**, Psychologue, Service de santé au travail (SST)
- **Élise DUCASSOU**, Attachée d'administration hospitalière, Direction des Ressources humaines (DRH)
- **Dr Edvick ELIA**, Psychiatre, Présidente de la Commission médicale d'établissement (CME) pour le GHT Psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais
- **Isabelle MASUREL**, Psychologue, Service de santé au travail (SST)
- **Dr Philippe PARADIS**, Responsable du Département de l'information médicale (DIM)

EPSM Val de Lys Artois :
- **Christian BURGI**, Directeur général (DG) de l'EPSM
- **Julie CHERMEUX**, Directrice des ressources humaines (DRH)
- **Pauline DUPROT**, Technicienne de l'information médicale, Direction de l'information médicale (DIM)

- **Nadine FUMERY**, Technicienne de l'information médicale, Direction de l'information médicale (DIM)
- **Dr Laurent LAUWERIER**, Psychiatre, Président de la Commission médicale d'établissement (CME)

CH La Chartreuse :
- **Dr Albane CHAILLOT**, Médecin du travail, Responsable du Service de santé au travail (SST)
- **François MARTIN**, Directeur général (DG) du CH

POUR L'ETUDE QUALITATIVE APPROFONDIE

L'EPS B. Durand, site principal de mise en œuvre :

***Les directions et leur personnel qui ont joué un rôle facilitateur dans sa mise en place :**

- Morgane DA SILVA HENNEQUIN, Chef de Projet Innovation – Unité de Recherche Clinique et d'Innovation (URC-I), Assistante Médico-Administrative du LaB-D Psy, Direction de la Recherche et de l'Innovation (DRI)
- Corinne DUMENOIR, Directrice des Soins (DS)
- Julien JOUNY, Directeur des Ressources Humaines (DRH)
- Anne-Sophie VAL, Cadre Supérieur du Pôle de psychiatrie de l'adulte, Adjointe à la Direction des Soins (DS), Coordinatrice paramédicale de la recherche à l'Unité de Recherche Clinique et d'Innovation URC-I
- Philippe SOULIE, Directeur de la Recherche et de l'Innovation (DRI)

***Les soignant.e.s de l'EPS Barthélemy Durand qui ont accepté de s'engager dans la démarche proposée, le *focus group* et les entretiens individuels, et se sont impliqués dans la dynamique de réflexion et de co-construction collective de pistes et propositions d'actions visant à réduire l'usage de la contrainte pour améliorer la qualité de vie au travail des soignants et la qualité des soins des usagers des services de santé mentale, document figurant dans la dernière partie de ce rapport :**

- Sabrina BRETTE, Aide-Soignante, Secteur G09
- Anne-Laure BORDERIEUX, Infirmière Diplômée d'État, Secteur G04
- Esther DEVOL, Infirmière Diplômée d'État, Secteur G09
- Caroline HUTIN, Aide-Soignante, Secteur G01
- Patricia LOPES, Infirmière Diplômée d'État, Secteur G09
- Anita MARQUES, Infirmière Diplômée d'État, Secteur G05
- Richard SALIVE, Aide-Soignant, Représentant du personnel, Syndicat SUD-Santé
- Lucie SERRA, Infirmière Diplômée d'État, Secteur G02

***Les soignant.e.s de l'EPS Barthélemy Durand qui ont accepté d'être interviewé.e.s :**

- Nicolas DESON, Infirmier Diplômé d'État, Secteur G02

Liste des sigles utilisés

AAP : Appel à projets
ANI : Accord national interprofessionnel
ARS : Agence régionale de santé
AS : Aide-soignant.e
CAC : Centre d'accueil et de crise
CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCOMS : Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé
CDPH-ONU : Convention des droits des personnes handicapées de l'Organisation des nations unies
CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CH : Centre hospitalier
CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CIAC : Centre intersectoriel d'accueil et de crise
CIDPH : Convention internationale des droits des personnes handicapées
CLSM : Conseil local de santé mentale
CME : Commission médicale d'établissement
CMP : Centre médico-psychologique
COVID : Corona virus disease
CSAJA : Consultation Spécialisée pour Adolescents et Jeunes Adultes
CSE : Comité social d'établissement
CTS : Conseil territorial de santé
DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DATI : Dispositif d'alerte du travailleur isolé
DG : Direction générale
DIM : Département d'information médicale
DMS : Durée moyenne de séjour
DREES : Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
DRH : Direction des ressources humaines
DS : Direction des soins
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
EPIC : Équipe mobile d'intervention et de crise
EPS : Établissement public de santé
EPSM : Établissement publics de santé mentale
ETP : Éducation thérapeutique du patient
ETP : Équivalent temps plein
GCS : Groupement de coopération sanitaire
GHT : Groupement hospitalier de territoire
HAS : Haute autorité de santé
HPST : Hôpital, patients, santé, territoires
IDE : Infirmier.ère diplômé.e d'État
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
INRS : Institut national de recherche et de sécurité
IPA : Infirmier en pratique avancée
MAP : Mesures d'anticipation en psychiatrie
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
MSP : Médiateur de santé pair
NTIC : Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONQVT : Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social
ONVS : Observatoire national de la violence en milieu de santé

PAPRIPACT : Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail
PE : Projet d'établissement
PH : Praticien hospitalier
PMSI : Programme médicalisé des systèmes d'information
PTSM : Projet territorial de santé mentale
QPV : Quartier politique de la ville
QR : Quality Rights
QVT : Qualité de vie au travail
RETEX : Retour d'expérience
RDV : Rendez-vous
RH : Ressources humaines
RIMP : Recueil d'information médicalisé en psychiatrie
RPS : Risques psychosociaux
RTT : Réduction du temps de travail
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
SGBD : Sainte Geneviève des Bois
SISM : Semaine d'information en santé mentale
SPDRE : Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État
SPDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
SPPI : Soins psychiatriques en cas de péril imminent
SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SSC : Soins sans consentement
SST : Service de santé au travail
TP : Temps plein
T2A : Tarification à l'activité
UF : Unité fonctionnelle
UHTP : Unité d'hospitalisation temps plein
UMD : Unités pour malades difficiles

Résumé

Conduite dans sept établissements publics de santé mentale (EPSM) membres du GCS-CCOMS, cette recherche basée sur des méthodes mixtes se propose de réaliser un état des lieux de la santé mentale au travail des soignants de psychiatrie adulte, d'identifier les facteurs associés au risques psychosociaux (RPS) et d'aboutir à des préconisations, en abordant ces questions sous le prisme des pratiques de soins psychiatriques, notamment de la contrainte (soins sans consentement, isolement, contention).

L'analyse des données recueillies dans l'étude qualitative préliminaire conduite auprès d' « acteurs-clés » de la prévention des RPS et de la qualité de vie au travail (QVT), permet de pointer les limites et enjeux des démarches de prévention des RPS et de QVT. Il en ressort que ces acteurs peinent à agir en amont sur les organisations de travail, et dont le principal écueil est l'absence d'espace dialogique sur la qualité du travail bien fait. Les facteurs de RPS identifiés sont avant tout liés à l'évolution des conditions de travail dans le contexte de mutations de la psychiatrie publique. Ceux liés aux pratiques de soins restent peu appréhendés. Les situations d'agressivité/violence exercées par les patients et/ou leur entourage, identifiées comme « le » risque majeur d'exposition aux RPS, tendent à focaliser l'attention.

Le questionnaire SATIN portant sur la santé et la qualité de vie au travail perçues par le personnel a été diffusé dans six EPSM. Sur l'ensemble des répondants, 1350 se sont déclarés soignants : ¾ d'entre eux sont des femmes, pour la majorité âgée de 35 à 54 ans, travaillant à temps complet, en journée, 58% sont infirmiers, 12% aides-soignants, 10% médecins, 8 cadres et 3,5% psychologues. Leurs réponses diffèrent peu selon les EPSM : les soignants ont une appréciation de leur santé plutôt positive et déclarent majoritairement aimer leur travail. En revanche leurs appréciations de l'environnement, de l'organisation et du cadrage de leur travail sont plus mitigées et une exposition à la violence verbale très fréquente est en lien avec de moins bons scores SATIN – à la différence d'une exposition à la contrainte, exceptée pour la contention, liée à de moins bons scores de perception de l'environnement/cadrage/organisation et d'appréciation générale du travail. Ce que les résultats de l'étude préliminaire tendent à corroborer.

Le recueil, auprès des DRH et des départements DIM des EPSM, d'indicateurs indirects portant sur les conditions et la QVT et de données d'activité des services a concerné 34 secteurs de six EPSM pour la seule année 2019. Leur interprétation reste délicate mais permet de mettre en exergue une grande hétérogénéité de pratiques de contrainte entre EPSM et en leur sein selon les secteurs, et de formuler trois hypothèses qui resteraient à vérifier : 1° Un nombre élevé de contentions est corrélé à un nombre plus élevé d'accidents de travail avec arrêts ; 2° Un nombre important de lits est corrélé avec plus d'isolement, de contention et plus d'accidents de travail mais moins d'absentéisme ; 3° Un nombre important d'ETP par lit est lié à moins d'isolement, de contention et d'accidents de travail.

Dans le dernier volet, qualitatif, mis en œuvre sur un seul site, l'EPSM Barthélemy Durand, la démarche engagée dans le cadre d'un groupe de travail collaboratif avec des soignants volontaires a permis d'aboutir à la co-élaboration d'une cinquantaine de propositions d'actions organisées en cinq axes : (1) la prise en compte des RPS ; (2) la réduction de la contrainte ; (3) la réduction du recours et (4) du maintien des personnes en hospitalisation et/ou soins sans consentement et la (5) la QVT associée à la qualité des soins.

Ces différents angles d'approche permettent d'avoir une compréhension plus complète de la problématique étudiée et de mettre en évidence trois principaux enjeux :

1° La complexité des liens entre les différentes formes de contrainte, les RPS et la QVT ;

2° L'hospitalo-centrisme *vs* travail dans la communauté : l'invisibilisation de la contrainte sur la santé au travail résulte d'une combinaison entre le caractère tabou de la santé mentale au travail, l'idéologie du soignant fort et la banalisation de l'usage de la contrainte dans les soins ;

3° De la culture qualité à la qualité du travail : la nécessaire construction d'espaces dialogiques sur la qualité du travail bien fait réduisant l'usage de la contrainte dans les soins, afin de confronter les points de vue des différents acteurs concernés, sans oublier les usagers en santé mentale dont la participation, la prise en compte de leurs points de vue et expériences restent des enjeux majeurs et sont autant de défis à relever.

Partie introductive : Une recherche-action sur les RPS au travail des soignants de psychiatrie adulte

Portée par le groupement de coopération sanitaire et le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (GCS-CCOMS), l'étude R-PSY est une recherche-action portant sur les risques psychosociaux (RPS) au travail des soignants de psychiatrie adulte de secteur.

I/ Éléments de contexte

1.1 L'extension du « malaise » aux soignants, de psychiatrie en particulier…

Le phénomène « RPS », dont l'essor est manifeste et croissant depuis les années 2000, a d'abord touché le secteur privé et les grandes entreprises publiques comme France Telecom marquées par une vague de suicides, puis s'est progressivement étendu à l'ensemble de la fonction publique. A l'hôpital, il a pris de l'ampleur sous l'effet d'une nouvelle gestion publique animée par la réduction des dépenses publiques et le souci concomitant d'évaluer les politiques publiques, qui s'incarneront dans un ensemble de réformes inspirées par le *New Public Management* importé du secteur privé et basé, entre autres, sur une logique de résultat et de performance, en rupture avec la logique de moyens et de service public (de Gaulejac, 2011).

Dans ce contexte de budget contraint et de tournant managérial s'accompagnant d'un accroissement des formes de standardisation des activités[1] et de prescription sur le travail souvent en décalage avec le travail réel, le malaise s'est étendu à l'ensemble des personnels de santé identifiés comme plus particulièrement exposés aux RPS mis en évidence dans le rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, présidé par Michel Gollac (2011). Si la « souffrance » a gagné l'ensemble des soignants (Holcman, 2018), le phénomène semble plus marqué en psychiatrie publique où les soignants sont soumis à une forte adversité professionnelle et une forte pression liée à différents facteurs, certains communs aux métiers de la santé, d'autres plus spécifiques à la discipline.

1.2 L'institution psychiatrique « en grande souffrance », entre abandon et injonctions paradoxales

Décrite comme une institution en « crise » (Vincent, 2020), avec une pénurie de moyens, la psychiatrie publique apparaît comme un pan du système sanitaire laissé à l'abandon questionnant le sens de la mission des personnels, que l'actualité récente n'a fait que renforcer. D'une part, la crise psychosociale dont s'est doublée la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 la confronte à une demande accrue de soins, déjà difficile à absorber dans un contexte de tension des effectifs sous l'effet conjugué d'un problème de démographie médicale et soignante, de désaffection de la discipline et de désertion de l'hôpital. D'autre part, elle doit faire face à des exigences contradictoires difficiles à concilier, en termes sécuritaires et de respect des droits des patients, dont témoigne un récent décret relatif à l'encadrement des mesures d'isolement et de contention dans les pratiques de soins sans consentement en psychiatrie[2]. Légalement autorisées, ces mesures de plus en plus réglementées afin d'en limiter l'usage à des circonstances exceptionnelles dans le respect des droits des patients

[1] L'accroissement de ces procédures est lié aux démarches de certification et qualité mises en place dès 1999, ainsi qu'au Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) sur lequel repose la Tarification à l'activité (T2A) appliquée dans les centres hospitaliers « généraux » (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) depuis 2003, PMSI qui aboutira à la création en 2006 du Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIMP) pour répondre à la rationalisation des dépenses publiques dans les établissements de santé mentale, publics et privé.

[2] Décret n° 2021-537 du 30 avril 2021 relatif à la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement.

comportent des procédures jugées inapplicables par beaucoup de psychiatres, de nature à interroger le maintien de leur engagement à l'hôpital (Catinchi, 2021), ou à dissuader les plus jeunes de s'y engager.

Ces évolutions mettent fortement à l'épreuve la psychiatrie publique dont les services sont identifiés par l'Observatoire national de la violence en milieu de santé (ONVS) comme ceux déclarant le plus d'atteintes aux biens et surtout aux personnes, et leurs personnels comme les plus exposés aux faits de violence exercés par les patients voire par leur entourage, alimentant parfois « un sentiment d'échec, d'impuissance et de souffrance dans la prise en charge face à des situations considérées comme très complexes » (Terrenoir et *al.*, 2021, p. 123), mais aussi au mal-être (Caudron, 2016) et à l'épuisement professionnel (Estryn-Behar et *al.*, 2011). Sans compter que les pratiques comme l'isolement et la contention les soumettent potentiellement à de fortes exigences émotionnelles, des traumas (Bigwood et Crowe, 2008 ; Bonner et *al.*, 2002) et, dans le cas de la contention mécanique, des blessures physiques (Corneau et *al.*, 2017).

Il existe pourtant assez peu d'études en France portant plus spécifiquement sur les RPS au sein de cette discipline et encore moins sur l'impact des pratiques de soins sur la santé de leurs personnels. C'est tout l'enjeu de cette recherche.

II/ Problématique principale, hypothèses et objectifs

R-PSY se propose d'explorer les liens entre pratiques de soins, notamment l'usage de la contrainte, et santé mentale au travail des soignants de psychiatrie adulte de secteur.

Appréhender les RPS sous cet angle c'est d'emblée faire un pas de côté, tant la part prise par la nature même du travail de soin sur la souffrance ou la santé au travail des soignants est une dimension rarement mise en exergue et d'autant plus souvent passée sous silence que « la souffrance du soignant dans la relation de soin reste une question taboue » (Holcman, 2018a, p. 215). En partie occultée, doit-elle pour autant être minimisée, notamment en psychiatrie publique où les mesures de contrainte dans les pratiques de soins sont sujet à sollicitation des affects et de la subjectivité des agents ?

Nos hypothèses sont que :

1/ L'exercice de la contrainte dans les soins constitue un facteur de risque psychosocial.

2/ Les objectifs de soins réduisant les pratiques associées à la contrainte et favorisant le respect des droits fondamentaux de l'usager renforcent la qualité des soins et la qualité de vie au travail (et vice-versa).

Précisons que la notion de contrainte dans les soins utilisée ici se réfère aux pratiques de contrainte exercées en psychiatrie, promulguées par un ensemble de textes de loi, telles que les soins sans consentement (à la demande d'un représentant de l'État, d'un tiers en urgence ou en cas de péril imminent), les mesures d'isolement et de contention, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles, la libre circulation (unités dites fermées) et la vie privée (par exemple l'accès au téléphone portable). L'existence de ces mesures légalement autorisées en psychiatrie, bien que contraires aux droits humains et citoyens tels que le préconise la Convention internationale des droits des personnes handicapées (CIDPH) adoptée en 2006 et ratifiée par la France en 2010, témoigne de la difficulté de se départir de la contrainte dans les soins, fortement ancrée dans les esprits, les pratiques professionnelles et les organisations au sein de l'institution.

Justifiées pour les patients ayant une capacité de discernement altérée, refusant les soins et/ou mettant en danger leur personne ou autrui, ces mesures restent fréquemment utilisées en psychiatrie. Les données disponibles font état d'une hausse de leur recours depuis 2010, tout particulièrement celui

de l'isolement et de la contention. L'on peut faire l'hypothèse que les obligations légales faites aux établissements publics de santé mentale (EPSM) en termes d'amélioration de la traçabilité de ces mesures (isolement et contention) depuis 2017 ont contribué a donner une plus grande visibilité au phénomène et explique une partie de la hausse constatée (Coldefy et *al.*, 2022). Mais l'on peut s'interroger aussi sur la manière dont l'évolution des conditions de travail des soignants sous l'effet des réformes et contraintes structurelles pesant sur l'institution psychiatrique, impacte la qualité des soins et influe sur le recours à ces mesures.

Opter pour cet angle d'approche n'exclut pas de questionner la manière dont les différentes formes de contraintes exogènes – liées aux transformations organisationnelles de l'institution psychiatrique – et endogènes – les mesures de contrainte dans la relation de soin – s'articulent et retentissent sur la santé au travail des soignants. C'est bien dans une telle perspective que s'inscrit cette recherche, dont l'objectif principal est d'étudier les mécanismes en jeu entre les pratiques de soins psychiatriques et les risques psychosociaux liés au travail.

Ses objectifs secondaires sont de :

- Dresser un état des lieux de la santé mentale au travail des soignants de psychiatrie dans des lieux de soins psychiatriques ;
- Identifier les principaux facteurs de risques psychosociaux des soignants de psychiatrie publique ;
- Proposer des « recommandations de bonnes pratiques » en psychiatrie en faveur de la qualité des soins pour les usagers et de la qualité de vie au travail des soignants.

III/ Une méthodologie mixte, multiniveaux et multiphases

Pour atteindre ces objectifs, le protocole de recherche repose sur une méthodologie mixte multiniveaux et multiphases (Pluye, 2019) permettant de multiplier les angles d'approche et les niveaux de collecte et d'analyse des données à différentes phases du processus de recherche pour éclairer le phénomène étudié.

3.1 Le protocole de recherche initial

Il articule deux volets, l'un quantitatif, l'autre qualitatif.

Le volet quantitatif combine :

- Un recueil d'indicateurs indirects sur la QVT (taux d'accidents du travail, de maladies professionnelles, d'arrêts maladie…) et de données sur l'activité des secteurs de psychiatrie adulte (taux de soins sans consentements, de mesures d'isolement et de contention…). Ceux-ci devraient permettre d'établir des configurations-types en fonction des pratiques de soins (recours usage faible/fort à la contrainte *vs* rétablissement).

- Une enquête menée auprès des professionnels à partir d'un outil standardisé, le questionnaire « SATIN », permettant d'établir un diagnostic sur les conditions de travail et la santé (dont les RPS) saisies à partir de la subjectivité (du ressenti) des salariés et susceptible d'aider les EPSM à ajuster leur politique de prévention des RPS et de promotion de la QVT[3].

Le volet qualitatif consiste en une étude sociologique reposant sur des entretiens semi-directifs approfondis et des *focus groups* avec des soignants afin d'explorer l'expérience subjective des pratiques de soins dont le recours à la contrainte et leurs effets sur la santé au travail, d'identifier les

[3] Ces éléments nous ont conduits à choisir cet outil créé par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) pour la santé et la sécurité au travail et le laboratoire de psychologie de l'Université Nancy 2/Université de Lorraine.

facteurs et processus en cause, de faire dialoguer les différentes conceptions du soin et de co-élaborer des pistes-solutions pour améliorer le bien-être au travail par les pratiques de soins et réciproquement. Son engagement sur deux sites présentant des configurations-types (selon le niveau de recours à la contrainte) identifiés à partir de l'analyse croisée des données quantitatives, conditionne son démarrage aux résultats du volet quantitatif.

3.2 L'ajout d'une étude qualitative préliminaire

Au lancement de l'étude en janvier 2020, deux raisons nous ont conduits à ajouter au protocole de recherche initial une étude préliminaire prenant la forme d'une investigation sociologique. D'une part le contexte de la crise sanitaire rendait les soignants peu mobilisables pour la phase quantitative préalable à la phase qualitative de cette recherche. D'autre part le protocole de recherche initial, soumis à la discussion des chercheurs à deux reprises[4], a fait émerger des débats révélateurs des controverses entourant la production de connaissances sur le lien entre santé mentale et travail. En rendre compte permettra de mieux en saisir les enjeux et de clarifier la posture de recherche qui nous anime.

3.2.1 Des débats autour du protocole de recherche…

La mise en œuvre du volet quantitatif impliquait une phase préalable de concertation et de négociation avec les directions des ressources humaines (DRH) et de l'information médicale (DIM) des établissements publics de santé mentale (EPSM) ayant accepté de participer à cette recherche. Le fait de passer par ces interlocuteurs pour convenir des modalités d'organisation de l'enquête par questionnaire et des indicateurs (indirects, d'activité) les plus pertinents à retenir, et de proposer un outil quantitatif à visée diagnostique susceptible d'éclairer l'action en matière de RPS et de QVT a soulevé des interrogations.

Quels étaient le sens et les intentions des directions des EPSM à s'inscrire dans cette démarche ? Leur engagement ne dissimulait-il pas des motivations difficilement avouables ? La démarche participative et l'approche quantitative ne présentaient-elles pas un risque d'instrumentalisation des chercheurs, de la recherche et de ses résultats susceptibles d'être détournés vers d'autres fins que celles visées, et *in fine* de renforcer l'asymétrie sociale des forces en présence ?

3.2.2 …aux controverses scientifiques

1/ Appréhender le lien entre santé et travail : enjeux d'approches

La catégorie RPS est en elle-même l'objet de critiques et de controverses. Si elle a l'avantage de pointer un phénomène prenant une ampleur inquiétante, dans un contexte de mutations, sociales, normatives et des conditions de travail, sa promotion comme un phénomène « nouveau » tend à occulter l'histoire du traitement de la problématique du rapport entre santé et travail, qui n'est pas nouvelle mais se trouve à cette occasion renouvelée (Loriol, 2000 ; Lhuilier & Litim, 2009). Son appellation même et son corolaire, l'essor de la prévention, ont pour effet de brouiller la perception des liens entre santé et travail, réduite au modèle de l'altération et de la réparation, à la protection de la santé au travail, d'accroître le processus d'occultation des conditions du travail réel (Dejours, 2001 ; Lhuilier, 2010 et 2017 ; Clot, 2015), et *in fine* de neutraliser les enjeux politiques et sociaux du rapport au travail qui place le salarié dans un lien de subordination à son employeur (de Gaulejac, 2011).

[4] D'abord lors d'une rencontre rassemblant les équipes de recherche dont le projet a été financé dans le cadre de l'appel à projet 2019 de la DREES, puis au sein du comité scientifique mis en place autour de ce projet.

En ont résulté des divisions sur le plan des méthodes et outils utilisés pour produire des connaissances sur le phénomène, avec une ligne de clivage entre approches compréhensives cherchant à saisir la complexité des liens entre santé et travail au travers de l'expérience subjective des travailleurs, et approches objectivistes cherchant à quantifier les facteurs de risques au travers d'enquêtes par questionnaires à visée diagnostique. Si l'intérêt de ces dernières est de donner une visibilité aux différents facteurs de risques du rapport Gollac, leur principale limite est de réifier un phénomène social aussi complexe via une batterie d'indicateurs dont on ne peut exclure qu'ils travestissent et recomposent la réalité et restent, pour cette raison, toujours à interpréter et à manipuler avec précaution.

L'instrumentalisation de la recherche et de ses résultats, plus particulièrement adressée aux sciences sociales et à la sociologie appliquées aux organisations, est une antienne bien connue. Cette critique renvoie à une conception de « faire » de la recherche défendue par certains courants de la sociologie, « objectiviste », surplombante, supposant une soi-disant « neutralité » et une « distance » du chercheur vis-à-vis du sens commun et des processus de changement et de transformation des rapports sociaux (Uhalde, 2008). D'autres courants aux soubassements théoriques variés se distancient et s'émancipent de cette conception académique défendant une posture classique de chercheur, comme la sociologie clinique (de Gaulejac, Hanique et Roche, 2007) ou la sociologie d'intervention (Herreros, 2009), et le développement encore récent en France (Houiller, 2016) des recherches partenariales (Gillet et Tremblay, 2011), collaboratives (Les Chercheurs ignorants, 2015), citoyennes et participatives (Jaeger et Gardien, 2017 ; Petiau, 2021), témoignant d'un renouveau. En rupture avec les « totems » disciplinaires fondant la discipline, ces courants de recherche opèrent – selon des modalités et des déclinaisons variables en fonction des références théoriques – un double déplacement reconfigurant la question de l'instrumentalisation : dans le rapport au savoir-pouvoir, invitant à dépasser une conception dichotomique et asymétrique entre savoir académique (savant) et savoir pratique ou ordinaire (des acteurs) pour les considérer dans un lien de circulation et de complémentarité rendant possible l'idée d'une coproduction de savoir avec les acteurs ; et dans la posture et le rapport du chercheur au terrain, requérant une forme d'engagement plus que d'extériorité, dans les rapports sociaux, une implication n'excluant pas nécessairement tout renoncement à la distanciation.

2/ Choix d'une posture : la « médiation contributive critique »

La posture qui nous guide ici s'apparente à celle, hybride, qualifiée de « médiation contributive critique » (Uhalde, 2008)[5], relevant d'une philosophie sociale ou conception de la sociologie d'intervention qui se veut « activatrice » de rapports sociaux et politiques, de débats et jeux de confrontation entre les acteurs en présence, agis par des représentations et des intérêts différents fonction des enjeux qui sont les leurs ce qui fait du changement un processus à l'issue incertaine (et non définie à l'avance). Particulièrement sur un sujet comme celui des RPS, du mal-être ou de la souffrance au travail, dont nous n'ignorons pas qu'il suscite des résistances, des incompréhensions ou une compassion parfois artificielle parmi les dirigeants pour lesquels il peut être tentant de minimiser le problème et/ou son ampleur et de recourir à des experts sans réelle volonté de changer quoi que ce soit et d'appliquer leurs recommandations (de Gaulejac, 2011). La probabilité que le changement attendu s'oriente vers le modèle visé est d'autant plus aléatoire que l'équation à résoudre est particulièrement complexe et dépend de nombreux paramètres, et que si changement dans le sens souhaité il y a, sa permanence dans le temps n'est jamais assurée et reste incertaine, toujours susceptible d'évoluer dans un sens ou dans l'autre. Cette incertitude invite le chercheur à humilité et modestie quant à son pouvoir d'action (ses limites) sur une

[5] Nous reprenons ici le sens donné à cette expression par cet auteur : « La médiation se distingue fondamentalement de la position du surplomb intellectuel, mais aussi de l'accompagnement d'acteurs particuliers (coaching, consultation individuelle...) ; le substantif ''contributif'' veut insister sur une volonté d'enclencher des apprentissages ou des progrès sociaux tangibles au niveau même du système où se déroule l'intervention ; le mot « critique » signe quant à lui une volonté de s'adosser à des procédés scientifiques d'analyse, mais aussi à des valeurs, en les défendant dans les transactions avec les acteurs » (p. 14).

situation ; mais elle l'expose aussi à un ensemble de problèmes moraux et de dilemmes éthiques (voire des cas de conscience).

De fait, la question des RPS est un sujet éminemment sensible dans les organisations comme les établissements de santé mentale – en témoignent les conditions d'accès au terrain et les garanties à apporter aux acteurs, en termes de confidentialité et d'anonymisation des données recueillies, et de diffusion des résultats (cf. plus loin dans ce document). Au centre d'enjeux, de tensions et de conflits qui s'inscrivent dans les rapports sociaux nécessairement marqués par une asymétrie de position entre les différentes parties prenantes, la question divise. De fait, tous les acteurs en présence ne sont pas confrontés aux mêmes enjeux, n'ont pas les mêmes intérêts, et pas forcément intérêt à jouer la carte de la transparence, à dévoiler certaines informations, encore moins les diffuser, les divulguer et les mettre sur la place publique, par crainte que leur révélation soit plus nuisible et se retourne contre eux. Une éthique exigeante doit guider ici le chercheur dont le rôle n'est pas de mettre en difficulté, d'activer ou de réactiver des tensions et conflits, mais de contribuer, modestement, et sans être dupe des enjeux de pouvoir dans lequel il est lui-même pris, à une dynamique d'une réflexion, par le croisement des regards, qu'il s'agit de mettre en débat. L'enjeu ici est de rendre visible la diversité des jugements et des regards portés sur une même réalité de travail, plus à même d'éclairer les conflits de critères entourant la qualité du « travail bien fait » (Clos et *al.*, 2021). Ces critères ne sont pas l'apanage d'une catégorie professionnelle plus que d'une autre et ne justifie donc pas d'éluder le point de vue des directions, comme les DRH, particulièrement sur une question comme les RPS et leur prévention qui font partie de leurs prérogatives.

En outre, il n'y a pas nécessairement d'accord ou de convergence sur les valeurs entre l'organisme porteur de cette recherche (CCOMS) et les acteurs des différents établissements participants, eux-mêmes agis par des valeurs non nécessairement concordantes, voire contradictoires. En l'occurrence, les valeurs défendues par le CCOMS (et assumées dans cette recherche), qui forment un horizon idéal des pratiques vers lesquelles devrait tendre la psychiatrie, sont loin d'être partagées dans un champ aussi divisé que la psychiatrie. Bien sûr, la réduction de l'usage de la contrainte dans les pratiques de soins – dont il est fait l'hypothèse, dans cette recherche, qu'elle améliore la santé au travail des soignants –, est peu contestée car difficilement contestable ou sa contestation difficilement audible. L'idée de tendre vers ce type de pratique paraît faire l'objet d'une sorte de consensus. En apparence ou en surface au moins. Car affirmer le contraire serait difficilement entendable dans le contexte sociétal qui est le nôtre, d'affirmation et de reconnaissance des droits de tout un chacun à égalité de tous, comme le préconise la Convention internationale des droits pour les personnes handicapées (CIDPH). Sur le fond, les conditions et moyens à réunir pour y parvenir, étroitement liés à la conception des soins et donc de ces pratiques dans les soins (leur intérêt, fonction, l'argumentation développée pour justifier leur recours ou non), sont loin de faire l'unanimité, nettement plus conflictuels et objets de divisions, au sein même des équipes, *a fortiori* au sein d'un secteur et d'un établissement, ce qui explique la grande hétérogénéité des pratiques. Si parvenir à une convergence de vues ou à un accord sur ces valeurs est érigé par d'aucuns comme un idéal normatif à atteindre, soit une visée sociale dont on sait en outre qu'elle relève d'un processus au long cours, il s'agit moins ici de parvenir à un accord sur ces valeurs que de les mettre en débat pour faire avancer la réflexion. C'est tout l'intérêt de ce travail.

IV/ Une recherche multicentrique

Rappelons que cette recherche est en réflexion depuis 2018 au sein du CGS-CCOMS. Elle a été discutée, d'une part, au cours des différents conseils scientifiques du CCOMS qui ont lieu deux fois par an, d'autre part, aux assemblées générales du GCS pilotées par le CCOMS.

Elle a d'emblée été pensée pour être déployée dans les établissements publics de santé mentale (EPSM) membres du GCS qui en financent une partie.

En 2019, une étude pilote a été réalisée dans l'un d'eux qui s'est porté volontaire : la Fondation Bon Sauveur de la Manche. Elle a consisté à engager l'enquête SATIN dont les résultats préliminaires ont été présentés au Comité social d'établissement (CSE) de l'établissement en septembre 2020 et permis de mieux identifier les précautions à prendre, les améliorations à apporter et les ajustements à opérer en vue de sa diffusion/passation auprès des personnels soignants de psychiatrie adulte.

A la suite des appels lancés à différents temps (avant la crise sanitaire) entre 2019 et 2020 dans les instances de gouvernance du GCS-CCOMS, plusieurs EPSM ont répondu positivement pour participer à cette recherche[6]. Certains, volontaires au départ, se sont finalement désistés, quand d'autres ont maintenu leur engagement. D'autres encore, non partants au départ ou bien ayant manifesté leur intérêt sans y donner suite, ont finalement pris la décision de rejoindre le projet plus tardivement, avant ou après l'été 2020.

Au total, sept établissements correspondant à huit EPSM ont confirmé leur engagement, dont un (59) a souhaité limiter sa participation au recueil d'indicateurs indirects (ayant déjà mené l'enquête SATIN en son sein antérieurement).

- CH Rouffach (68)
- GHT 94 Nord (94) regroupant les Hôpitaux de Saint-Maurice et le CH des Murets
- EPSM Val de Lys Artois (62)
- CH Guillaume Régnier (35)
- EPSM Lille-Métropole (59)
- EPS Barthélemy Durand (91)
- CH La Chartreuse (21)

Dans la suite de ce rapport, les données recueillies pour chaque établissement seront anonymisées.

V/ Présentation du rapport

L'objectif du présent rapport est de présenter les principaux résultats ressortant des différents volets composant cette recherche.

Il est structuré en trois parties qui apportent chacune un éclairage spécifique sur la problématique du lien entre pratiques de soins/contrainte et RPS/enjeux de santé au travail, suivies d'une partie conclusive.

La première partie présente les principaux résultats ressortant de l'analyse des données recueillies dans l'étude qualitative préliminaire. Cette partie assez dense, vu la qualité et richesse des entretiens réalisés auprès des « acteurs-clés » de la prévention des RPS au sein des différents EPSM participants, permet de mieux saisir les enjeux institutionnels de cette recherche et de resituer la problématique au centre de notre recherche dans le contexte plus large de la prévention des RPS et la qualité de vie au travail dans lequel elle prend place. Les enjeux et limites de ces démarches, dont l'écueil majeur est de passer à côté de la qualité du travail bien fait, et le tabou entourant l'impact potentiel des pratiques de soin sur la santé mentale au travail des soignants, n'en rendent que plus pertinent la mise en place d'un espace dialogique avec les soignants pour explorer, à partir de leur vécu, le lien entre pratiques de soins/contraintes et santé mentale, plus à même de favoriser les « disputes de métier » sur la qualité du travail bien fait relativement à l'usage de la contrainte dans les soins.

[6] Les représentants des EPSM présents à ces instances, pour certains chargés de recherche, ont relayé l'appel à leurs directions ; dans deux cas, la recherche a été portée et proposée à la DRH par un membre de l'équipe de recherche en poste dans l'établissement

La deuxième partie est organisée autour des deux études du volet quantitatif constituant chacune un des deux chapitres composant cette partie. Le premier chapitre livre une synthèse globale des résultats de l'enquête par voie de questionnaire menée au sein des EPSM pour l'ensemble des répondants s'étant déclarés soignants. L'analyse des données recueillies permet de mettre en lumière les principales tendances sur la qualité de vie au travail et l'état de santé perçus par les soignants ayant participé à cette enquête, et de relever des points positifs mais aussi des points de tension sur des éléments de la situation de travail générateurs de tensions et de stress au travail appelant réflexion[7]. Le second chapitre, relatif aux données (RH et DIM) recueillies « en routine » fournies par les EPSM, rend compte de la méthodologie employée, des difficultés de recueil ainsi que des réajustements opérés pour dépasser les obstacles rencontrés. Il présente une synthèse de l'ensemble des données recueillies pour les différents EPSM participants, avec toutes les limites et précautions à prendre dans l'analyse et l'interprétation des résultats. La fiabilité très incertaine et la construction *ad hoc* (propre à chaque EPSM) de certains indicateurs sont autant de biais qui invitent à la prudence et rendent hasardeuse toute comparaison inter-EPSM. Les hypothèses qu'elles permettent de formuler demanderaient à être vérifiées à partir d'un recueil de données auprès d'un nombre plus élevé de secteurs sur une année supplémentaire.

La troisième partie rend compte des principaux résultats du dernier volet de la recherche, à savoir l'étude qualitative approfondie. Elle présente, d'abord, ses conditions d'engagement et de faisabilité sur les deux sites présentant des configurations contrastées sur le plan des pratiques de soins (faible/fort taux de recours aux mesures de contrainte), à savoir l'EPS Barthélemy Durand qui a accepté de s'y engager, et le CH Guillaume Régnier où la démarche proposée n'a pu aboutir pour des raisons tenant en grande partie au désaccordage entre la temporalité de l'établissement et celle de la recherche. Elle présente, ensuite, la dynamique de travail engagée, ses principaux résultats, et le document de travail sur lequel elle a abouti, co-produit par les soignants de l'EPS B. Durand qui ont accepté de s'impliquer dans ce travail, et par les chercheurs qui les ont accompagnés dans cette démarche. Ce document propose une synthèse thématique des pistes et propositions d'actions visant à améliorer la prévention des risques psychosociaux (RPS), la qualité de vie (QVT) au travail des soignants de psychiatrie adulte et la qualité des soins des usagers des services de santé mentale par la réduction de la contrainte dans les soins. Cette partie ouvre, enfin, sur les suites données ou à donner à ce travail.

Pour clôturer ce rapport, une partie conclusive reprend les principaux résultats que l'on peut retenir des différentes études qui, chacune avec leur approche et leur logique propre, éclairent la problématique étudiée sous un angle spécifique. Elle ouvre ensuite, à partir des principaux axes d'analyse qui ressortent partir des liens et articulations que l'on peut établir entre eux, sur les réflexions et perspectives croisées, propres à éclairer l'action publique.

[7] Notons que ce rapport ne reprend pas les synthèses des données quantitatives recueillies, réalisées pour chaque EPSM participant. Elles permettent d'identifier pour chacun d'eux des points de vigilance à prendre en compte, qui sont à débattre avec le personnel afin de mieux cerner les zones de problèmes identifiés, les leviers qui pourraient être activés, et de rechercher les solutions qui pourraient y être apportées, dans une démarche d'amélioration de la politique de prévention des RPS/de la qualité de vie au travail/qualité des soins.

Partie I : Des liens entre RPS, QVT et pratiques de soins-contrainte aux enjeux de santé au travail des soignants : résultats de l'étude qualitative préliminaire

L'enjeu de l'étude sociologique préliminaire – ajoutée au protocole de recherche initial – était de clarifier les motivations et attentes des EPSM par rapport à cette recherche et d'établir un état de la question des RPS (ancienneté, constats, évolutions, politique de prévention RPS/QVT, actions et résultats, points de tension, enjeux…), à partir des discours et représentations qu'en ont les principaux « acteurs-clés » de la prévention des RPS au sein des 7-8 EPSM participants, à savoir les direction des ressources humaines (DRH), directions des soins (DS), services de santé au travail (SST), commissions médicales d'établissement (CME) et comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), voire directions de l'information médicale (DIM) et directions générales (DG).

Pour résumé en quelques mots la méthodologie de cette étude présentée en annexe 1 du présent rapport, la démarche a consisté à construire des monographies à partir du matériel recueilli, composé de 47 entretiens semi-directifs qui ont concerné 52 « acteurs-clés » de la prévention des RPS, et de documents produits et fournis par ces derniers (projet d'établissement, bilan social, plan de prévention des RPS, protocoles, etc.).

Les données recueillies ont permis de dégager trois principaux axes d'analyse.

1/ Les enjeux institutionnels de cette recherche.

2/ Les enjeux et limites des démarches de prévention des RPS et QVT engagées dans les établissements.

3/ Les facteurs de RPS et problématiques de santé mentale au travail identifiés par les interlocuteurs.

Cette partie, structurée en quatre chapitres, en reprend les principaux éléments d'analyse tout en focalisant l'attention sur l'axe 3, décliné dans les trois derniers chapitres.

Le premier chapitre propose une synthèse des principaux résultats issus de l'analyse portant sur les enjeux et limites des démarches de prévention des RPS et QVT engagées dans les EPSM participants. Si le développement de ces démarches répond avant tout au souci de mise en conformité avec les exigences réglementaires, et que leur mise en œuvre se heurte à un ensemble de difficultés qui en limitent la portée. Les RPS restent un sujet éminemment sensible, sources de tensions, de divisions et de rapports de force entre les différents « acteurs-clés », notamment les directions, les services de santé au travail, les partenaires sociaux, les services qualité, témoignant d'une difficile coopération susceptible d'affaiblir l'action en matière de prévention des RPS. Dans le contexte « l'hôpital-entreprise » exposé à des tensions de plus en plus fortes sur les effectifs soignants et médicaux, les EPSM sont pris dans un système de contraintes « paradoxant » réduisant les marges de manœuvre et la possibilité d'agir sur le fond du problème. La qualité de vie au travail paraît alors plus « cosmétique », qu'« organisationnelle », et l'enjeu majeur de la santé au travail qui est de questionner et agir sur la qualité du travail et les conditions de sa réalisation reste entier et un défi majeur à relever.

Le second chapitre se centre sur les facteurs de développement « exogènes » des RPS, en l'occurrence les facteurs organisationnels et structurels liés à l'évolution des conditions de travail dans le contexte de mutations de la psychiatrie publique hospitalière, soit ceux les plus mis en avant par les interlocuteurs. Sont plus particulièrement pointés : l'intensification du travail et de la pression temporelle, le déficit de reconnaissance et de valorisation du travail des soignants, et les conflits de valeurs, nombreux, sources de perte de sens au travail. Ces conflits de valeurs prennent leurs sources

dans différentes dimensions : les réformes du système de santé (« l'hôpital-entreprise » vs la logique de service public) ; les réformes du système de soins en psychiatrie (le « virage ambulatoire », la politique de santé mentale), qui posent la question de « comment faire plus avec moins ? », sans moyens nécessaires à leur développement et à la hauteur de leurs ambitions ; les réformes de soins en psychiatrie stigmatisant et disqualifiant la profession (article 84 sur isolement et contention : « hors-sol » - pénibilité accrue, des droits des usagers au rétablissement : troubles dans la relation de soin) ; le travail empêché par la multiplication de normes et contraintes ; et les tensions dans les rapports sociaux et collectifs de travail.

Le troisième chapitre porte sur les facteurs de développement « exogènes » des RPS, à savoir les pratiques de soins dont l'impact sur la santé mentale au travail des soignants est peu mis en lumière, en grande partie occulté, minimisé ou nié par les interlocuteurs. A l'exception des situations d'agressivité et de violences exercées par les patients et/ou leur entourage à l'encontre des soignants, identifiées comme « le » risque majeur d'exposition aux RPS en psychiatrie publique de secteur, notamment dans les services d'intra, sur lesquelles les interlocuteurs se montrent plus prolixes, les exigences émotionnelles, les affects et ressentis négatifs des soignants à l'épreuve de la relation d'aide et du soin relationnel, restent taboues, objets d'un déni articulé à des stratégies d'adaptation et de défense, individuelle et collective, et la souffrance au travail des psychiatres une « boîte noire ».

L'usage de la contrainte dans les soins auquel est consacré le quatrième chapitre n'échappe pas à ce constat. Appréhender ces pratiques sous l'angle de leurs retentissements sur la santé mentale au travail des soignants ne fait pas partie des questionnements habituels au sein des EPSM, à tous les niveaux ou échelons de la hiérarchie, des directions aux soignants, en passant par les organisations syndicales. Les relances des interlocuteurs sur cette question ont néanmoins permis d'éclairer cette zone d'ombre. Associée aux mesures légales en psychiatrie (soins sans consentement, isolement, contention), la contrainte dans les soins reste en grande partie justifiée par des arguments moraux et intégrée comme faisant partie des modalités et outils possibles, et l'isolement et la contention envisagés comme des mesures de dernier recours dont il paraît impensable de se passer. L'analyse des discours des interlocuteurs montre pourtant qu'une grande partie des situations où il n'y a « plus d'autres choix » sont fabriquées par l'institution. Si leurs vécus peuvent différer selon les rôles professionnels, la conception du métier et des mesures, et la culture d'équipe, elles restent éprouvantes pour beaucoup, génèrent des ressentis négatifs (sentiment d'échec, culpabilisation) et exposent aux RPS. Le conflit éthique et la perte de sens du travail qui peuvent en découler sont d'autant plus grands que les soignants considèrent que le recours à ces mesures aurait pu être évité.

I/ Prévention des RPS et qualité de vie au travail : enjeux et limites

Dans quel contexte les EPSM se sont-ils engagés dans le champ ? Qu'est-ce qui les a poussés à intégrer les RPS et la qualité de vie au travail (QVT) des soignants dans leurs préoccupations ? Comment ces deux démarches sont-elles articulées et déclinées ? Comment les différents acteurs impliqués s'en emparent-ils ? Quels en sont les principaux freins, limites et enjeux ? C'est à cet ensemble de questions que ce chapitre se propose d'apporter des réponses.

Précisons que les motivations et attendus vis-à-vis de cette recherche, exprimés par les acteurs-clés de la prévention des EPSM participants, fournissent de premiers éléments de réponse. Nous nous contenterons de les énoncer dans l'encadré 1 ci-dessous sans développer davantage et renvoyons le lecteur intéressé pour en savoir plus à l'analyse détaillée présentée en annexe 2 de ce rapport ainsi qu'à l'article portant sur les enjeux épistémologiques et institutionnels de cette recherche paru dans la *Revue française des affaires sociales* (Maillard et *al.*, 2022).

<u>Encadré 1</u> : Motivations et attentes vis-à-vis de cette recherche

Trois motivations se dégagent des discours recueillis auprès des acteurs-clés de la prévention des EPSM participants.

Les deux principales prennent tout leur sens rapportés au contexte dans lequel les EPSM ont été conduits à intégrer les RPS et la QVT dans leurs préoccupations et apportent des éclairages sur les difficultés rencontrées dans cette entreprise **:**

1°- Établir ou actualiser un diagnostic et un plan d'action sur les RPS, pour répondre aux exigences réglementaires ;

2°- S'inscrire dans une dynamique de recherche, gage de sérieux, pour donner de plus crédit et de légitimité à cette démarche et produire des résultats difficilement contestables ;

3°- Explorer la problématique du lien entre l'usage de la contrainte dans les soins psychiatriques et les RPS, est révélateur du caractère plus atypique du questionnement, rarement formulé ou pensé en ces termes au sein des EPSM.

Les attentes donnent à voir plusieurs craintes qui éclairent les limites et les enjeux des politiques de prévention des RPS :

1°- Les difficultés à traduire un diagnostic en plan d'action, pointant les limites des données chiffrées issues d'enquêtes statistiques, surtout si les outils n'ont pas été conçus pour agir, et renvoyant au scepticisme des partenaires sociaux et services de santé au travail quant à l'utilisation qu'il serait fait des résultats et quant à la volonté réelle des directions de s'en emparer pour engager des changements ;

2° Favoriser une approche systémique des RPS, et sortir des logiques d'individualisation des RPS qui conduisent à reporter la charge de la responsabilité sur l'individu plutôt que sur l'organisation/l'institution ;

3°- Donner une envergure/une légitimité plus grande à la prévention des RPS, pointant un enjeu de développement et de renforcement ;

4°- Sensibiliser, informer et renforcer le dialogue autour des RPS, soulignant un enjeu de communication, de diffusion et de transparence autour des résultats et, plus globalement, des RPS, au sein de l'institution.

1.1 Des obligations légales aux enjeux d'articulation des deux démarches

Rappelons que dans la fonction publique, l'accord-cadre relatif à la prévention des RPS a été adopté en 2013, puis des négociations engagées en 2014-2015 dans le sillage de l'accord national interprofessionnel (ANI) sur la qualité de vie au travail (QVT) adopté en 2013.

1.1.1 Un souci de mise en conformité à la base de l'engagement dans le champ

Comme le faisaient remarquer les acteurs de prévention des services de santé et qualité de vie au travail, les problématiques regroupées sous le vocable RPS ne sont pas foncièrement nouvelles mais se sont toujours posées. En revanche ce qui a changé, ce sont :

1° La manière de parler, nommer et désigner les problématiques de santé au travail et leurs enjeux qui s'est renouvelée au fil de l'épuisement des modes d'action ou des limites des mesures prises pour tenter de les infléchir. « *Il y a quelques années, on ne parlait pas beaucoup de RPS, encore moins de QVT. On parlait de stress au travail. Et on a changé. Parce que, agir là-dessus, ce n'est pas si simple que ça* » (QVT, 4)[8].

2° Les obligations réglementaires en matière de RPS et QVT qui ont conduit les EPSM à y accorder une attention plus grande. « *C'est une question qui a toujours existé, mais qui est davantage prise en compte, parce qu'on l'a nommée, parce que la loi nous y oblige aussi* » (SST, 6).

Ce constat s'impose. Quels que soient leur place et leur rôle au sein de l'institution, les interlocuteurs interviewés sont unanimes : l'engagement des EPSM dans le champ répond moins à l'identification de problématiques locales spécifiques ou à des événements marquants (par exemple des tentatives de suicide ou suicides de salariés sur le lieu de travail)[9], qu'au souci de mise en conformité avec les contraintes légales les obligeant à engager une démarche de prévention des RPS (un plan d'action, renforcé ensuite par la nécessité d'intégrer les RPS dans le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et une démarche de QVT.

S'il est difficile de dire que l'émergence des préoccupations vis-à-vis des RPS et de la QVT traduit, au départ au moins, une volonté forte de s'emparer de ces questions, celle-ci a pu s'affirmer par la suite, peu ou prou. C'est en tout cas le point de vue défendu par les directions (RH, soins). Chaque EPSM aurait souhaité à sa manière se mobiliser et marquer son engagement en donnant une tonalité, une orientation ou une impulsion particulière dans la manière de porter ces démarches.

2.1.2 Entre imbrication et difficultés à articuler les deux démarches : une zone de flottement

Certains se sont positionnés dès 2013 ou 2014 (2, 3) sur l'axe prévention des RPS, avant de se saisir de la QVT qu'ils ont alors cherché à intégrer à la démarche de prévention de RPS déjà engagée avec le souci d'établir des liens entre les deux démarches ; par exemple en inscrivant le plan de prévention des RPS dans le projet social de l'établissement (2) conçu comme « *la première étape d'une démarche d'amélioration continue de la qualité de vie au travail* » (Rapport d'activité 2017, p. 60). Cependant, demeure parfois un flou dans les relations qu'entretiennent les deux démarches, perçues comme disjointes plus qu'articulées.

---

[8] Les citations entre guillemets sont extraites des entretiens réalisés avec les « acteurs-clés ». Afin de préserver leur anonymat, ne sont mentionnés que les acronymes des services (DRH, QVT, DS, SST, CHSCT, CME) ou, dans le cas des psychiatres interviewés non rattachés à ces services qu'il nous a été proposés de rencontrer, leur qualité de praticien hospitalier (PH), suivis d'un chiffre représentant un établissement. Par exemple : (SST, 3 ; ou PH, 6). A chaque établissement, un chiffre a été attribué, parfois cité entre parenthèse. Par exemple : Un établissement (2).

[9] Notons d'une manière plus générale que ce type d'événements a été très peu rapporté par les interlocuteurs, à de rares exceptions.

« *C'est traité un peu différemment. La QVT s'inscrit plus dans la démarche du projet social d'établissement, alors que les RPS s'inscrivent plus en lien avec le CHSCT (Comité d'hygiène et de sécurité des conditions des travail). Ce n'est pas tellement croisé. La QVT est plus large* » (CHSCT, 2).

D'autres se sont positionnés dans les années qui ont suivies (1) ou plus récemment (4, 5, 6), sur l'axe QVT plutôt investie comme un moyen d'intégrer la prévention des RPS jusqu'alors peu ou pas formalisée. La prévention des RPS est alors décrite comme une thématique non traitée de manière isolée mais omniprésente, par exemple dans la réflexion présidant à la mise en place des projets, car intégrée dans la démarche QVT, elle-même inscrite dans un ensemble de démarches portées par le mode de gouvernance privilégié : « *La réflexion est à 360, et on n'en fait pas juste une thématique à part* » (RH, 1).

Entre imbrication et difficulté à articuler les deux démarches, on peut voir dans ces variations une zone de flottement entourant l'approche de la santé mentale au travail, en partie liée au manque de visibilité et de lisibilité de la politique nationale en matière de santé au travail, impulsée à l'occasion de crises plus que « portée politiquement de façon forte, interministérielle, dans la continuité et la durée », comme l'as mis en évidence un rapport sur la santé au travail appelant à « un système simplifié pour une prévention renforcée » (Lecocq et *al.*, 2018). Mais c'est aussi que ces deux démarches sont vues comme étant porteuses de philosophies différentes.

2.1.3 Des démarches porteuses de philosophies différentes

A la différence de la prévention des RPS, rarement mentionnée dans les projets d'établissement et circonscrite à quelques acteurs-clés et instances comme le CHSCT, la QVT figure dans le projet social/d'établissement et se veut une démarche plus globale et transversale. Cette place plus visible suggère qu'elle jouit d'un statut plus positif et constitue un objet plus valorisé et valorisant que la prévention des RPS focalisée sur la notion de risque et plus connotée négativement, sur laquelle il paraît plus délicat de communiquer dans un contexte où l'attractivité des EPSM constitue un enjeu et un défi à relever.

« *C'est plus positif de penser qualité de vie plutôt que risques psychosociaux même si ça communique par des voies souterraines* » (CME, 2). « *On approche les RPS par l'angle des risques, plutôt négatif. La démarche QVT est une approche plus positive. On l'a abordée de cette façon à l'époque* » (DRH, 3).

Tournée vers la promotion du bien-être/de la santé et l'amélioration des conditions de vie au travail, la QVT permet de se décentrer des risques et atteintes portées à la santé et de leur prévention-réparation (secondaire), pour davantage mettre l'accent sur les ressources, de l'organisation, des collectifs et des individus, et leur promotion pour agir en amont, anticiper les risques pour la santé au travail, et œuvrer en faveur de la prévention (primaire) ou de la préservation ou de la santé des salariés. Ce faisant, elle véhicule un autre regard sur le travail, non plus vu comme une source de souffrance et d'aliénation mais comme une source de réalisation et d'épanouissement du salarié (Lerouge, 2020). Enfin la QVT renvoie aussi à un enjeu plus stratégique, d'amélioration de la qualité des soins – i.e. la performance de l'établissement –, par le développement d'un environnement stable ou durable sur le long terme.

Comment ces deux démarches sont-elles déclinées dans les EPSM ?

Au-delà des singularités, des modes de gouvernance et des temporalités propres à l'histoire des établissements, les actions, outils et méthodes déployés pour soutenir leur développement suivent les standards et orientations donnés dans les accords-cadres et guides d'action : constitution d'instances de pilotage autour des RPS, recueil de données quantitatives (indicateurs indirects, diagnostics sur les RPS ou sur une dimension plus ciblée comme le « *ressenti individuel des agents quant aux conditions*

de travail », « *boussole QVT* », enquêtes menées sur des services ou équipes traversant une situation compliquée, diligentées à l'issue d'un CHSCT extraordinaire), élaboration de plans d'action, création d'instances type « *cellule de veille RPS* » ou de services dédiés à la QVT, instauration d'une gouvernance autour du DUERP, mise en place d'actions communes sur chaque axe (RPS et QVT).

Pour autant, il paraît difficile d'affirmer que ces démarches parviennent à agir en profondeur sur les enjeux de santé au travail. Chacune présente des limites et rencontre des freins qui en réduisent l'impact et l'ambition.

1.2 Une politique de prévention des RPS à la portée limitée

L'ambition d'une politique de prévention des RPS active ou volontariste paraît contrariée par un ensemble de limitations et de difficultés. Si elles ne sont pas spécifiques à la psychiatrie publique, et également observées dans le secteur hospitalier public et privé (Abord de Chatillon et *al.*, 2017), elles n'alimentent pas moins le sentiment d'une impuissance à agir, en amont, sur les organisations de travail.

1.2.1 Une politique entravée par un ensemble de limitations et de difficultés

Cinq limitations au moins peuvent être pointées – nous les synthétisons ici et renvoyons pour une analyse détaillée à l'annexe 3 de ce rapport.

1/ Difficulté d'établir et d'actualiser le diagnostic et le plan de prévention sur les RPS

La première a à voir avec la difficulté que rencontrent les EPSM pour établir, *a fortiori* actualiser, un diagnostic et un plan d'action sur les RPS. Depuis l'accord-cadre relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique adopté en 2013, ces obligations légales s'imposent à eux en tant qu'employeurs, mais sans prévoir les moyens opérationnels (Lerouge, 2020). Si des EPSM s'y efforcent, recourant parfois au « bricolage » (3), et y parviennent avec plus ou moins de succès, leur mise en œuvre reste aléatoire, les résultats obtenus pas toujours à la hauteur des attendus (manque ou la faiblesse des données et indicateurs disponibles, limites des plans de prévention, plus ou moins datés et non actualisés), et la communication sur les données disponibles ou les analyses produites paraît partielle voire partiale, mettant en lumière certaines problématiques au détriment d'autres. Ce manque de transparence de l'institution sur l'état des RPS interroge les partenaires sociaux et SST sur la volonté réelle des directions d'établissements de tenir leurs engagements et d'agir sur les zones de problèmes identifiés pour améliorer les conditions de travail des salariés. « *On a demandé l'ensemble du document, mais il ne nous a jamais été communiqué. On doute de toute la transparence et la légitimité de la Direction. Soit elle a mis ce qui l'intéressait et n'a pas mis l'accent sur d'autres problématiques* » (CHSCT, 3) – ce point est développé dans l'axe 1 présenté en annexe 2 de ce rapport ou dans l'article déjà cité, nous n'y revenons pas.

2/ Un pilotage affaibli par une difficile coopération entre acteurs-clés

Une seconde limitation tient au pilotage de la politique de prévention des RPS, affaiblie par une difficile coopération entre acteurs-clés dont le pouvoir est inégal. Si la DRH est le plus souvent porteuse de la démarche, avec les SST et les représentants du personnel, la coopération entre les uns et les autres autour d'un objectif commun et partagé ne va pas de soi et témoigne d'une dissonance dans l'action, en partie liée au caractère dissymétrique des positions entre des parties qui ne sont pas confrontées aux mêmes enjeux et n'ont pas ou ne défendent pas mêmes intérêts, et entravant la possibilité de faire des RPS un véritable objet de travail, de débats et de dialogue.

L'expertise des médecins et/ou psychologues, en première ligne pour « prendre la température » de la santé au travail, identifier les principaux facteurs de risques pour la santé des agents et saisir les

évolutions de leurs conditions de travail, les place dans une position délicate au sein de l'institution. Les alertes, rapports et préconisations des médecins, peuvent être vus comme une forme d'adversité ou d'opposition contrariante par les directions pas toujours enclines à remettre en question le fonctionnement de l'organisation. Leur difficulté à faire valoir leur expertise et entendre un point de vue critique témoigne d'une discordance de vues traduisant une difficulté à s'accorder sur le diagnostic et sur la manière d'agir sur les RPS. Quant aux psychologues, leur recrutement divise même s'il peut faire suite au plan d'action des RPS et/ou aux préconisations des partenaires sociaux, car si leur rôle a l'avantage de ne pas se limiter pas au colloque singulier, d'inclure des actions collectives en direction des équipes en difficulté, et d'être plus à même que les cabinets extérieurs (parfois sollicités) de faciliter l'articulation et la collaboration entre les acteurs au sein de l'établissement, leur rattachement institutionnel et/ou leur lien de subordination à la DRH interroge leur indépendance et leur impartialité, voire parait suspect et suscite des craintes (remontées d'informations à la DRH ou à l'encadrement, répercussions sur l'évolution de carrières), pouvant dissuader certains d'y recourir. Leur position exige « *une éthique extrêmement rigoureuse* » (SST, 6), « une certaine neutralité et une juste distance » (Cordoba et *al.*, 2018), entre la nécessité de garantir la confidentialité des échanges et, si nécessaire, d'établir des liens institutionnels avec des services pour débloquer une situation.

De leur côté les représentants du personnel les plus à même de faire remonter les problématiques vécues par les agents à la DRH ou au CHSCT peinent à faire valoir et entendre leurs voix, avec une difficulté pour faire reconnaître certaines situations, leurs expertises et préconisations pourtant adossées à l'expérience du métier et à la connaissance du terrain, mais rarement suivies par les directions dont l'inertie, les freins ou la temporalité (jugée trop longue) pour mettre en place leurs préconisations sont déplorés – tout comme le manque de transparence sur les suites données à certaines situations remontées à la DRH sans être passé par les représentants du personnel et/ou les CHSCT. Les tensions sont palpables, certains sujets particulièrement sensibles, comme les accidents du travail ou la gestion des temps et des plannings (7) et les horaires de travail, notamment les 12 h dont l'impact sur la santé des soignants est jugé « *un désastre* » (CHSCT, 2). Les partenaires sociaux se sentent parfois désabusés et impuissants pour surmonter les freins rencontrés vu leurs moyens d'action qu'ils jugent limités, dans une instance consultative où leur rôle se réduit à donner un avis qui, dans les faits, n'a que peu de poids, observent-ils. Et le remplacement des CHSCT par une formation spécialisée du Comité social d'établissement (CSE), accroît la crainte d'une réduction de leurs moyens et de leurs droits pour agir sur la santé au travail[10].

Quant aux services qualité amenés à prendre part à la prévention des RPS, leur rôle dans le champ paraît se situer en périphérie et leurs actions déconnectées du travail réel. Plus portées par l'amélioration des pratiques professionnelles dans le respect des droits des patients que par la qualité du travail et la santé au travail des agents, elles alimentent souvent parmi les soignants le sentiment d'être assailli par un ensemble de normes, procédures et recommandations de bonnes pratiques élaborées au niveau national et validées par les autorités sanitaires, mais dont l'application, jugée difficile (pour une part) et chronophage, s'effectue au détriment du temps passé/du lien relationnel avec les patients pourtant primordial dans la qualité des soins (cf. chapitre 3). S'il existe des liens et des articulations entre qualité des soins, qualité de vie au travail et santé du personnel, faire tenir ensemble ces différentes dimensions, comme le prône la Haute autorité de santé (Harusseau, Lanouzière, 2013), paraît encore mal assuré et un défi à relever dans beaucoup d'établissements. Et le volet gestion des risques dont ils ont la charge de la réalisation paraît assez souvent encore répondre aux exigences réglementaires et être conduite selon une logique verticale, descendante, cloisonnée, à distance du terrain, plutôt qu'inscrite dans une politique transversale, portée collectivement, dans une démarche participative.

[10] Les analyses produites dans le cadre de rapport d'évaluation de France Stratégie (Prouet et Naboulet, 2021), d'études de la DARES (Pignoni, 2022) portant sur les ordonnances Macron du 22 septembre 2017 relatives au dialogue social et aux relations de travail font état d'un bilan mitigé avec un net recul de la prise en compte des questions de santé et de sécurité au travail.

3/ L'absence de culture commune de la prévention des RPS

La coopération entre ces acteurs est d'autant plus difficile et la politique de prévention des RPS affaiblie qu'il n'existe pas une culture commune de la prévention des RPS, partagée par tous. C'est le troisième frein. « *Derrière les risques psychosociaux, on met un peu ce que l'on veut, selon notre sensibilité* » (CHSCT, 2). La nécessité de s'accorder et de s'entendre de manière collégiale autour d'une acception et d'une approche minimale pour favoriser une culture commune ne semble pas faire l'objet d'une démarche systématique, ou pas partout. Les approches, organisationnelles ou psychologisantes, se font au détriment d'une vue plus systémique (interactions entre les salariés et leur environnement de travail). Entre manque d'information et de compréhension, les RPS restent assez souvent un objet flou, mal identifié et difficile à cerner – ce constat conduit d'ailleurs des EPSM à faire de la communication et de l'information sur les RPS un axe du plan d'action des RPS, dont il est difficile de dire ce qu'il en est de sa mise en œuvre et de son impact. La notion, confuse pour beaucoup d'acteurs, l'est davantage encore pour les agents et les cadres qui n'identifient pas bien ce que sont les RPS et les ressources (procédures, circuits…) mises à leur disposition au sein des EPSM. Dès lors, comment les porter à la connaissance des acteurs ou instances concernées ?

4/ Une sous-déclaration/invisibilisation des situations de RPS

Une quatrième difficulté en découle, sans s'y réduire. Il s'agit d'une sous-déclaration/invisibilisation des situations de RPS. Les syndicats, parmi les premiers à être saisis et alertés par le personnel, le reconnaissent. Plusieurs freins sont identifiés.

D'abord, les circuits dédiés (adresse mail) et procédures d'alerte (2, 3, 5, 6) ne sont pas toujours bien connus et identifiés par le personnel en dépit des efforts de communication déployés par les EPSM, et le fonctionnement hiérarchique de l'hôpital, pas toujours favorables à leur saisie ou à la remontée des situations : encore faut-il que les agents s'autorisent à ne pas passer par la voie hiérarchique, ce qui reste incertain, ou à l'inverse osent faire remontrer les problématiques à leur hiérarchie ou déclarer certaines situations (par exemple des événements indésirables), ce qui n'a rien d'évident de crainte d'être pénalisé (par exemple sur le plan de l'avancement de carrière). De plus l'encadrement lui-même peut se montrer rétif à l'idée de faire remonter les situations et freiner le recours aux instances et/ou aux syndicats. Sous pression, tiraillés entre les exigences administratives et celles émanant du terrain les plaçant dans des injonctions paradoxales, les cadres peuvent être tentés de minimiser ou taire des problématiques du terrain et donner à voir une image positive de leur service pour satisfaire aux exigences de l'administration.

Ensuite, des catégories de personnel et/ou services sont peu enclins à se plaindre et/ou à solliciter les représentants du personnel, notamment les personnels des services techniques et administratifs et les encadrants. Les situations de RPS sont aussi peu dicibles par les directions qui n'en sont pas à l'abri et disposent de leurs propres circuits et espaces de soutien. Et dans le cas du personnel médical ou paramédical, l'idéologie du « soignant fort » face à des patients jugés beaucoup plus en souffrance et la normalisation des conditions de travail (charge lourde, stressante) les amenant à prendre sur eux et à tenir, sont susceptibles de se conjuguer et d'agir comme des normes venant freiner l'expression de souffrances vécues et empêcher la discussion autour des enjeux de santé au travail. Plus encore si la notion de RPS reste floue et les situations susceptibles d'en relever sont mal identifiées. A quoi il faut ajouter des formes d' « omerta » dans les services[11] et des phénomènes d'emprise dans les collectifs de travail (Jamoulle, 2018), qui participent à invisibiliser une partie du phénomène. L'intervention d'un tiers portant un regard extérieur sur la situation et susceptible d'alerter est souvent nécessaire,

[11] Cette expression est ici utilisée dans son acception extensive pour désigner le silence des équipes entourant des problématiques qui peuvent se poser dans les services, telles que le harcèlement sexuel, des formes de maltraitance, de mauvaises conditions de travail), taboues et/ou difficile à révéler par crainte de représailles.

mais sa portée paraît limitée si elle est réduite au colloque singulier et n'est pas portée dans les collectifs de travail.

Ainsi, les situations de RPS qui tendent à focaliser l'attention et/ou à remonter dans les instances (comme les CHSCT) sont souvent assez dégradées ou explosives et réduites aux problématiques de management, de conflits relationnels ou interpersonnels, et aux maltraitances et violences dans le travail et dysfonctionnements dans des services, au détriment d'autres plus facilement passées sous silence et rarement discutées. Si les problématiques d'intensité et d'organisation/surcharge de travail notamment liées aux horaires (12 h, RTT, compte épargne temps, etc.), avec les phénomènes d'épuisement et de *burn out* qui peuvent en résulter, ou encore celles relatives à l'insécurité de l'emploi ou de la situation de travail (précarisation des contrats), portées par les organisations syndicales, peuvent être évoquées dans les CHSCT, en revanche ce qui relève des conflits de valeur et de la perte de sens au travail, du manque d'autonomie et de marge de manœuvre (ou à l'inverse sentiment d'être livré à soi-même), de l'activité empêchée, des conflits éthiques sur la conception de la qualité du travail (le travail bien fait), semblent échapper à la discussion et au débat, tout comme les risques qui seraient plus spécifiquement liés aux pratiques de soins en psychiatrie, en grande partie tabous, occultés et passés sous silence. Tout se passe comme si l'objet qui devrait être au centre de l'attention et de la discussion dans ces instances, à savoir les liens entre santé et travail – au sens de travail réel – et les enjeux qu'ils soulèvent, se trouvait éluder.

5/ Des actions de prévention des RPS tournées vers l'amont

Dernière limitation enfin : les actions de prévention déployées en matière de RPS restent plus tournées vers l'amont, sur le versant de la réparation, que vers l'aval, sur le versant de la prévention primaire.

Ainsi les actions ou prises en charge individuelles propres aux espaces d'écoute « psy » et autres formes d'étayage (proposées par exemple par le service social, le comité de maintien dans l'emploi, etc.) n'agissent pas sur les organisations de travail. Elles conduisent d'une part, à faire porter à l'agent l'entière responsabilité de la souffrance ou de la difficulté, d'abord vue comme une modalité d'expression individuelle, associée à une vulnérabilité ou une fragilité, voire une propriété intrinsèque à sa personnalité, ou à sa vie privée, non sans créer ou renforcer des effets d'étiquetage, plutôt qu'imputée aux effets d'une organisation ou des conditions de travail et associée au champ professionnel (Clot, 2017 ; Lhuilier, 2017) ; d'autre part, à se détourner du pouvoir d'agir des collectifs de travail plutôt que de chercher à l'augmenter (Clot, 2017). Et les actions plus collectives, comme les espaces-temps d'échanges et de réflexion sur les pratiques (type analyse ou supervision), n'interviennent qu'en aval, une fois identifiées des situations problématiques, aigües, urgentes ou dégradées, non en amont, pour penser et agir sur les organisations de travail, et elles paraissent en recul, particulièrement dans les établissements de grande taille, et mises à mal par les nouvelles formes d'organisation du travail.

Quant aux actions de formation[12], investies comme un levier majeur pour renforcer les compétences professionnelles, les savoirs théoriques comme les savoir-faire et les savoir être, et prévenir les RPS, trois axes sont privilégiés : le management, pour le personnel encadrant (cadres, cadres de pôles, médecins-chefs de services et administratifs), les connaissances de base en psychiatrie, et la gestion des situations de crise, pour les soignants, notamment les aides-soignants et infirmiers récemment diplômés et/ou nouvellement recrutés et affectés en psychiatrie et dont les défauts de formation sont jugés majeurs – notamment dans des EPSM de grande taille. Ceux-ci sont en partie attribués aux transformations de la formation des infirmiers[13] et au déficit du compagnonnage, jugé capital au cours

[12] Les colloques sont aussi considérés comme des temps participant à la formation du personnel.

[13] Notamment le décret de 1992 qui a mis fin au diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et fusionné les formations d'infirmier en soins généraux et en soins psychiatriques (Leyreloup, 2010). Notons que la formation initiale des infirmiers semble toutefois rester un objet de division, entre les partisans d'un diplôme spécifique au secteur psychiatrique, en

de la socialisation professionnelle pour apprendre les ficelles du métier, mais de moins en moins opérant (avec des variations selon les EPSM), en raison du recul des espaces d'échanges et de réflexion qui jouaient une fonction importante de formation des équipes sur le plan clinique, et de la difficulté d'assurer une transmission intergénérationnelle, notamment dans les services intra-hospitaliers majoritairement dotés de jeunes professionnels peu formés et peu expérimentés en psychiatrie, la plupart des infirmiers aguerris s'étant, au fil du temps, de l'expérience et de l'usure du travail en intra, tournés vers l'extra ou des postes de cadres, ou déjà partis ou sur le point de partir en retraite.

Si ces actions de formation sont proposées selon une politique qui se veut volontaire, active et ambitieuse (plans de formations), leur mise en œuvre se heurte toutefois à un principe de réalité : la tension sur les effectifs en personnel ne permet pas d'en faire bénéficier tous les agents ou de donner satisfaction à tous ceux qui en font la demande, au risque de mettre à mal les organisations et collectifs de travail et en tension les cadres pour les faire tenir. Et leur impact est rarement évalué mais comme le pointe l'un des interlocuteurs : « *Ce n'est pas miraculeux et ça ne peut pas l'être* » (DRH, 4). Cette contrainte conduit des EPSM à ajuster les formats (4) afin de proposer des modules de formation très courts (plusieurs dans l'année au besoin), et/ou à établir des priorisations, par exemple former à la gestion de la violence les professionnels en services fermés où le recours à la contrainte (isolement, contention) est plus important (1), ou réserver le tutorat aux soignants les moins formés et les plus exposés aux situations difficiles (violences des patients), arrêts et accidents de travail, et RPS (épuisement…), comme le personnel de nuit dans les services d'intra.

1.2.2 Une forme d'impuissance à agir en amont, sur les causes, dans l'organisation du travail

La plupart des directions (RH, soins) ont tendance à décrire leur établissement comme étant mobilisé sur le sujet et engagé dans une démarche volontaire. Sans nier que si c'est une volonté, c'est un objectif vers lequel il s'agit de tendre qui reste toujours difficile à atteindre pour au moins deux raisons.

1) Il demeure des difficultés et des écueils, comme établir une cartographie précise des RPS (identification, répartition par services, catégories de personnels, etc.) qui permettrait de prendre la mesure du phénomène, et traduire les diagnostics (quand ils existent) en actions concrètes, ou actualiser et rendre le DUERP opérationnel sous la forme d'un plan d'action sur l'amélioration des conditions de travail, ou encore « *l'absence de stratégie de fond dans un dialogue social constructif* » (DHR, 2) sur certaines questions.

Les accidents de travail liés aux violences des patients sont emblématiques de ces difficultés (dans certains EPSM au moins). Leur distribution selon les unités n'étant pas toujours connue, il est difficile d'envisager des actions de prévention ciblant les unités dont la sinistralité est la plus importante. « *En termes d'accidents du travail liés à la violence, quelles sont les 20 UF* (unités fonctionnelles) *de l'établissement qui ont la sinistralité la plus importante ? Je ne les connais pas. C'est un écueil de la démarche. Et c'est une prise de conscience que nous n'avons pas* » (DRH, 2). Leur imputabilité étant, de l'avis des partenaires sociaux, (trop) souvent mise en doute par la direction, ils sont un objet de désaccords et de tensions majeures. « *Qui dit accident de travail pour des troubles psychologiques, souvent, l'administration ne va pas reconnaître une imputabilité. Elle va envoyer le dossier en commission de réforme qui siège au niveau départemental* » (CHSCT, 2).

Sans compter que les salariés eux-mêmes peuvent avoir tendance à banaliser ou naturaliser certains risques ou contraintes, intégré(e)s comme faisant partie du métier, plutôt que de questionner l'organisation de travail et les enjeux qu'elle pose sur le plan de la prévention, alors occultés, jusqu'à ne pas voir ou minimiser des problématiques qui pourraient relever des RPS, et sous-déclarer des

parallèle du diplôme existant, ceux favorables à un diplôme unique, ou encore ceux défendant un socle commun de base suivi d'une spécialisation (Imiéla, Klopp, 2006).

problématiques de souffrance au travail ou des accidents de travail (Daubas-Letourneux, 2021). Une enquête sur les RPS menée par une organisation syndicale dans un EPSM (3) le mettait en évidence : « *''Est-ce que vous avez eu un arrêt de travail lié à une souffrance au travail, sans avoir déclaré un accident de travail ?''. Un peu plus de 20 % nous avaient dit ''oui''. Est-ce qu'ils signalent ces situations de souffrance au travail à la médecine de prévention ? Ils étaient très peu nombreux à le faire. Les agents font plus un événement indésirable qu'une déclaration d'accident de travail* » (CHSCT, 3).

2) Le caractère multifactoriel, complexe et intriqué des RPS, fait qu'il semble particulièrement difficile de les démêler et d'agir dessus, selon une approche plus systémique des RPS (interactions entre les salariés et leur environnement de travail) permettant de sortir de la logique de silo et de se décaler de la tendance dominante à une individualisation du traitement des RPS conduisant à pointer des responsabilités individuelles ou à faire porter la charge de la responsabilité sur l'individu plutôt que sur l'organisation/l'institution.

Comme nous l'avons vu, agir en amont, dans une perspective anticipatrice, sur les organisations de travail afin de réduire les impacts des transformations, paraît un objectif plus difficile à atteindre, que de rechercher des solutions pour tenter de résoudre les problèmes identifiés – du moins ceux remontant aux instances ou acteurs voués à leur prise en compte et à leur traitement, ce qui représente une petite part des problématiques. Situées en aval, sur le versant curatif, les actions de prévention des RPS témoignent d'une forme d'impuissance à agir sur les causes, dans l'organisation de travail. Une impuissance à agir qui se trouve amplifiée par une difficile coopération entre les différentes parties prenantes et les points de blocages dans le fonctionnement des collectifs de travail chargés de mettre en œuvre la prévention des RPS. Les partenaires, notamment les SST et les représentants du personnel, se montrent, pour une part au moins, assez critiques vis-à-vis de la démarche engagée et dubitatifs quant à la volonté réelle de la direction de mener une politique d'envergure qui permettrait de traiter les problèmes en profondeur, non en surface, et d'agir sur les conditions réelles du travail des agents. Notamment dans les EPSM où les modes de gouvernance sont qualifiés d'autoritaires et verticaux, les politiques menées descendantes, cloisonnées et peu transparentes, et où le dialogue social est tendu et conflictuel, marqué par le manque de confiance, voire la défiance, avec la tendance des uns et des autres à désigner un responsable/coupable ou de mauvaise volonté. Tandis que les exigences des services qualité, éloignés du travail réel, mettent à l'épreuve les subjectivités des soignants.

Si l'on considère avec Y. Clot (2015 ; 2021) que le « travail bien fait » est la principale source de satisfaction et de reconnaissance au travail, et que l'empêchement de réaliser un travail de qualité est l'un des éléments majeurs des problèmes de santé, de souffrance et de perte de sens au travail, la principale limite des orientations données aux politiques de prévention des RPS conduites dans les EPSM est de se détourner de l'enjeu central de la problématique de la santé au travail, qui est de mettre en débat les critères à partir desquels les différentes parties prenantes (des agents d'une même profession et des collectifs de travail jusqu'aux directions en passant par les cadres, les médecins, etc.) conçoivent la « qualité du travail » (ou le travail bien fait). De toute évidence, les espaces de délibération autour des enjeux de santé au travail et du travail réel, concret, ne vont pas de soi et correspondent à une zone d'action peu ou pas couverte. Cela explique sans doute que l'approche QVT paraît parfois plus investie ou être investie plus positivement.

1.3 La démarche QVT plus porteuse ?

L'un des objectifs de la QVT est d'agir le plus en amont possible dans la perspective d'améliorer les conditions de travail et la qualité des soins selon une démarche plus participative, prenant appui sur l'expression et la participation des agents à partir de leur expérience de travail. Pour autant, y parvient-elle ? Favorise-t-elle les espaces de dialogue sur les conditions réelles de travail ? Permet-elle la mise en place de démarches participatives qui ne se réduisent pas à de simples consultations mais favorisent une réelle coopération/coordination entre les différents acteurs, prennent en compte et reconnaissent

l'expertise et l'expérience des premiers concernés, les salariés, les collectifs de travail, et leurs représentants ?

1.3.1 Quatre axes phares articulés à deux enjeux porteurs d'amélioration de QVT

Dans les EPSM, les actions déployées se distribuent autour des quatre principaux axes donnés dans le projet d'action QVT de la Fonction publique cherchant à concilier l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé, à savoir :

1) L'anticipation de l'évolution des organisations et des impacts humains, au travers notamment de la gestion prévisionnelle des métiers, des compétences professionnelles et des carrières, et du management, qui se veut bientraitant, respectueux et à l'écoute des professionnels.

2) Le développement d'actions de formation destinées à soutenir l'encadrement, et plus globalement les salariés.

3) Le développement d'actions cherchant à favoriser l'articulation vie professionnelle et vie personnelle.

4) Le développement de groupe de travail participatifs.

Déclinée autour de ces axes, la QVT est également associée dans les discours des directions (RH, des soins) et/ou les projets d'établissement à deux enjeux jugés plus particulièrement porteurs en matière d'amélioration de la QVT, placés au cœur de la stratégie de gouvernance des EPSM.

Le premier enjeu renvoie à un thème devenu d'actualité : le développement durable, notamment articulé aux deux premiers axes. Ainsi il est dit de la QVT qu'elle est intégrée dans une démarche de développement durable (3) ou un ensemble de démarches de co-responsabilité et de développement durable (1), tournées vers le respect de l'environnement et la responsabilité sociétale, les enjeux sociaux et le développement durable de l'organisation et de ses membres, et la promotion d'un management dit « *durable et responsable* » (synthèse projet d'établissement – PE – 2017-2022, 3). Les modes de management se veulent tournés vers la promotion de l'autonomie, la responsabilisation, la confiance et le partage (3), ou « *moins verticaux, fondés sur le partage du sens et de la décision, l'accompagnement et la détection de l'épuisement professionnel* » (PE, 2019-2023, volet managérial, 5), ou « *soucieux sur les conditions de travail, le périmètre du poste et les horaires de l'agent* » (DS, 1), avec une attention particulière aux organisations de travail qu'implique la mise en place de projets. « *Quand on traite d'un projet, on fait aussi attention aussi aux conséquences de l'organisation qu'on met en place* » (RH, 1).

Le second enjeu renvoie à une thématique qui connaît un regain d'intérêt : la participation des salariés aux décisions qui les concernent (Ruffier, 2021), articulée au 4ème axe et déclinée au travers deux orientations étroitement liées l'une à l'autre. Il s'agit, d'une part, d'instaurer un « dialogue social de qualité » entre les directions et les partenaires sociaux, du niveau institutionnel au niveau des pôles. Cet objectif se traduit notamment par la mise en place de rencontres régulières, mensuelles par exemple, avec chacune des organisations syndicales représentées au sein de l'établissement. Il s'agit, d'autre part, de promouvoir un changement de mode de gouvernance (processus, méthodes et outils de travail). Celui-ci se veut « *partagé* » (PE, 5) dans l'idée de partager les enjeux, contraintes, orientations stratégiques de l'établissement, les informations, et/ou plus collaboratif et participatif, notamment dans l'élaboration du projet social (Bilan social 2019, 2) ou projet d'établissement (PE, 2019-2021, 5) dans le souci de travailler avec les différentes parties prenantes (représentants du corps médical, du personnel et de l'encadrement, les agents eux-mêmes), de concerter et prendre en compte ou en considération leurs points de vue et attentes, et plus largement d'associer et de faire participer les professionnels aux décisions (PE, 5), voire à l'élaboration des décisions et orientations de l'établissement (PE, 1). Promouvoir d'autre voies, plus horizontales et moins centralisées, peut être

vu comme une manière de contrebalancer le modèle hiérarchique traditionnel, concentrant le pouvoir aux mains de quelques-uns, et de redonner du pouvoir aux médecins qui étaient relégués au rôle de consultant/non décisionnaire, et aux soignants qui étaient ni associés ni impliqués dans les décisions afférant à la gestion des services et à la qualité des soins, quasi relégués à un travail d'exécutant, leurs ressources, capacités créatives et inventives étant en grande partie ignorées[14] (Clot, 2015 et 2021).

Cependant, si ces intentions sont affirmées avec force, elles semblent y parvenir avec plus ou moins de bonheur et peinent à convaincre les partenaires sociaux – pour une analyse détaillée des freins, limites et difficultés rencontrées pour chacun de ces axes et enjeux, voir l'annexe 4 de ce rapport.

1.3.2 La QVT permet-elle de questionner la qualité du travail « bien fait » ?

Si l'on ne peut exclure que la QVT ait permis de conduire localement des expériences intéressantes ou novatrices selon des démarches qui se veulent plus participatives, au travers notamment de groupes de travail, son intégration et les orientations qui lui sont données dans les EPSM semblent avant tout répondre aux exigences de certification, non sans donner l'impression d'être devenue une « catégorie RH un peu fourre-tout » (Massin, 2021) pour répondre aux diverses obligations légales[15]. A bien des égards, elle s'apparente plus à une « cosmétique » qu'à une « QVT organisationnelle » se proposant d'agir sur les facteurs organisationnels et de donner du pouvoir d'agir aux salariés (*ibid.*)[16], et paraît moins questionner et agir sur la qualité du travail et les conditions de sa réalisation, qui est pourtant l'enjeu de la santé au travail (Clot et *al.*, 2021).

1/ Limites des politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel et de la gestion prévisionnelle des métiers

L'axe anticipation de l'évolution des organisations et des impacts humains s'inscrit dans une logique d'amélioration des conditions de travail pour les salariés et de performance – qualité des soins – pour l'établissement. Pour faire face au problème de démographie soignante et médicale et de désaffection des métiers du soin en partie liée aux conditions de travail à l'hôpital, difficiles et exigeantes, au déficit de reconnaissance dont souffrent les métiers du *care* (les plus mal rémunérés) et à la dévalorisation/disqualification de la discipline psychiatrique (en miroir de la disqualification dont sont l'objet les usagers des services de psychiatrie), il a vocation à promouvoir des conditions de travail et à créer des organisations de travail suffisamment attractives pour fidéliser le personnel.

La politique d'attractivité et de fidélisation développée par les EPSM paraît toutefois difficile à opérer dans un contexte d'équilibre budgétaire contraignant et de tension sur les effectifs soignant et/ou médical, plus ou moins marquée selon les EPSM, mais tous sont confrontés peu ou prou aux problèmes de recrutement, notamment en intra-hospitalier, à un sous-effectif chronique et/ou une pénurie soignante et/ou médicale plus ou moins forte et, pour certains, un nombre élevé de postes soignants vacants ne trouvant pas preneurs, entre les suppressions de postes et départs non remplacés, les arrêts de travail, l'absentéisme, et les demandes de disponibilités, démissions départs de médecins et soignants.

---

[14] Le contexte de rationalisation de l'action publique (évaluation des politiques publiques et de la performance des hôpitaux) et de réduction des dépenses publiques (amorcée dès les années 1990), a bouleversé la gouvernance de l'hôpital. Avec une organisation générale, recentrée sur une direction générale, et une organisation administrative, calquée sur le modèle de l'entreprise privée, les médecins ont perdu de leur pouvoir, alors que jusque dans les années 1980, les directions médicales disposaient d'une certaine autonomie – relative – pour ce qui est notamment de la gestion des finances des EPSM. Cette perte de pouvoir est, de l'avis de certains interlocuteurs, un des éléments « *qui explique que l'hôpital ne marche pas* » (PH, 6). Dans cette nouvelle partition, les soignants étaient les grands oubliés.

[15] S'y retrouvent les thématiques telles que l'égalité hommes-femmes, la diversité, l'inclusion du handicap, etc.

[16] Ce modèle organisationnel relevant d'une logique de type *bottum-up* (*vs top-down*), promue par la base, en l'occurrence les infirmiers, s'est notamment diffusé dans les « Hôpitaux magnétiques » (Magnet Hospitals) aux Etats-Unis dans un contexte de difficulté croissante de recrutement et de fidélisation du personnel paramédical. Il reste très peu mis en œuvre dans les hôpitaux en France, a contrario des pays anglo-saxons ou scandinaves (Massin, 2021).

Une situation qui s'est dégradée davantage encore, y compris dans des EPSM de taille moyenne qui se disaient jusqu'alors plus préservés, notamment l'un d'eux (3), avec la crise du COVID et l'article 84 réglementant l'usage des mesures d'isolement de contention, qui ont amplifié ces phénomènes de fuites du personnel paramédical et médical observés depuis 5-6 ans et associés aux conditions de travail dégradées et/ou à la pénibilité de l'exercice à l'hôpital imputée, dans le cas des médecins, à la « prescriptophrénie » entourant les soins sous contrainte (i.e. la multiplication des certificats médicaux). Seul un EPSM (5) disait ne pas connaître de problème d'effectif médical en raison de son implantation, dans un territoire marqué par une forte concentration/concurrence entre établissements de santé jouant plutôt en sa faveur ; en revanche le nombre élevé de postes de paramédicaux (notamment infirmiers) vacants restait préoccupant.

Or le recours aux intérimaires et contractuels, souvent privilégié, ne permet visiblement pas de résorber le manque et génère un ensemble de difficultés et de tensions au travail : pour ces personnels parfois affectés dans des services en sous-effectif et/ou sur des postes pour lesquels ils ne sont pas qualifiés ; pour les équipes déstabilisées et désorganisées par la rotation importante des contractuels ; et pour les collectifs de travail, affaiblis par le faible niveau de qualification et d'expérience en psychiatrie de ces personnels (voire leur défaut d'investissement dans la relation soignante), et privés d'une certaine efficacité retentissant sur leurs capacités d'organisation du travail et sur la qualité de soins prodigués aux patients dont le suivi ne peut devrait, idéalement, être assuré par les mêmes soignants.

2/ Limites des actions de formation, de la mobilité et perspectives d'évolution professionnelle – de la gestion des compétences professionnelles et des carrières

Ce contexte de tension sur les effectifs n'est pas sans retentissements sur la politique de formation, les perspectives de mobilité du personnel et de promotion professionnelle, qui en sont affaiblies. Des DRH reconnaissaient aussi les limites de leur politique de mobilité. « *On n'a pas de politique de mobilité installée. C'est un écueil. On éviterait certaines situations d'épuisement professionnel si on structurait mieux cette politique de mobilité* » (DRH, 2). Et les perspectives d'évolution professionnelle sont assez réduites pour certains métiers, comme les infirmiers qui ont peu de choix si ce n'est celui de devenir cadre. Par ailleurs, les orientations promues en matière de promotion professionnelle, liées à l'individualisation du management, ne sont pas toujours bien vécues par le personnel, et ne vont pas sans produire des effets ambivalents : la prime ou promotion au mérite met en concurrence les salariés, génère des tensions dans les collectifs de travail qui en sont affaiblis, « en miette » pour reprendre l'expression de Y. Clot.

3/ Des effets ambivalents des (ré-)organisations de travail sur les RPS

Cet axe anticipation permet certes d'engager des réflexions sur les organisations de travail et de rechercher des dispositifs organisationnels susceptibles d'agir sur la prévention des RPS, mais comme le met aussi en évidence l'étude de la DREES sur la prévention des RPS à l'hôpital (Abord de Chatillon et *al.*, 2017), leurs effets sur les RPS sont contrastés (effets délétères sur la santé des aménagements du temps de travail – par exemple les 12 h), et les institutions disposent de faibles marges de manœuvre.

Le gap entre le planning prévisionnel et réalisé est parfois important, et la planification des équipes un vrai casse-tête pour les cadres qui doivent gérer le manque de personnel lié à l'absentéisme et aux arrêts maladie[17], avec une difficulté pour respecter le cadre de fonctionnement (les effectifs requis en

[17] L'application Hublo utilisée dans certains établissements pour faciliter la gestion des absences, est décrite comme un outil permettant d'alléger cette charge. Le personnel volontaire inscrit sur l'application peut être sollicité pour effectuer des remplacements, des missions, des vacations, payés en heure supplémentaire. Ce système basé sur le volontariat, avec une rémunération des heures supplémentaires (type Hublo), n'est pas mis en place partout et divise les organisations syndicales (7). Certaines y sont favorables et appellent à la mise en place de ce système, a contrario d'autres qui y voient

théorie) et les rythmes de travail (temps de travail et de repos), et la loi, au grand dam des organisations syndicales. Pour ne pas mettre les collègues en difficulté et alourdir leur charge de travail, les agents sont tiraillés, entre la nécessité ou le désir de prendre des congés pour se ressourcer, et le devoir de solidarité envers les collègues dans le souci de ne pas les mettre en danger (susceptible de s'imposer comme une exigence morale normative au sein de la profession), au risque de s'exposer à des phénomènes de fatigabilité, d'épuisement professionnel et de *burn out*.

De même la mutualisation RH parfois privilégiée, consistant à faire jouer l'entraide et la solidarité entre soignants/services pour pallier le manque de personnel (absentéisme ou arrêt maladie), présente des inconvénients. L'affectation de soignants dans d'autres services que le leur pour soutenir les équipes en sous-effectif est source de déstabilisation (perte de repères) pour les agents qui ont parfois le sentiment d'être des pions déplacés au jour le jour, et d'affaiblissement des collectifs de travail dont la stabilité, pourtant jugée nécessaire car gage d'une meilleure qualité des soins, se trouve mise à mal. Sans compter que la méconnaissance des patients nuit à leur accompagnement et à la qualité des soins.

Les dispositifs d'appels à renfort mis en place en intra, plus rarement en extra[18], pour prévenir et réduire les situations de violences exercées par les patients, identifiées comme le risque d'exposition majeur et de vulnérabilité plus élevé pour les professionnels exerçant en psychiatrie, ne sont pas en reste. Si leurs organisations varient selon les EPSM (cf. l'encadré 2 ci-dessous), ils apportent plus ou moins de satisfaction.

<u>Encadré 2</u> : Les dispositifs d'appel à renfort, des organisations variables selon les EPSM

Un des établissements (1) a mis en place une unité mobile d'intervention composée de 6 soignants (aides-soignants et infirmiers) par redéploiement. Ces soignants peuvent, en cas d'alerte dans une unité (l'alerte arrive sur leur poste), quitter leur poste de travail pour se rendre au plus vite sur les lieux et arriver en soutien de leurs collègues – l'organisation de travail le prévoit, les cadres doivent en tenir compte dans la gestion des équipes. Ce dispositif qui joue sur la solidarité entre professionnels soignants paraît très apprécié en interne et apporter satisfaction. Privilégiant une logique de soin (*vs* sécuritaire) puisque mobilisant une équipe de soin (*vs* une équipe sécurité), cette organisation a été pointée par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) comme un « atout ».

Dans un autre établissement (3), un autre choix a été fait. Les organisations retenues font intervenir, sur chaque les deux sites d'hospitalisation (dispersés sur le territoire dans une logique de proximité de la population), des équipes de renfort mobilisant des soignants et des agents de sécurité – également en charge de la sécurité incendie et plus globalement du périmètre de l'établissement. Ces agents de sécurité ont vocation à intervenir en tout dernier recours, en deuxième intention et en deuxième ligne, après les soignants détachés des autres équipes intervenant en première intention. Les arguments mis en avant pour défendre ce choix est, d'une part, que ces équipes sont gérées par la direction des soins, d'autre part, qu'à l'instar des soignants, elles ont reçu des formations à la fois sur les savoirs en psychiatrie afin d'accroître leurs compréhensions et connaissances de la pathologie mentale, et sur la gestion de la violence dont une partie est consacrée aux techniques de désescalade, dans l'idée d'être dans une logique prévention plutôt que curative ou sécuritaire et d'éviter d'arriver au clash. Il est dit de cette équipe que la plupart du temps elle n'a pas besoin d'intervenir et que sa présence produit des effets dissuasifs permettant de prévenir/d'éviter les passages à l'acte. Cette collaboration est jugée opérationnelle et décrite comme étant très appréciée de la part des équipes. Celles-ci déplorent toutefois l'insuffisante ou l'absence de formation de ces agents et leur fort *turn over*.

Un autre établissement (6) déclare ne pas avoir les moyens de mettre en place une équipe de renfort mobilisant des soignants qui serait spécifiquement dédiée, ou un pool de suppléance, faute d'effectifs infirmiers suffisants, et ne pas souhaiter mobiliser des agents de sécurité pour rester dans la logique du soin. L'alternative privilégiée prend la forme d'un dispositif d'alerte du travailleur isolé (DATI).

A noter que les équipes de renfort mobilisent très majoritairement – si ce n'est exclusivement – des personnels masculins. Cette présence masculine est vue par certaines directions des soins (3) comme un moyen de rassurer les équipes majoritairement féminines et de compenser la féminisation du personnel soignant (à 80%) observée depuis plusieurs

une dérive contraignant les salariés à accepter de cumuler des heures de travail au-delà de la durée légale, non sans les exposer à des conditions de travail susceptibles d'impacter leur santé physique et mentale.

[18] Un des établissements (1) qui se décrit comme pilote en la matière a récemment étendu l'organisation existant en intra depuis plus de 10 ans à l'ambulatoire moyennant l'obtention de financements dédiés.

années[19], et de porter des effets préventifs puisqu'elle apparaît aussi plus dissuasive. A l'inverse, d'autres directions des soins (1) souhaiteraient faire valoir l'intérêt d'une présence féminine afin de promouvoir d'autres compétences et manières de faire, jugées complémentaires, mais la proposition se heurte ici aux réticences des soignants et de leurs représentants souvent plus favorables à la mobilisation d'hommes.

La principale limite de ces organisations qui fonctionnent par redéploiement de soignants est de « *déshabiller leurs unités pour aller prêter main forte ailleurs* » (DS, 6), ce qui peut être mal vécu par les soignants ayant le sentiment d'être exposé à une forme d'insécurité, particulièrement la nuit (effectifs réduits). Par ailleurs, leur mise en œuvre reste complexe, plus ou moins effective, et leur portée limitée ou contrastée, notamment dans les EPSM où les espaces de réflexivité sur les pratiques sont en baisse, et/ou ceux les plus confrontés au manque d'effectifs soignants (postes vacants, absentéisme, arrêts maladie…) et recourant à des personnels plus ou moins qualifiés, contractuels pour une part, exposant les équipes à un *turn over* plus grand, fragilisant les collectifs de travail et leur pouvoir d'agir, etc. Or le manque d'expérience et de formation du personnel (postures professionnelles…), le manque de personnel soignant et médical, la moindre disponibilité des soignants (se traduisant par un accroissement des temps d'attente pour les patients…) et la moindre présence médicale, l'instabilité des équipes (*turn over*, recours aux pools et à l'intérim…) affaiblissant les collectifs de travail et la connaissance fine des patients, pourtant essentielle dans l'identification de signes annonciateurs de potentielles situations de crise, et la réduction des espaces de réflexivité sur les pratiques (synthèses cliniques…), sont autant de facteurs susceptibles de favoriser l'émergence de ces situations et le recours à l'isolement et à la contention pour les gérer[20] (cf. chapitre 4).

Ces descriptions donnent à voir une réalité plus complexe qu'elle ne paraît sur le papier, dans les résultats d'enquête et/ou dans les discours de certaines directions. Cette instabilité et cette complexité des organisations sont sources de stress et des facteurs potentiels de RPS, pour les salariés (sous-effectif reportant la charge de travail sur les salariés en poste, etc.), comme pour les managers mis en difficulté pour piloter ou gérer de manière satisfaisante ces organisations. Ces contraintes illustrent la tension permanente dans laquelle se trouve prise l'activité ou la situation de travail, entre les exigences des salariés et celles de l'organisation, dans un contexte de ressources rares, de tension des effectifs soignants et de difficultés de recrutement, impactant les relations professionnelles au travail (avec les collègues, l'encadrement) (Burakova, Leduc, 2014).

4/ Limites des actions cherchant à concilier vie professionnelle et vie privée – tournées vers l'individuel

Par ailleurs associée si ce n'est réduite aux enjeux sociétaux, notamment l'équilibre des temps de vie professionnelle/vie privée, la QVT paraît aussi souvent privilégier des actions sociales (faciliter l'accès au logement, les modes de transports pour le personnel et les modes de garde pour les enfants du personnel) et/ou des actions relevant de l'hygiène/la santé physique et mentale tournées vers le bien-être individuel des salariés etc., plus que des réflexions sur le travail bien fait. Du point de vue des directions (RH, soins) ou CME notamment, ces actions ou aménagements en périphérie ne sont pas dénués d'intérêt : les actions sociales ne sont pas accessoires ou négligeables car elles participent d'un certain confort au travail et contribuent en cela à agir préventivement sur les RPS ; et les actions tournées vers le bien-être sont un moyen de créer du lien et de favoriser le sentiment d'appartenance à l'institution, jugés des éléments « *importants pour se sentir mieux au travail* » (DS, 6), et leur portée se veut aussi symbolique : il s'agit de reconnaître les soignants comme dignes d'intérêt et d'attention.

[19] Cette évolution est décrite comme le résultat de deux phénomènes conjugués : le départ des « anciens » infirmiers partis en retraite ces dernières années, dont beaucoup d'hommes, et l'évolution du profil de la population nationale des infirmiers en formation, majoritairement de femmes.

[20] La diminution de ces situations et des pratiques coercitives est corrélée avec l'expérience et la formation des soignants à la désescalade et au développement de leurs compétences, la mixité et la stabilité des équipes, la connaissance du patient, son entourage, son environnement, les espaces de réflexivité sur les pratiques, et la possibilité de s'appuyer sur une gamme de services diversifiés intégrés dans la cité (centre d'accueil et de crise, équipe de liaison, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, hôpital de jour, etc.) permettant de réduire le recours à l'hospitalisation.

Des partenaires sociaux en pointent toutefois les limites. Certains y voient plutôt des mesures par défaut (un pis-aller, faute de mieux), peu efficaces car n'agissant pas sur le cœur du problème – l'enjeu du rapport entre santé et travail. Ces mesures s'éloignent de l'idée ou d'une perspective de qualité du travail (bien fait) telle que peuvent l'entendre les personnels[21], pourtant cruciale tant l'activité empêchée, le sentiment d'effectuer un travail ni fait ni à faire, sont vecteurs de perte de sens au travail, d'épuisement, de *burn out*, et des facteurs majeurs de la santé mentale au travail (cf. le chapitre 3).

5/ Des groupes de travail répondant aux exigences réglementaires et éloignés des enjeux du travail réel

Les groupes de travail, multiples, dans lesquels la participation du personnel, encadrant notamment, est fortement attendue, présentent de l'intérêt mais aussi des limites. D'abord ils paraissent davantage répondre aux exigences réglementaires et aux enjeux de certification. Ensuite les thématiques abordées sont le plus souvent portées voire imposées par les directions (de la qualité, des soins) que choisies par les professionnels eux-mêmes, plus éloignés ou moins directement centrés sur les conditions et enjeux du travail réel. Enfin ces temps de réunion très chronophages éloignent les cadres du terrain, des équipes et de leurs problèmes, bref des enjeux du travail réel.

6/ Concertation *vs* participation

Au-delà des groupes de travail thématiques, la participation des salariés, au projet d'établissement, ou encore à la certification bien que vécue comme une démarche intense et assez lourde pour tous, est décrite comme un moyen de redonner du sens au travail, et donc d'être très investie par les soignants et de produire un effet positif en termes de dynamique collective. Cependant des limites à la participation sont aussi soulignées. Les jugements émis sont plus sévères dans les EPSM de grande taille, décrits comme plus exposés à la bureaucratisation et au manque de lisibilité et de transparence de la gouvernance, surtout s'ils ont connu des transformations institutionnelles liées à des fusions et/ou regroupements hospitaliers entre établissements à l'échelle d'un territoire, comme le met en évidence un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) (Lalande et al., 2012), et à un dialogue social assez tendu et conflictuel avec certaines organisations syndicales dont les discours centrés sur le manque de moyens (humains, nombre de lits) jugés assez ou très « caricaturaux » par les directions (2, 4), peinent à être pris au sérieux et sont plutôt perçus comme des obstacles entravant les objectifs de changement de l'organisation/l'établissement avec lesquels ils entrent en concurrence et en conflit. Les parties en présence ont des valeurs, des visions, des conceptions du service public et des interprétations différentes de la réalité qu'il paraît difficile de faire coïncider. Les valeurs professionnelles/syndicales s'opposent aux valeurs managériales, les préoccupations de santé/la défense de l'intérêt du service public entrent en conflit avec les logiques de réduction des coûts, d'efficience. Les rapports sociaux paraissent assez antagoniques et teintés de méfiance voire de défiance, les attitudes des uns et des autres vus sous le prisme de la mauvaise foi, même si le conflit et les formes d'opposition assez systématiques ne remettent pas totalement en question la possibilité de dialoguer et de travailler ensemble (4).

Les EPSM de taille moyenne ne sont pas exempts de critiques. Leur taille, parfois qualifiée de plus « *humaine* » que les établissements « *mastodontes* », contribue généralement à favoriser l'interconnaissance et l'identification de qui fait quoi, à faciliter l'interpellation des responsables des services et des directions et/ou à les rendre plus accessibles aux agents. Cependant, l'arrivée de nouvelles formes de gouvernance coïncidant souvent avec des changements de directions dans la première moitié de la décennie 2010, a souvent été vécu comme un tournant marquant une rupture : à la gestion « *paternaliste* » (1) ou patriarcale « *bonne enfant* » (CME, 3), généralement associée à une stabilité plus grande de la direction (*vs* des changements tous les 2 ou 3 ans), à une bonne entente entre les directions (générale, des soins, etc.) et plus globalement entre les différentes parties

[21] C'est-à-dire ne pas se retrouver dans des situations où ils sont empêchés d'effectuer l'activité de soins de qualité qu'ils souhaiteraient mettre en œuvre, en raison des contraintes structurelles pesant sur les institutions/les conditions d'exercice.

prenantes, avec l'instauration d'un dialogue social et des relations de coopération autour d'un objectif commun, s'est substituée une gestion qualifiée de plus rigide, autoritaire et descendante (3), ou plus dans le contrôle et la surveillance que dans la confiance (1), et moins dans la transparence, source de tension et complexifiant la communication, avec une difficulté pour les agents et leurs représentants à faire entendre leur voix et à être pris au sérieux par la direction (1, 3). Quant au dialogue social, il est jugé plutôt satisfaisant par les directions (1,3) « *même si de temps en temps il y a des tensions* (qui nécessitent) *des logiques d'ajustement mutuel* » (DS, 1), ou que la crise COVID a complexifié les relations, et les partenaires sociaux (interviewés) considèrent ne pas avoir « *de trop mauvais rapports avec l'administration* » (CHSCT, 3), même s'ils dépeignent des difficultés pour faire reconnaître auprès de la direction certaines réalités de travail et les changements à entreprendre.

Quelle que soit la taille des établissements, il reste difficile de dire que la participation réponde pleinement aux attentes des agents et de leurs représentants et que ceux-ci parviennent à faire valoir leurs points de vue et analyses, notamment sur leurs conditions réelles de travail, sur ce qui empêche ou entrave l'activité, et à faire reconnaître comme acceptables leurs propositions d'actions et axes d'amélioration. La participation est plus ou moins effective et souvent vécue par les partenaires sociaux comme relevant de la consultation ou de la concertation factice ou « *bidon* » (CME, 5), plus que d'une « *vraie démarche participative, où le point de vue de chacun fait évoluer le projet final* » (CHSCT, 5), puisque la décision reste du ressort de la direction. Si les modes de participation engagés favorisent la prise de parole des salariés et partenaires sociaux et la formulation d'attentes ou de préconisations, réduits à la simple expression, ils alimentent alors bien des déceptions et des désillusions, le sentiment d'être un simple faire-valoir – tout est décidé à l'avance ou après en donnant l'illusion d'avoir participé aux décisions –, voire d'être pris dans un piège susceptible de se retourner contre eux. Sans compter qu'ils contribuent à faire porter sur le personnel une charge accrue, en termes de responsabilité, dans les actions ou projets auxquels il est invité à prendre part, sans pour autant en détenir ou en définir les tenants et les aboutissants, ni avoir la possibilité d'infléchir les orientations définies par d'autres ou de peser sur des décisions qui les concernent.

Comme l'analyse C. Ruffier (2021) : « Une forme de gouvernance partagée dans les instances politico-stratégiques est sans doute une condition nécessaire mais pas suffisante pour le développement de véritables espaces de délibération sur le travail ».

7/ L'absence d'espaces de dialogue autour du travail bien fait

La qualité du travail bien fait est un facteur majeur de santé mentale au travail. Comme le montrent les expériences menées dans le champ de la clinique du travail (Clot et *al.*, 2014, 2021), traiter cette question passe par la mise en place d'espaces dialogiques ou de « coopération conflictuelle » entre les agents et leur hiérarchie permettant de confronter et mettre en débat leurs différents regards sur les critères de qualité du travail bien fait afin de négocier/rechercher des compromis – ce qui ne veut pas dire consensus, en l'espèce illusoire. C'est à cette condition que peuvent émerger des actions que nul n'avait imaginé au point de départ, et qui témoignent de la richesse de la démarche et surtout de la créativité et de l'inventivité des différents acteurs de l'hôpital, pour peu que le point de vue de chacun ne soit pas nié, mais reconnu comme acceptable, entendable, et discutable[22].

Pour l'heure, ces espaces de discussion et de délibération autour du travail bien fait semblent être le maillon faible. Leur instauration implique de dépasser un certain nombre de freins : tant du côté des hiérarchies, peu ou pas toujours enclines si elles y voient une menace potentielle de leur pouvoir de définir le contenu et l'organisation de travail, que du côté des organisations syndicales, avant tout animées par la défense des intérêts des salariés (conditions de travail, etc.) et mobilisées autour des actions de correction/réparation des problèmes de santé au travail (soigner le travailleur plutôt que le travail). Sans être absente de leurs préoccupations, ne serait-ce que dans le souci de défendre des

[22] Cela suppose d'accepter une pluralité de points de vue et de remettre en question l'idée selon laquelle seul son point de vue est le bon.

soins de qualité pour les patients, la qualité du travail bien fait n'est pas un sujet pour lequel les agents les sollicitent, et reste peu ou pas discutée. Ces résistances de part et d'autre ne sont pas insurmontables et supposent de se doter d'un appareillage spécifique soutenu par une ingénierie – nous renvoyons à ce sujet vers les pistes ouvertes dans le champ de la clinique du travail (Clot et *al.*, 2021).

1.4 Prévention des RPS, développement durable, qualité des soins et QVT : entre discours et réalités

Prévention des RPS, développement durable, qualité des soins, QVT… Ce discours véhicule une image idéale de l'organisation mise à mal par les bouleversements occasionnés par la logique gestionnaire et managériale. En engageant ces démarches pour répondre aux impératifs réglementaires et aux exigences des tutelles, les EPSM se veulent assez exemplaires (Boudet, 2011). Toutefois, entre les ambitions affichées et leurs réalisations, l'écart reste grand, dans un système de contraintes « paradoxant » (de Gaulejac, 2011 ; de Gaulejac et Hanique, 2015). Infléchir la tendance à la hausse des RPS et contraintes liées aux conditions de travail et améliorer la QVT des soignants restent des objectifs difficiles à atteindre.

1.4.1 Une image idéale de l'organisation malmenée par la logique gestionnaire et managériale

Dans un contexte de rationalisation de l'action publique animée par la maîtrise et la réduction des dépenses publiques et le *New management public* importé du privé, impactant fortement les établissements hospitaliers dans leur fonctionnement, et les soignants dans leurs organisations de travail (de Gaulejac, 2011), la promotion de ces notions, floues, ambivalentes et multiples, est ambiguë. Faut-il y voir l'expression d'un nouvel outil gestionnaire de l'idéologie néolibérale qui « s'entoure également d'un discours très structuré sur la nécessité d'un consensus pour sauvegarder les emplois et impose l'image de l'entreprise citoyenne, responsable, bienveillante et soucieuse du bonheur des salariés » (Linhart, 2015, p. 51) ? Ou de la novlangue managériale qui s'est imposée de par le monde (Vandevelde-Rougale, 2017), ce processus linguistique dont l'un des effets est de vider de leurs sens certains mots ou concepts, de paralyser/empêcher (les processus de) la pensée voire bloquer les prises de parole et la créativité, individuelle et collective, et d'atténuer symboliquement les rapports de force entre les différentes parties prenantes ?

Tourné vers l'amélioration de la performance, la qualité et la rentabilité, le *lean management* qui s'est diffusé aux hôpitaux a suscité bien des controverses : « outil certes de rationalisation mais aussi d'amélioration de la qualité du service aux patients pour les uns, il est pour d'autres dénoncé comme un instrument de contrôle et de réduction des coûts entravant la qualité des soins » (Koubemba, 2021). Et « si le *Lean* hospitalier peut, de manière collatérale, apporter des bénéfices en termes de QVT, ce n'est pas sa vocation première et sa contribution générale au bien-être des personnels fait l'objet d'un débat assez vif » (Massin, 2021, p. 123-124). Quant à la politique nationale en matière de santé au travail, elle paraît peu porteuse faute de volonté politique forte (déficit de cohérence et de moyens à la hauteur des enjeux et défis à relever)[23].

Comment réduire les RPS, assurer des soins de qualité et améliorer la QVT avec des contraintes budgétaires fortes et des moyens (humains, de temps) toujours plus réduits dans un contexte de tension croissante des effectifs soignants ? Comment faire mieux avec moins ? Telles sont les questions posées, entre autres, par des organisations syndicales, des SST et des psychiatres hospitaliers (PH). Ces exigences contradictoires sont vécues comme des injonctions paradoxales et une source majeure de stress, de mal-être, de souffrance, d'épuisement et de perte de sens au travail

[23] La QVT des professionnels de santé et du médico-social en témoigne. En dépit de la crise sanitaire qui a révélé les failles et le délabrement de l'hôpital public, la Stratégie nationale de la QVT (SNQVT) promulguée par le ministère de la Santé en 2016 ne s'est pas accompagné des moyens nécessaires à sa mise en œuvre. Elle a conduit les trois experts de l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social (ONQVT), Philippe COLOMBAT, Eric GALAM et Matthieu SIBÉ, à la démission en novembre 2021. Voir par exemple l'article d'Hospimédia : https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20211209-qualite-trois-experts-de-l-observatoire-de-la

des soignants. Comme l'analyse de Gaulejac (2011), ce modèle qui se veut rationnel et à la pointe du progrès est porteur d'illusions et d'autant plus difficile à atteindre qu'il est éloigné du travail réel. Les tensions au travail naissent de cet écart entre idéal normatif et travail réel, qui confronte les soignants à des exigences impossibles à concilier, génère des empêchements à réaliser un travail de qualité, « *bien fait* », selon leurs propres critères, alimentant insatisfactions et perte de sens au travail (Clot, 2014 et 2021).

1.4.2 Une exposition croissante aux RPS et contraintes liées aux conditions de travail

Poussée par les obligations réglementaires, l'attention portée à la prévention des RPS et à la QVT au travail dans les EPSM n'a jamais été aussi importante. Pourtant, le sentiment global de beaucoup d'interlocuteurs (partenaires sociaux, SST, directions – RH, soins –, CME) est que la problématique des RPS a pris une acuité plus grande et que la tendance à la hausse des RPS paraît difficile d'inverser en raison des conditions de travail de plus en plus difficiles et/ou dégradées, dans un contexte d'emprise budgétaire et d'effectifs personnels en baisse. « *Alors le stress et le burn-out, ce n'est pas près de s'arrêter hein* » (CHSCT, 6).

Cette description, basée sur les observations, le vécu et le ressenti subjectif des agents, parfois niés, minimisés et difficiles à reconnaître par certaines directions (RH, soins) dont les intérêts et valeurs sont divergents[24], concorde avec les résultats des études de la DREES qui font état d'une exposition croissante aux RPS et contraintes liées aux conditions de travail, nettement plus marquée depuis 2016 dans le secteur hospitalier qu'ailleurs, public particulièrement, et ce pour l'ensemble des salariés même si certaines catégories professionnelles y sont plus exposées que d'autres, tels les agents d'entretien, les aides-soignants et les infirmiers. « Certaines évolutions relatives à ces contraintes et risques psychosociaux étaient favorables entre 2013 et 2016. Ce n'est plus le cas entre 2016 et 2019, avec un retour à de hauts niveaux d'exposition » (Pisarik, 2021, p. 1)[25].

Dans le discours de certains interlocuteurs, cette observation pouvait s'accompagner de la tendance à affirmer que leur établissement n'était pas forcément plus concerné ou plus exposé qu'un autre aux RPS. On peut y voir une manière de souligner que les EPSM sont confrontés à une réalité commune, partagée par tous – même si ce type de discours peut aussi témoigner d'une difficulté à identifier ce qui relèverait d'une réalité plus locale et tend à gommer, minimiser ou nier l'impact potentiel des spécificités (organisationnelles, territoriales, populationnelles, etc.) de l'établissement et/ou des démarches de prévention des RPS et de QVT engagées sur le rapport entre santé et travail.

1.4.3 Un système de contraintes « paradoxant », des marges de manœuvre réduites

Malgré les orientations, intentions et valeurs affichées (bien-être, amélioration des compétences…), les écarts entre les discours et les pratiques restent plus ou moins importants, les objectifs difficiles à atteindre.

Des variations existent entre les EPSM et leur taille paraît constituer une ligne de clivage importante (cf. l'encadré 3 ci-dessous). La « grande taille » (+ ou – 2500 agents) paraît présenter plus d'inconvénients que d'avantages, complexifier la donne et jouer en défaveur de la QVT et de la qualité des soins – un rapport de l'IGAS sur les fusions et regroupements hospitaliers abonde dans ce sens (Lalande et *al.*, 2012). A l'inverse la taille moyenne (+ ou – 1500 agents) paraît constituer un atout, même si des limites sont soulignées et des axes d'amélioration toujours possibles.

---

[24] Au sein d'un EPSM, la situation sur le plan des RPS est diversement appréhendée selon les intérêts et valeurs des acteurs de la prévention des RPS, qui ne sont pas nécessairement convergents.

[25] Un élément venait pondérer ce constat : « L'entraide entre collègues et le sentiment d'utilité (…) plus favorables par comparaison à l'ensemble des salariés » (Pisarik, 2021, p. 1).

Encadré 3 : Variations d'exposition aux RPS selon les EPSM et, en leur sein, les pôles et services

L'état des RPS dressé par les différents interlocuteurs d'un même EPSM laissait toutefois entrevoir des situations contrastées entre les EPSM et en leur sein, selon les pôles/services, tant au niveau des indicateurs indirects RH (absentéisme, arrêts de travail…) qu'au niveau des problématiques identifiées.

Les tableaux dépeints étaient moins sombres dans les EPSM de taille moyenne (1,3), que dans des EPSM de grande taille (5, 6, 7) dans lesquels la situation sur le plan des RPS était décrite comme préoccupante et inquiétante, à l'échelle de certains pôles et/ou service, clairement identifiés comme étant plus particulièrement exposés aux RPS et/ou plus dysfonctionnant, les uns pour des questions de management (5), les autres pour des situations d'agressivité et de violence des patients (6), d'autres encore pour des questions de sous-effectif en personnel impactant les conditions de travail (7)[26]. Ces variations sont à mettre en perspective avec leur singularité propre, leur histoire, leurs caractéristiques (configuration, taille, bâti, spécificités géo-démographiques des territoires d'implantation, profils sociologiques des populations desservies/touchées, etc.), les réformes qui les ont impactés, l'histoire des services...

Dans les EPSM de taille moyenne (1, 3) moins confrontés aux problèmes d'effectifs, les indicateurs indirects (RH) jugés plutôt positifs par comparaison à la moyenne nationale ou à d'autres établissements (tels qu'un taux d'absentéisme peu ou moins élevé, une faible rotation/mobilité du personnel, un nombre peu ou moins élevé de départs), témoigneraient de l'avis des directions (RH, soins) de l'impact des orientations privilégiées (modes de gouvernance et de management, ensemble des dispositifs mis en place sur l'axe RPS et QVT) qui concourraient à « *un bon climat social* » et à contenir ou réduire les RPS en leur sein. D'autres interlocuteurs (partenaires sociaux, CME, SST) se montraient toutefois plus nuancés, jugeant la réalité plus complexe qu'elle n'y paraît de prime abord, si tant est que l'on veut se donner la peine d'approfondir certains points et de creuser certaines questions avec les agents, et/ou ne pas mettre en doute ou nier leur point de vue et expérience subjective, la réalité des conditions de travail restant difficile à traduire au travers d'indicateurs statistiques qui ne peuvent en rendre compte qu'imparfaitement[27]. Et certains d'entre eux avaient tendance à considérer que les services étaient concernés par les RPS de manière cyclique, peu ou prou (CHSCT, 1), et certains connus de réputation pour y être plus exposés (STT, 1). Mais d'autres facteurs jouent (3), comme le fait d'avoir échappé à certaines réformes comme les Groupements hospitaliers de territoires (GHT), et donc été moins impacté par des changements organisationnels, ainsi que le mettait en avant certaines directions (DRH, 3).

Les descriptions données par les interlocuteurs des EPSM (partenaires sociaux, SST) ayant connu des mouvements successifs de restructuration hospitalière (fusions-acquisitions, regroupements d'hôpitaux, GHT)[28] semblaient abonder dans ce sens. Les changements de repères, valeurs, culture, règles, temps de travail dans les pratiques et organisations de travail qui en ont résulté ont impacté tous les services avec, pour certains d'entre eux, une diminution des effectifs. « *On a été impacté de plein fouet par ces changements. Le plus difficile a été la culture. On n'avait pas les mêmes règles, ne serait-ce qu'au niveau du temps de travail. Il a fallu l'harmoniser, ce qui a été très dur* » (DRH, 4). Ils ont été vécus comme de grands chamboulements, notamment par les salariés ayant de l'ancienneté, ayant plus de mal à s'y retrouver (perte de sens), jusqu'à motiver le départ de certains d'entre eux[29]. De l'avis de plusieurs interlocuteurs, le manque d'accompagnement dans ces changements qui se sont imposés aux professionnels[30] (*vs* une démarche plus participative) créé une zone d'incertitude et de flottement participant du malaise et du sentiment des agents, toutes catégories de personnel confondues, d'être isolés dans leurs service, livrés à eux-mêmes (trop d'autonomie, sentiment d'éloignement de la direction), et de devoir se débrouiller seuls, sans disposer d'une vision claire sur les orientations futures et les projets à venir : « *On se débrouille et on se sent très seul. On nous donne plus de travail, mais non pas plus de moyens et on n'est pas du tout accompagné. On attend des solutions pour accompagner ces changements. Je comprends que certains professionnels de soins se sentent mal, parce qu'on vit exactement la même chose. N'importe quel collègue ici, à la DRH, vous dira la même chose* » (DRH, 4). Et le fait de n'être pas suffisamment reconnus dans leur champ de compétences et d'expertise : « *Pour eux, c'est une négation du travail effectué et ils ne voient pas leur place* » (SST, 5). Cette

[26] Il faut toutefois garder à l'esprit que l'enquête réalisée sur une période donnée permet d'avoir une photographie à un temps t de la situation sur le plan des RPS et que celle-ci n'est pas fixée une fois pour toutes mais toujours susceptible d'évolution dans un sens positif (réversibilité) ou négatif (dégradation), selon des temporalités variables (court/moyen terme). Ainsi dans un EPSM de grande taille (5), des pôles ou services décrits comme étant très en difficulté depuis plusieurs mois voire années pour des questions de management, malgré l'engagement de diverses actions de prévention, ont pu connaître au cours de notre enquête une issue plus favorable à la suite d'actions nouvellement engagées.

[27] Ainsi, si les indicateurs recueillis dans les enquêtes sur les RPS conduites en leur sein allaient effectivement dans le sens de conditions de travail plutôt satisfaisantes par rapport à d'autres établissements, la formulation des questions était jugée telle qu'elle ne permettait pas de rendre compte de la complexité des situations et d'appréhender finement certaines problématiques, voire avaient pour effet de les lisser ou de les atténuer, si ce n'est de passer à côté.

[28] Ces restructurations hospitalières sont consécutives à la loi HPST en 2009 réformant l'hôpital et à la mise en place des GHT avec la loi de modernisation du système de santé en 2016.

[29] Des départs jugés par certains salvateurs pour repartir sur des bases nouvelles avec une équipe « neuve », n'ayant pas la connaissance du fonctionnement antérieur de l'organisation, moins opposante.

[30] Ces réformes se sont imposées aux professionnels qui, pour beaucoup, y étaient peu favorables mais n'ont eu d'autres choix que de s'y résoudre. Elles ont suscité de fortes résistances et des mobilisations syndicales.

configuration constitue le terreau favorable au développement des RPS : « *Les RPS que l'on a actuellement à l'hôpital, ce sont des RPS de restructuration où il n'y a aucun accompagnement des agents. Les choses s'aggravent car il n'y a plus beaucoup de personnel donc on demande toujours aux mêmes* » (SST, 5). Le contexte de manque de personnel soignant et/ou encadrant ne fait qu'amplifier le phénomène, les agents restant en poste, sursollicités, étant plus exposés aux phénomènes d'usure et d'épuisement.

Dans d'autres EPSM de grande taille, des organisations syndicales (7) dénonçaient une prise en compte très insuffisante du mal-être professionnel, jugé croissant dans un contexte où « *tous les pôles et services se sentent impactés par le manque d'effectif, la surcharge du travail et le glissement de tâche… pouvant entraîner jusqu'à des démissions au bout de quelques jours* » (extrait du débrief CHSCT et CTE d'une organisation syndicale en date du 22/06/2022).

Par ailleurs, les unités d'intra accueillant des patients en situation de crise aigüe étaient décrites comme présentant un risque d'exposition aux RPS sensiblement plus élevé en raison des conditions de travail perçues comme plus éprouvantes (lourdeur des tâches, agressivité et violence des patients, difficultés à gérer les situations de crise), plus encore la nuit (effectifs réduits), même s'il était considéré que l'extra n'était pas non plus épargné et que les difficultés rencontrées ou dysfonctionnements observés (notamment en termes de management) dans les services d'intra pouvaient aussi parfois se diffuser à tous les services d'un pôle via les agents intervenant en intra et en extra.

Mais indépendamment de la taille des EPSM, de nombreux paradoxes demeurent, difficiles à dépasser : budgets contraints ; fonctionnement bureaucratique voire autoritaire ; manque de transparence et/ou de communication et de feed-back ; difficultés de déployer les plans de formation et d'en faire bénéficier tous les salariés ; formes de pression et d'intensification du rythme de travail liée à l'augmentation de la charge de travail dans un contexte de sous-effectif voire de pénurie médicale et/ou soignante (manque de personnel, absentéisme…), de difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel ; cadres soumis à une forte pression, tiraillés entre les exigences du haut et les conditions de travail des salariés ; travail des soignants empêché, notamment sous le poids de la pression normative ; formes de participation aux décisions opérationnelles plus ou moins effectives, manque d'accompagnement dans les changements...

La fermeture et la baisse constante du nombre de lits d'hospitalisation depuis plusieurs années, la dégradation des conditions de travail, l'augmentation continue de la charge de travail, le manque de moyens humains, l'épuisement des salarié.e.s et la perte de sens au travail, la difficulté voire l'impossibilité de faire valoir leurs droits à la formation, leur temps de repos et de congé, font partie des principales problématiques régulièrement dénoncées par les organisations syndicales.

Le système de contraintes, « paradoxant » (de Gaulejac, 2011 ; de Gaulejac et Hanique, 2015), dans lequel chacun se trouve pris, est tel que les marges de manœuvre sont réduites, non sans alimenter le sentiment d'une impuissance à agir. « *On est conscients que la direction elle-même a des ordres qui lui sont donnés, des moyens restreints qui lui sont alloués, et qu'elle fait ce qu'elle peut avec. L'ARS dit ''faites avec moins de moyens, débrouillez-vous avec ce que vous avez''. Donc la direction n'a pas le choix, le personnel n'a pas le choix, personne n'a le choix. L'ARS même fait selon le budget qui est voté. On ne sait pas où prendre la solution. Parce qu'en fait, personne n'a les clés de la situation, parce que les clés sont financières et dogmatiques. Le dogme c'est le virage ambulatoire* » (CHSCT, 5). Nommées par les ARS, les directions d'établissements n'ont d'autres choix que de mettre en œuvre les orientations décrites dans leurs lettres de missions, de faire avec les budgets contraints qui leur sont octroyés et d'appliquer la feuille de route définie par les tutelles – les ARS – , elles-mêmes contraintes d'appliquer les directives du ministère de la Santé.

II/ Le poids des facteurs structurels et organisationnels sur la santé mentale au travail des soignants

Au-delà des variations existantes entre les EPSM et, en leur sein, selon les pôles/services, l'analyse des discours recueillis permet de mettre en évidence des éléments communs et transversaux. L'accent est mis sur le poids des facteurs structurels et organisationnels sur la pénibilité et la santé mentale au travail des soignants au travail. Quatre principaux facteurs de risque qui recoupent ceux identifiés dans le rapport Gollac (2011)[31] sont plus particulièrement mis en avant :

1) L'intensification du travail et de la pression temporelle dans un contexte de sous-effectif, ou de pénurie de personnel ;

2) Le manque de reconnaissance au travail malgré les efforts déployés dans ce contexte de travail ;

3) Les conflits de valeurs, profonds et nombreux dans une organisation aussi complexe que l'institution psychiatrique hospitalière ;

4) Et des rapports sociaux dégradés et des collectifs de travail « en miette », depuis le tournant gestionnaire et les nouveaux modes managériaux.

Articulés les uns aux autres selon des modalités complexes et des combinaisons diverses, ils participent au sentiment global d'une dégradation des conditions de travail retentissant sur la santé au travail du personnel et interrogeant de plus en plus les soignants sur le sens de leurs missions[32]. Ils pointent un enjeu majeur : celui de la qualité du travail produit, de plus en plus « empêché », et source majeure une perte de sens du travail (Clot, 1995 et 2008).

2.1 Intensification du travail et de la pression temporelle

Identifiée comme une cause de la dégradation des conditions de travail vécues par les salariés affectant la santé mentale au travail (Gollac, 2005), la notion d'intensité ou d'intensification du travail, sans être clairement définie[33], renvoie aux contraintes pesant sur les rythmes de travail des soignants, très spécifiques dans des organisations aussi complexes que les EPSM (travail de jour, de nuit, le week-end, horaires non réguliers), confrontés à des budgets contraints (diminution des postes) et des tensions en personnel liées aux difficultés de recrutement et d'attractivité des métiers de la santé (médecins, infirmiers, aides-soignants), et de réorganisations (changements d'organisations, de structures…) impliquant des réajustements (recalibrages des horaires, nouveaux plannings) pour gérer le manque d'effectifs tout en faisant face à un accroissement de demandes de soins psychiatriques. Elle renvoie à différentes dimensions.

2.1.1 Les organisations du temps de travail pour gérer le manque/la pénurie de personnel

Les organisations du temps de travail mises en place pour pallier le déficit de personnel sont évidemment centrales. Certaines ont déjà évoquées dans la section précédente. Ce sont, par exemple, les aménagements du temps de travail comme l'adoption de nouveaux plannings de travail qui exigent de faire le même travail en moins de temps augmentent la pression temporelle. Ou encore le passage aux 12 h d'affilée dont plusieurs interlocuteurs (partenaires sociaux, CME) s'accordent pour dire que

[31] Les six facteurs de risques identifiés dans le rapport Gollac sont les suivants : intensité et temps de travail, autonomie et marges de manœuvre, rapports sociaux et reconnaissance au travail, conflits de valeurs, insécurité de la situation de travail, exigences émotionnelles.

[32] Même s'ils ne prennent pas la même acuité et connaissent des déclinaisons variables selon les EPSM, les pôles et les services et/ou sont diversement vécus par les soignants.

[33] Malgré son essor depuis les années 1980 dans le contexte de transformations structurelles des conditions de travail, cette notion n'est pas clairement définie. Le fait qu'elle mobilise une pluralité de points de vue selon les acteurs, les secteurs d'activités et les formes de travail n'y est pas étranger (Gollac, 2005).

ce rythme accroit la pénibilité, la fatigue, les risques d'erreur et d'insécurité, et affecte fortement la santé physique et mentale des soignants au travail : « *On a pas mal de conséquences sur la fatigabilité. C'est une augmentation du nombre d'accidents cardio-vasculaires, une augmentation du nombre d'accidents professionnels, c'est-à-dire d'erreurs au-delà de 8 ou 9 heures de travail, une augmentation des accidents sur le trajet du retour en voiture, une augmentation des conduites addictives chez les infirmiers qui travaillent plus de 9 heures. Il y a des arrêts longs. Quand les gens ne veulent pas arrêter le travail, ça se transforme en demande de dispo ou en démission* » (CHSCT, 2).

Les exigences de flexibilité et de mobilité entre les unités/les services qu'impliquent les remplacements anticipés ou de dernière minute, la veille pour le lendemain, pour combler le manque d'effectifs, au mépris parfois du respect du cadre légal (12h de repos, récupération des heures supplémentaires), y participent aussi. Elles bousculent les rythmes de travail (travail/repos) et contraignent les soignants à effectuer des heures supplémentaires dans les faits, rarement récupérées, par solidarité envers les collègues (les ménager, ne pas alourdir leur charge de travail) et dans le souci de maintenir des soins de qualité pour les patients.

La gestion du manque de ressources humaines (qu'elle soit liée à des suppressions de postes ou à l'absentéisme, aux arrêts maladie, démissions, demandes de mise en disponibilité…) et les agencements mis pour y faire face (nouveaux plannings, remplacements…), sont clairement identifiés comme des facteurs impactant le rythme et plus globalement les conditions de travail et la santé des salariés. Ils contribuent à reporter et accroître la charge de travail déjà lourde sur les professionnels en poste, les obligeant à déployer des efforts (émotionnels, d'attention et de réflexion, d'ingéniosité et de créativité) en grande partie invisibilisés et peu reconnus, voire incorporés, et à prendre des risques pour maintenir tel ou tel aspect de l'activité/du soin (de qualité), susceptibles de se retourner contre eux et d'affecter leur santé au travail. « *Il y a 6-7 ans, il y a eu des nouvelles consignes de l'ARS. Et ils ont commencé à vouloir faire des économies d'échelle, et ça se fait sur le dos du personnel. Quand on supprime des postes, ça augmente forcément la charge de travail des gens qui restent parce que la charge de travail reste la même avec moins de personnes. Et donc l'augmentation de la charge de travail favorise le stress, l'anxiété et l'absentéisme également. Ce qui a été une accélération de l'absentéisme en 2016, c'est la mise en place de nouveaux plannings, en lien avec la suppression de RTT, puisque dans une même journée de travail, on nous a demandé de faire la même chose avec ¼ d'heure de moins dans la journée, et cela a occasionné la suppression de 25 postes équivalent TP* (temps plein) *de soignants sur l'ensemble de l'établissement, et là ça a commencé à se dégrader* » (CHSCT, 2).

2.1.2 Les interruptions de tâches pour gérer l'imprévu/l'urgence

Une autre dimension de l'intensité/intensification du travail renvoie aux interruptions de tâches en cours pour une autre, pour gérer une situation non prévue ou difficilement prévisible qui exige une réponse immédiate, par exemple répondre à la demande/au besoin d'un patient, venir en renfort d'une équipe confrontée à une situation tendue, ou mettre en place une mesure d'isolement ou de contention. Ces situations ont pour effet d'accroître la pression temporelle et sont considérées par plusieurs interlocuteurs (DRH, représentants du personnel et partenaires sociaux, président de CME, PH) comme très pourvoyeuses de RPS.

C'est plus particulièrement le cas des appels à renfort et de la mise en place des mesures d'isolement et de contention qui tendent à s'imposer comme des urgences amenant les services à fonctionner sur un mode comparable à celui des Services d'aide médicale urgente (SAMU) et les soignants à intervenir sur le mode de l'urgence auprès des services/unités d'hospitalisation, notamment ceux dotés d'une (ou plusieurs) chambre(s) d'isolement ou de soins intensifs. « *En psychiatrie, on fait plus SAMU dans les services. On a une discipline d'urgence qui est imposée sur tous les services. En tout cas nous sur notre hôpital, on a des chambres de soins intensifs sur tous les pôles, sur toutes les*

unités, donc on impose en fait les interruptions de tâches. Donc on crée le risque psychosocial » (CME, 2).

Ces différentes situations exigeant une réponse immédiate placent les soignants dans des injonctions contradictoires. Ils sont tiraillés entre les exigences de la tâche en cours (la nécessité de poursuivre la tâche commencée, difficile à suspendre), et celles de devoir agir de manière réactive et d'être happé par d'autres obligations, non sans les exposer à un risque d'erreurs. « *En cas d'interruption de tâches, vous n'êtes pas à l'abri de faire une erreur* » (DRH, 3). Sans compter que les mesures, comme la contention, exposent potentiellement les soignants à un risque pour leur santé physique (coups, blessures, violences…) et/ou mentale (traumas…).

2.1.3 Le poids des réformes du système de santé et de la psychiatrie

Les changements résultant des réformes de l'organisation comme les regroupements hospitaliers, ainsi que les contraintes réglementaires s'imposant aux établissements comme la certification des EPSM et, plus globalement, la multiplication des normes, protocoles et procédures à respecter, participent pour beaucoup au sentiment d'une intensification du travail et de la pression temporelle. Les démarches supplémentaires (réunions, groupes de travail…) et la multiplication des tâches administratives (traçabilité et cotation des actes, certificats médicaux…) qui en résultent viennent s'ajouter à la charge de travail déjà lourde, nécessitent de fournir des efforts supplémentaires et augmentent le sentiment de devoir faire vite et de négliger ce qui fait le « cœur du métier », non sans alimenter une perte de sens au travail (cf. la section sur le travail empêché lié à la bureaucratisation – développée plus loin dans ce rapport).

Dans le cas de la psychiatrie, la sectorisation et la politique de santé mentale pèsent aussi fortement. La sectorisation engagée dès les années 1960 mais légalisée qu'en 1984 ne s'est pas accompagnée des moyens (financiers, humains…) à la hauteur de ses ambitions. La politique de santé mentale amorcée par les pouvoirs publics au début des années 1990 n'a fait qu'accroître le désajustement entre les objectifs assignés et les *moyens* attribués à la psychiatrie. Elle s'est traduite par une extension considérable du mandat de la psychiatrie, invitée à prendre en charge un vaste ensemble de problèmes de santé mentale, anciens (les troubles psychiatriques relevant de la nosographie psychiatrique) et nouveaux (qui vont des troubles de la personnalité, du comportement/de l'ordre public, des usages de toxiques, aux troubles alimentaires et pathologies complexes et résistantes comme la dépression), et à assurer des missions plus diversifiées (d'expertise, par exemple pour les problématiques d'employabilité et de reconnaissance du handicap psychique, ou encore un travail d'accompagnement des proches)[34], sans l'octroi de moyens supplémentaires.

En quelques années, la psychiatrie a ainsi dû faire face à une augmentation progressive du recours aux soins psychiatriques alors que parallèlement les moyens n'ont pas suivi (constants ou en baisse), en termes de lits (forte diminution) et, surtout, d'effectifs soignants et médicaux. Ce désajustement créé une situation difficilement tenable pour les professionnels. « *Ça rajoute beaucoup de pénibilité sur la tête des soignants en psychiatrie, et particulièrement des médecins, qui doivent faire des grands écarts partout, pour pouvoir répondre à toutes ces demandes* » (CME, 2).

Or il n'a fait que s'accroître avec la désaffection/faible attractivité de la discipline/de l'hôpital, « *la crise de la vocation soignante et une désertification des postes d'interne en médecine psychiatrique* » (CME, 2), qui mettent en tension le personnel soignant en poste et génèrent un accroissement de la pénibilité au travail, de la fatigabilité, un sentiment d'insécurité, et des risques d'erreurs. Et la crise psychosociale doublant la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID ne fait qu'amplifier le phénomène : « *La COVID en rajoute, puisque d'un coup, les Français se sont révélés, même réveillés,*

[34] Voir à ce sujet pour la psychiatrie infanto-juvénile, notamment pour les adolescents, I. Maillard (2011 et 2012).

avec une santé mentale. Et donc du coup, forcément, tout le monde tombe sur la psychiatrie » (CME, 2).

2.1.4 Le report de charge lié à l'hospitalo-centrisme et au modèle curatif

L'organisation du système de santé français, hospitalo-centré, avec une offre de soins reposant en grande partie sur l'hôpital public, et privilégiant un modèle de soins curatif qui fait de la prévention le parent pauvre des politiques publiques de santé, est une autre dimension mise en avant par un interlocuteur (CME, 2).

Dans cette organisation, la responsabilité du corps médical et plus particulièrement de la médecine libérale qui continue d'opposer des résistances puissantes à certaines évolutions qui concourraient à apporter des solutions aux problèmes de démographie, de pénurie et de désertification médicale de certains territoires, pour préserver son pré-carré[35], est jugée majeure.

Comme l'analyse M. Steffen, (1987), la médecine libérale s'est constituée « *à la fois avec et contre l'État* » (en italique dans le texte) ; son pouvoir en matière de politiques de santé et son poids sur l'organisation des soins/l'offre de santé/l'accès à la prévention et aux soins, se sont avérés lourds de conséquences puisqu'il a abouti « à une stricte séparation entre le curatif et le préventif, au déséquilibre entre la médecine ambulatoire et l'hôpital, au profit de ce dernier, et à un appauvrissement de la médecine générale, progressivement cantonnée dans un domaine qui ne cessera de se rétrécir » (*ibid.*, p. 28).

C'est ce que souligne cet interlocuteur pour qui en résulte un report de charge sur la psychiatrie publique de secteur qui participe à l'intensité et la pénibilité du travail, en particulier à l'hôpital public qui doit construire l'offre de soins (avec les établissements privés à but non lucratif participant au service public), organiser et assurer les missions de service public (garantir l'égal accès aux soins de tous, être ouvert à toutes les personnes et répondre à toutes les demandes, etc.). « *La résistance majeure des médecins crée de la pénibilité sur le collectif médical, et particulièrement sur les hôpitaux qui ne peuvent refuser aucune demande d'admission. Et qui ne peuvent pas partenarier, globalement, avec le service privé* (lucratif) *pour pouvoir se répartir la tâche* » (CME, 2).

Et de considérer que la pression exercée par le pouvoir médical sur les pouvoirs publics reste forte et lourde de conséquences. D'une part les résistances de la médecine libérale sont un frein à la mise en place d'une dynamique préventive et à la réorganisation des soins selon une redistribution/répartition des tâches avec d'autres catégories professionnelles, anciennes ou nouvelles (par exemple au transfert de charge d'un certain nombre d'actes vers les infirmiers de pratique avancée). D'autre part le libre choix du lieu d'exercice revendiqué par les libéraux contribue à accentuer les inégalités territoriales de santé.

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), spatialement relégués et les plus défavorisés socialement et économiquement, sont les premiers à en pâtir. Ils sont moins pourvus quand ils ne sont pas totalement désertés par les médecins généralistes comme les psychiatres libéraux – ainsi que les psychologues libéraux dont le coût d'une prise en charge psychologique restant à la charge des personnes est difficile ou impossible à supporter pour les familles paupérisées. Comme le met en évidence un chef de pôle (PH, 6) couvrant un secteur géographique labellisé « QPV », sur ces territoires, le réseau de partenaires médicaux sur lequel le secteur de psychiatrie publique pourrait

[35] Rappelons que le corps médical français prend aujourd'hui la forme d'une opposition entre une élite hospitalo-universitaire et les praticiens de ville, chacun défendant des valeurs et des intérêts divergents. La médecine libérale s'est constituée « *à la fois avec et contre l'État* » (Steffen, 1987) et son pouvoir en matière de politiques de santé et sur l'organisation des soins/l'offre de santé/l'accès à la prévention et aux soins, s'est avéré lourd de conséquences puisqu'il a abouti « à une stricte séparation entre le curatif et le préventif, au déséquilibre entre la médecine ambulatoire et l'hôpital, au profit de ce dernier, et à un appauvrissement de la médecine générale, progressivement cantonnée dans un domaine qui ne cessera de se rétrécir » (*ibid.*, p. 28).

s'appuyer tend à s'amenuiser. « *Le secteur ne peut pas être centré sur les grosses problématiques – des psychotiques, des tableaux graves, etc. – et s'appuyer sur tout un réseau par ailleurs qui n'existe plus* » (PH, 6). Tandis que les médecins généralistes qui pourraient jouer un rôle majeur sur le plan de la prévention et de l'accès aux soins psychiatriques (par exemple dans le repérage précoce de problématiques émergeantes), restent insuffisamment formés en psychiatrie, observent plusieurs psychiatres interviewés.« *C'est surtout la mise en œuvre des soins quand une pathologie se déclare qui est problématique, il y a beaucoup trop de retard dans la détection, notamment par les médecins généralistes, souvent très mal formés* » (PH, 2).

2.1.5 Du cumul de contraintes interrogeant le sens et la qualité du travail à la fuite de l'hôpital

Le cumul de ces contraintes participe de la pénibilité du travail à l'hôpital et alimente le sentiment d'une dégradation des conditions de travail, notamment de n'avoir pas assez de temps pour faire correctement son travail, de mal faire son travail (le faire vite) ou de faire un travail « ni fait ni à faire » (*vs* la qualité du travail ou le travail bien fait), ou d'un travail empêché (Clot, 2015 ; Clot et *al.*, 2021), qui peut aller jusqu'à la perte de sens au travail, jusqu'à ne plus se reconnaître dans ce que l'on fait (formes de maltraitance institutionnelle des patients, en miroir des métiers eux-mêmes maltraités par l'organisation), jusqu'à ce que la conscience professionnelle soit mise à mal et devienne un poids insoutenable (intensité de la perte de sens). « *Moi ce que j'entends, extra et intra, c'est une frustration. C'est : ''On traite les symptômes et on ne traite pas les gens, on ne traite pas le besoin et la demande qu'il y a derrière''. C'est dit un peu comme ça* » (SST, 3).

Ces conditions de travail sont décrites comme éprouvantes[36], sources de tensions, de stress, de pénibilité, de fatigue, d'épuisement professionnel et de *burn out*, d'augmentation des risques d'accidents du travail et maladies professionnelles. Elles peuvent aller jusqu'à motiver des demandes de mise en disponibilité, démissions, changements de métiers, lorsque le travail devient insoutenable ou la soutenabilité questionnée sur le long terme[37], mais aussi dissuader des jeunes recrues (aides-soignants, infirmiers) de se maintenir dans la filière, ou rendre difficile, pour les soignants déjà en poste, la projection dans leur métier dans un avenir plus ou moins proche ou jusqu'à la retraite - des enquêtes sur les RPS au sein d'EPSM ont d'ailleurs pu mettre en évidence qu'une part d'entre eux ne se voyaient pas exercer leur métier jusqu'à la retraite.

2.2 Déficit de reconnaissance et de valorisation du travail des soignants de psychiatrie

En dépit des efforts qu'exigent ces contraintes pesant sur les conditions de travail, le sentiment dominant des soignants de psychiatrie est d'être peu reconnus et valorisés. Or ce déficit de reconnaissance et de valorisation n'est pas sans retentissements sur la santé physique et psychique au travail (sentiment de dévalorisation/disqualification, fatigue, usure, perte de sens, TMS, accidents, dépression…).

Mais une reconnaissance qui se joue à quel niveau ? (enquêtrice)
« *Qui pourrait se jouer à tous les niveaux. Une reconnaissance financière certes. Une reconnaissance dans les avancements de grade, certes. Mais aussi une reconnaissance déjà, simplement, du travail effectué* » (CHSCT, 2).

---

[36] Il n'est pas exclu que des salariés puissent s'en accommoder, arriver à faire face, y trouver des sources de satisfaction et éprouver du plaisir au travail. Le vécu des conditions de travail, de l'intensité du travail et de la pression au travail étant aussi une affaire subjective, il peut varier d'un individu à l'autre. Par exemple, le planning en 12 h peut être bien accepté par des salariés, et être vécu comme très pénible par d'autres. De même, les conséquences de mêmes conditions de travail ou d'une même intensité du travail diffèrent selon les salariés.

[37] Plusieurs interlocuteurs (membres de CHSCT, directions, CME, SST) citent dans leur entourage des collègues (infirmiers, médecins) « *écœurés* » par les conditions de travail (pénibilité, fatigabilité, faire plus avec moins), y compris parmi ceux ayant fait le choix de travailler en CMP et qui pensaient faire du « *meilleur travail en extrahospitalier qu'en intra* » (CHSCT, 2), qui ont fait le choix de démissionner pour exercer dans d'autres cadres (libéral, associatif, privé…) voire même changer de métier.

Multidimensionnelle, la reconnaissance concerne autant l'individu que le collectif de travail et le travail lui-même, qu'il s'agisse des résultats produits, des efforts consentis par les salariés et de leurs compétences. Elle se joue à différents niveaux, statutaire, financier, symbolique et est étroitement liée aux conditions de travail, matérielles (état des locaux et du bâti, moyens mis à disposition, contraintes physiques, conditions sanitaires, etc.), organisationnelles (respect du temps/rythme de travail, autonomie et marge de manœuvre) ou relationnelles (avec la hiérarchie, les collègues, les patients).

2.2.1 La reconnaissance financière et statutaire

Sur le versant statutaire et financier, le besoin de reconnaissance s'exprime au travers des revendications, notamment portées par les organisations syndicales appelant à des revalorisations salariales que ce soit pour sortir les agents contractuels de la situation de précarité et d'insécurité d'emploi et égaliser leur niveau de rémunération[38], ou plus globalement, pour réclamer une augmentation des salaires des métiers du « care » les moins considérés, notamment des soignants (infirmiers, aides-soignants), ainsi que des heures supplémentaires, nuits et week-ends. Ces questions traduisent le manque de reconnaissance de la part des autorités publiques, sanitaires et des directions d'hôpitaux. Elles constituent un enjeu de lutte permanent avec l'administration, peu prompte à y apporter des réponses positives. Les efforts consentis dans le cadre du Ségur de la Santé ont certes permis une avancée, toutefois jugée timide et loin d'être satisfaisante car génératrice d'inégalités de traitement entre les catégories de personnel et les secteurs d'activités (santé/médico-social) et très en-deçà des revendications du personnel et de leurs représentants (maigre augmentation des salaires).

La reconnaissance financière peut également passer par une reconnaissance dans les avancements de grade. L'introduction d'outils gestionnaires tel que l'entretien annuel d'évaluation individualisée des performances (atteinte des objectifs individuels *vs* ancienneté) fait toutefois courir le risque d'affaiblir le collectif de travail (les liens de coopération et d'entraide) par la mise en concurrence entre les agents qu'elle génère et fait souffrir, comme le relèvent des organisations syndicales. « *On a des équipes qui travaillaient bien ensemble et ils individualisent le travail et les gens se disent : ''Mais pourquoi lui est passé titulaire – mieux payé – avant moi et pas moi ? Pourquoi lui a eu une meilleure note ?'' Parce qu'ils ont introduit une espèce de notation au mérite depuis 3-4 ans, pas forcément avec une reprise de l'ancienneté, mais des objectifs individuels, et ils ont appliqué cette notation avec beaucoup plus d'opacité dès cette année. C'est quelque chose qui a fait souffrir aussi à France Télécom. Et là ça fait souffrir aussi dans notre hôpital* » (CHSCT, 2).

Les agents qui se sont inscrits dans un parcours de formation et/ou qui font montre d'une plus grande flexibilité par exemple, sont plus susceptibles d'être récompensés, au détriment d'autres qui ne déméritent pas mais dont la qualité du travail effectué n'est pas reconnue à sa juste valeur[39], non sans malmener la santé mentale au travail. « *Il y en a un qui va faire un diplôme universitaire, il va être mieux vu. Il y a déjà des collègues qui se sont vu entendre en entretien annuel : ''Même si moi en tant que cadre, je sais que des rappels à domicile sont interdits par la loi, toi tu réponds moins, t'es moins arrangeant, donc tu comprendras que tu n'as pas 0,2 cette année mais 0,1''. Alors que c'est quelqu'un qui est aussi bon que son collègue en termes de soins* » (CHSCT, 2). C'est une des raisons qui explique que les entretiens individuels/d'évaluation sont décrits comme ne répondant pas toujours aux attentes des salariés. D'après les études de la DREES sur santé mentale, travail et chômage (2019), des « travaux empiriques montrent cependant que les entretiens individuels peuvent être positifs pour la santé mentale des salariés dès lors qu'ils ne s'appuient pas sur des objectifs chiffrés individuels mais sur une discussion qualitative du travail » (SM, travail et chômage, DREES 2019).

[38] Au défaut de reconnaissance de ces personnels, s'ajoute parfois leur faible niveau d'expérience et de qualification, susceptible de les exposer à un risque accru de RPS au travail.

[39] Et d'autant moins que, comme l'explique C. Dejours (2001), l'évaluation porte sur la partie visible du travail, non sur la part invisible du travail (déploiement de l'inventivité et de la créativité) pourtant nécessaire pour réduire l'écart entre travail prescrit et travail réel et réaliser un travail/des soins de qualité.

2.2.2 La reconnaissance du travail effectué, des efforts consentis et des compétences

Au-delà de ces formes de reconnaissance, financière et statutaire, ce qui se joue a à voir avec la reconnaissance et la valorisation par la hiérarchie de l'investissement dans le travail, du travail effectué, des efforts consentis et des risques pris par les soignants, par exemple en cas de sous-effectif, ou du collectif de travail et de son pouvoir d'agir si l'on considère que le ressort du soin est avant tout le fruit d'un travail d'équipe. « *Un exemple : un weekend, il y avait une problématique de personnels, donc des agents qui ont travaillé à 2 à la place de 3. Le lundi, le cadre leur dit : ''Que voulez-vous que j'y fasse ? Vous voulez une médaille ?'' Effectivement, lui, à son niveau, il ne pouvait rien faire. Mais le cadre, c'est la réponse institutionnelle* » (CHSCT, 2). Dans ce cas de figure, la réponse attendue aurait été des remerciements pour la qualité du travail effectué et les efforts réalisés, soit une reconnaissance symbolique. Une autre forme de reconnaissance symbolique passe aussi par la qualité des relations et l'esprit d'équipe qui permettent au salarié de se sentir estimé, respecté et reconnu comme une personne et un membre à part entière de l'équipe. Cela passe par les petits gestes, mots ou attentions au quotidien des collègues de travail, comme les salutations le matin, qui font parfois défaut – conflits dans les rapports sociaux au travail. *''Mais tes collègues, le matin, ils te disent bonjour ?'' ''Ah non, non, ils ne me disent pas bonjour, mais ça, c'est normal''. ''Ben non ! Non ce n'est pas normal qu'entre collègues on ne se dise pas bonjour''* » (CHSCT, 2).

Outre le déficit de reconnaissance de l'investissement, du travail effectué, des efforts ou de l'inventivité déployée, c'est aussi parfois le sentiment d'une sous-utilisation et d'un manque de valorisation et de reconnaissance, par l'institution, des compétences et savoir-faire spécifiques que les soignants ont pu développer au cours de leurs parcours, qui pourraient par exemple être mis au profit de certaines activités de soins. « *On a l'impression qu'il n'y a pas de valorisation, d'utilisation, au sens noble, des compétences acquises, que ce soit par la formation ou l'expérience. Des gens sont volontaires, font des DU ou des formations très intéressantes pour la prise en charge des patients et ce n'est pas reconnu par l'institution. Il n'y a pas cette réflexion pour savoir où telle personne, qui est compétente dans tel domaine, pourrait être la plus efficace et apporter de la valeur ajoutée aux soins* » (CHSCT, 1). Est cité le cas d'un infirmier qui a développé des compétences dans le domaine de la prévention du suicide que l'institution a réintégré à « un poste d'infirmier classique » après sa mise en disponibilité. Découle de ce mode de gestion de d'administration le sentiment d'un immense gâchis.

Le déficit de reconnaissance des compétences et savoirs faire individuels et collectifs est aussi le fait de la hiérarchie soignante (cadres) ou (médicale). Par exemple les médecins dont les manières de faire, d'agir et de décider seuls, sans concertation avec les équipes, ou au mépris de leurs compétences et expertise, heurtent les habitudes de travail des soignants ayant de l'ancienneté (notamment les infirmiers) et révèlent ou renforcent des conflits relationnels et éthiques sur la conception du travail bien fait et du soin de qualité. « *Les équipes soignantes se retrouvent dans une position où elles ne sont plus autant ressources pour les médecins. Ils ne prennent plus forcément autant conseil auprès d'elles, ou squeezent les décisions prises en équipe. Ils décident un peu seuls* » (CHSCT, 1). Comme le met en évidence Philippe Bernoux (2015, p. 182) cité dans Clot et *al.* (2021, p. 36) : « Être empêché de participer aux décisions concernant son propre travail, c'est se voir refuser la reconnaissance de ce travail. C'est une injustice », particulièrement coûteuse sur le plan psychique. Cela revient à nier la qualité du travail des soignants et ce n'est pas sans effet sur le sentiment d'utilité/le sens de son travail, la motivation et l'engagement des salariés dans le travail, comme sur l'esprit d'équipe et sur le collectif de travail (synergie, travail en équipe) dont les liens et, donc, le pouvoir d'agir se trouvent fortement affaiblis, au risque de générer une perte de confiance.

2.2.3 La reconnaissance liée à l'environnement de travail, aux conditions matérielles et sanitaires

Un autre aspect de la reconnaissance au travail a à voir avec l'environnement physique de travail et les conditions matérielles nécessaires à sa réalisation.

La qualité bâtimentaire participe aussi de la qualité de vie et de la reconnaissance au travail. L'état général du bâti et des locaux (les murs…), les aménagements des lieux (décoration, mobilier…), les ambiances (sonore et lumineuse), etc. disent quelque chose de la considération portée aux personnes qui y sont accueillies et à celles qui y travaillent. Un bâti dégradé, vétuste, ancien, insalubre des locaux peu adaptés à l'accueil des populations et à l'activité soignante, sont une forme de violence symbolique et d'atteinte au respect de la dignité humaine. Ils témoignent d'un déficit d'attention et de reconnaissance envers les personnes accueillies comme les personnels. Dans la plupart des EPSM, des projets et des travaux de restauration ont été engagés mais ne peuvent s'opérer au même rythme et s'inscrivent nécessairement dans une temporalité assez longue. L'état du bâti vétuste voire insalubre, notamment sur les sites intra-hospitaliers, est clairement identifié comme un facteur n'incitant pas les professionnels à y venir travailler, voire même de désaffection de l'hôpital (2).

De même le manque de moyens matériels mis à la disposition du personnel, notamment les outils informatiques souvent vétustes, peu adaptés et en nombre insuffisant, participe au sentiment des agents d'être peu pris en compte, oubliés, insuffisamment soutenus pour mener correctement leur travail. « *Les patients ont une salle de sport avec des tapis de course et l'équipe soignante n'a même pas assez d'ordinateurs pour faire correctement son travail, les agents se sentent oubliés* » (CHSCT, 1). Ou du matériel qui n'est pas toujours performant : « *Un fauteuil qui est cassé, un machin qui ne marche pas, un Teams où on ne se connecte pas. Donc ça c'est une forme d'épuisement* » (CME, 6).

Les conditions sanitaires y participent également. L'émergence de la crise sanitaire liée au COVID-19 (première vague) a pointé les failles du système de santé et généré beaucoup d'inquiétudes et de tensions parmi les soignants et les personnels des services très impliqués dans la gestion de la crise tels que la blanchisserie (« *beaucoup plus de blouses à laver, la crainte de toucher des choses souillées par le COVID* »), la logistique (« *beaucoup de fournitures à gérer* »), l'entretien dans les services et la direction des soins (« *où ç'a aussi été très tendu*»). La pénurie de masques alors que les inconnues autour du virus demeuraient nombreuses a été vécue comme une source majeure de tensions et d'anxiété et amplifié la charge émotionnelle au travail. Les changements incessants de protocoles sanitaires qui ont impliqué de repenser, dans l'urgence, les nouvelles organisations de travail pour continuer à assurer au mieux l'accompagnement des patients, non sans susciter des questionnements liés aux changements de pratiques/des métiers (réduction des activités collectives, amplification des mesures et formes d'isolement), ont accru les incertitudes, les tensions au travail, la fatigue et l'épuisement des professionnels. Si la solidarité et l'adaptabilité dont ont fait preuve les équipes ont été soulignés, notamment par des directions, comme les points positifs de cette période, tenir le dispositif sur la durée s'est avéré difficile et éprouvant.

2.2.4 La reconnaissance des usagers envers le personnel

Enfin, la considération portée au personnel par les usagers et leurs familles est aussi un élément crucial et parfois le seul auquel se raccrocher quand les autres formes de reconnaissance font défaut. Mais de ce côté-ci aussi les évolutions ne jouent pas nécessairement en la faveur des soignants. L'affirmation des droits des usagers, l'accès aux « nouvelles technologies de l'information et de la communication » (NTIC), le développement de la littératie en santé mentale, placent usagers et familles dans une position nouvelle susceptible d'être vécue par les soignants comme une dépossession ou une remise en question de leur savoir et un manque de reconnaissance à leur endroit (ce point est développé plus loin dans ce rapport). A quoi viennent s'ajouter les comportements parfois agressifs et violents des usagers et de leurs familles (insultes, menaces, agressions…) à l'encontre des soignants représentant une institution publique dont l'autorité ne fait plus sens pour une partie de la population. Ce sont autant d'atteintes touchant à leur estime, sources de stress et potentiellement d'épuisement professionnel.

2.3 Des conflits de valeurs sources de perte de sens au travail – quand le sens de la mission et la visée du travail interrogent

Dans un contexte de travail aussi contraint et complexe que celui des EPSM, les conflits de valeurs interrogeant les soignants de psychiatrie sur le sens de leur mission et pouvant aboutir à une perte de sens au travail sont nombreux. Ils regroupent et désignent une diversité de problèmes plus ou moins intriqués, dont le cumul impacte la santé physique et mentale au travail (Beque, 2021) :

- Des conflits ou dilemmes éthiques, quant à la conception des soins de qualité par exemple (divergences de points de vue), lorsque les soignants doivent réaliser des tâches (traçabilité…) ou des activités (contention, médication….) que l'institution, l'administration, leur hiérarchie ou leur équipe exigent d'eux mais qu'ils désapprouvent ou qui entrent en conflit avec leurs aspirations individuelles ou leurs convictions personnelles ; ou lorsque les conditions de possibilités/de moyens ne permettent de mettre en œuvre des soins de qualité, selon la conception qu'ils en ont (qualité du travail ou travail bien fait empêché) ;

- Un travail jugé de faible utilité, ou dont l'utilité interroge lorsqu'il s'effectue au détriment de leur cœur de métier et/ou de soins de qualité ; la pression normative avec la multiplication des tâches administratives (traçabilité et cotation des actes) qu'exige la qualité des soins imposant des normes et des procédures toujours plus nombreuses à respecter sans moyens supplémentaires pour les réaliser, et introduisant des changements de valeurs et de manières de faire, est exemplaire de cette situation : elles alimentent le sentiment d'une diminution du pouvoir d'agir et d'une dévalorisation professionnelle ;

- Un travail de qualité empêché, notamment par la multiplication de ces normes et procédures, et plus globalement par le manque de personnel ou de pénurie soignante et médicale ou l'inadéquation des moyens (humains, matériels, le nombre de lits…). « *Ça se reporte forcément sur la charge de travail pour les soignants qui sont en poste et puis surtout ça empêche de faire certaines choses qui étaient programmées. Par exemple un accompagnement de patient dans la préparation d'une sortie, pour évaluer comment son domicile est en état, etc. Si on ne peut pas faire ça, ça décale d'autant une sortie. Alors que par ailleurs mon service a un taux d'occupation qui est autour de 100% en permanence* » (PH, 6). Ou encore par les injonctions contradictoires, comme les interruptions de tâches…

- Des atteintes à l'image de la profession ou formes de dévalorisation professionnelle, comme l'article 84 relatif à l'isolement et à la contention en psychiatrie dont la publicisation faite autour a été vécue par beaucoup de psychiatres et/ou soignants comme une « *sur-stigmatisation* » de la profession, réduite à une seule de ses pratiques pourtant perçues comme ne faisant pas partie du lot quotidien. « *Faire autant de publicité là-dessus, c'est une sur-stigmatisation de la psychiatrie. Maintenant quand on parle de psychiatrie, le mot d'après c'est isolement, il existe autre chose en psychiatrie que l'isolement* » (CME, 6). « *Ce n'est quand même pas ce qu'on fait quotidiennement et 24h sur 24. Ça reste quand même… marginal* » (DS, 6).

Malgré tout, en dépit du manque de moyens (humains, de temps, matériels, organisationnels…) dénoncé pour réaliser un travail/des soins de qualité, plusieurs interlocuteurs (représentants du personnel et/ou organisations syndicales, CME, psychiatres, directions des soins) disent parvenir à assurer des prestations qui, si elles ne sont pas pleinement à la hauteur de leurs exigences ou de ce qu'ils souhaiteraient, permettraient néanmoins d'obtenir des résultats positifs dont ils tireraient un minimum de satisfaction voire une certaine fierté expliquant qu'ils ne soient pas totalement abattus : « *Dans le service, on arrive quand même à faire des choses, on a de belles réussites, donc on n'est pas complètement désespérés* » (PH, 6). Sans doute faut-il voir une forme de résistance et de défense collective (Dejours, 2009) permettant de se préserver et de ne pas sombrer totalement face à une

réalité difficilement soutenable – la dégradation de l'offre de soins, de la qualité des soins et de la prise en charge des patients – qu'il convient dès lors de dédramatiser ou de minimiser pour la rendre supportable.

Expression à la fois d'un manque de cohérence entre l'expérience vécue dans le travail et les aspirations individuelles et/ou collectives des soignants, et d'un écart croissant entre leur idéal des services rendus à la population (services publics) et des métiers de soin en psychiatrie et leurs conditions réelles de mise en œuvre, les conflits de valeurs prennent leur source dans différentes composantes :

- Les réformes du système de santé porteuses de valeurs qui entrent en conflit avec la conception du soin qu'en ont les soignants et/ou leurs représentants et les organisations syndicales – écart entre l'hôpital-entreprise mû par des logiques économiques plus que médicales/projets soignants ;

- Les réformes de l'organisation des soins en psychiatrie : la sectorisation sans les moyens nécessaires à son développement, comme la politique de santé mentale élargissant le périmètre d'action de la psychiatrie (les populations et les problèmes à traiter, comme les missions) ;

- Les réformes des soins en santé/en psychiatrie (droits des patients et démocratie sanitaire, réformes relatives aux soins sans consentement et aux mesures d'isolement et de contention), avec de nouvelles exigences mettant en tension les professionnels du secteur, pour certaines vécues comme des contraintes supplémentaires et/ou culpabilisantes ;

- Les injonctions contradictoires, multiples, auxquelles doivent faire face les soignants, qui interrogent la finalité/la visée du travail effectué (l'activité réelle au quotidien) – écart entre l'idéal et la réalité du métier générant des questions professionnelles identitaires de plus en plus massives ;

- Les relations humaines, la coopération et le travail d'équipe – des relations dans le travail tendues ou conflictuelles, avec la hiérarchie en lien avec des modes de management inappropriés et/ou délétères, des conflits interpersonnels ou au sein des équipes, source de tensions, de mal-être et de souffrance au travail et un manque de reconnaissance, parfois de déstabilisation et d'affaiblissement des collectifs de travail jusqu'à des formes de dissonances éthiques dans la conception d'exercer le métier/de prodiguer des soins de qualité…

Pour plus de lisibilité, chacune de ces composantes est développée dans une section dédiée.

2.4 Les réformes du système de santé : « l'hôpital-entreprise » vs la logique de service public

Des organisations syndicales soulignent plus particulièrement cette dimension : le développement des problématiques de RPS et de santé mentale au travail des soignants de psychiatrie liée à l'évolution des conditions de travail est avant toute chose à remettre en perspective avec le contexte de réformes du système public hospitalier dans lequel il s'inscrit. « *Il faut aussi relier nos conditions de travail avec la situation globale, au-delà de la politique de l'établissement, le contexte national* » (CHSCT, 2).

Le modèle de « l'hôpital-entreprise », avec de nouveaux objectifs guidés par le retour à l'équilibre financier et par la réduction/rationalisation des coûts de fonctionnement, une diminution des effectifs mettant en tension les soignants et une diminution du nombre de lits, sans les moyens nécessaires au développement/redéploiement de l'ambulatoire, est plus particulièrement décrié par les soignants, leurs représentants et les organisations syndicales.

Cette logique gestionnaire et de maîtrise des coûts qui s'est imposée au fil des gouvernements successifs s'oppose à la logique du service public hospitalier et va à l'encontre de leur conception des services rendus à la population, des métiers du soin et du prendre soin en psychiatrie. Elle alimente le sentiment que les objectifs premiers de leur travail, la qualité des soins et la prise en charge des patients, sont perdus de vue et devenus secondaires au profit des objectifs de rentabilité, de performance et d'efficience décalés de la réalité du terrain. Elle génère un conflit de valeurs profond, source de désarroi, de désenchantement voire de colère parmi les soignants, dont les organisations syndicales se font l'écho, notamment dans les EPSM de grande taille et/ou ceux qui ont connu des mouvements de restructuration hospitalière guidés par des logiques de réduction des dépenses de santé. « *On leur oppose des raisons économiques et non médicales. Il y a 30 ans, la visée était celle de l'amélioration du soin ce qui permettait d'emmener les équipes avec vous. Il n'y avait pas eu de violences. Ils n'avaient pas été dénigrés. Et maintenant ça passe ou ça casse, et ça casse à 80 %* » (SST, 5).

Cette rationalité comptable produit des effets jugés délétères : elle s'opère au détriment des conditions et de la qualité de vie au travail des agents, et au mépris de la qualité des soins et de la prise en charge des patients. Au bout de la chaîne, les soignants ont le sentiment d'être, avec les patients, les grands perdants, sacrifiés, malmenés et maltraités. Les uns sont confrontés à des conditions de travail vécues comme de plus en plus difficiles du fait de l'intensification des rythmes et de l'augmentation de la charge de travail, dans un contexte où ils doivent faire plus (traiter un ensemble croissant de problèmes) avec des effectifs réduits qui génèrent un ensemble de problèmes de santé au travail (stress, d'anxiété, absentéisme, *burn out*, perte de sens au travail). Et les autres, nonobstant le « *dévouement* » des personnels, se voient réservés des modalités d'accueil, de soins et de prise en charge de plus en plus dégradées et insatisfaisantes pour tous car guidées par une logique de tri :

- En amont pour accéder aux soins, hospitaliers (priorisation des patients faute de lits) et ambulatoires (saturation des CMP s'accompagnant d'un accroissement des délais d'attente et d'une réduction de la palette des soins pour prendre charge un nombre plus important de patients) ; dans un CMP, « *ils ont trié en équipe médicale les patients qui avaient vraiment besoin de soins. Et ceux qui en avaient moins besoin, on leur a enlevé ces soins-là* (des ateliers). *Parce que c'étaient des infirmiers qui les animaient et on leur a dit ''ça nous permet de récupérer 2 journées par semaine, et comme ça tu fais plus de suivis de patients à domicile''. On leur a demandé de faire moins ce genre d'activités pour avoir plus de suivis de personnes qui venaient au CMP ou de suivis au domicile. Donc on a tous acté qu'il y avait une diminution de l'offre de soins en général* » (CHSCT, 2) ;

- Et en aval de l'hospitalisation dont la durée doit être écourtée quitte à envisager une réadmission en urgence si besoin est (logique de la porte tournante), alors que les structures ambulatoires proposant des soins intermédiaires tenant compte du degré d'autonomie des patients pour les accompagner dans un parcours de rétablissement restent insuffisamment développées. « *Au bout du compte, les personnels ça ne va pas, et les patients ça ne va pas non plus* » (CHSCT, 5). Une réalité que la pandémie de COVID-19 n'a pas arrangé[40].

2.5 Les réformes du système de soins en psychiatrie : comment faire plus avec moins ?

La logique de tri des patients dans l'accès aux soins psychiatriques est une réalité à l'œuvre de longue date en psychiatrie publique de secteur. Bien que contraire à la législation française (i.e. la légalisation de la sectorisation) obligeant le secteur à répondre à l'ensemble des besoins de la population à

[40] L'argumentaire développé dans l'Appel Unitaire des professionnel.le.s et usager.ère.s des hôpitaux et des établissements du sanitaire, médico-social et social public, associatif et privé, à une journée nationale de mobilisation le 11 janvier 2022 en rendait bien compte. Cf. https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/186094/appel-unitaire-journee-nationale-de-mobilisation-le-11-janvier-2022-communique/

l'échelle d'un territoire géographique circonscrit, elle semble peu émouvoir les décideurs publics[41]. En revanche, elle génère une grande insatisfaction et des conflits de valeurs parmi les professionnels de psychiatrie pris dans un ensemble de tensions et d'injonctions contradictoires face à une équation difficile à résoudre : comment faire plus, développer une offre de soins diversifiée dans la communauté et assurer des services de qualité avec moins ?

Pour beaucoup (partenaires sociaux, psychiatres, CME), elle met au jour les contradictions dans laquelle se trouve prise la psychiatrie sous l'effet conjugué des réformes touchant l'hôpital en général et la psychiatrie en particulier, notamment la sectorisation et la politique de santé mentale. Pour beaucoup de partenaires sociaux et de psychiatres, la psychiatrie publique de secteur souffre d'un déficit de volonté politique forte assortie des moyens (humains, financiers, matériels…) à la hauteur des enjeux et défis à relever. Certains vont jusqu'à dire que la psychiatrie n'a pas connu vraiment de réformes et souffre plutôt d'un « *abandon* » des pouvoirs publics (PH, 2).

2.5.1 Le « virage ambulatoire » : comment assurer une QVT et une qualité des soins sans moyens nécessaires à son développement ?

Dans ce contexte où la logique comptable prime, les projets de soins futurs peinent à emporter l'adhésion des personnels. C'est plus particulièrement le cas du « virage ambulatoire ». S'il n'est pas nouveau en psychiatrie, puisqu'il a donné lieu à la politique de sectorisation amorcée dans les années 1960 et légalisé en1984, son développement sans moyens supplémentaires permet difficilement de penser qu'il puisse contribuer à la qualité de vie au travail et à la qualité des soins. « *On n'arrive pas à leur faire croire que c'est bon pour eux et pour les patients, en termes de qualité des soins. Parce qu'il faut traiter plus de patients avec moins de lits, avec un turn over de patients plus important, que le patient soit prêt à sortir ou pas, il sort quand même, parce qu'il y en a d'autres qui attendent. Peu importe que vous ayez des moyens intermédiaires avant que les patients puissent retourner sereinement à la vie civile* » (CHSCT, 5).

Non pas que les personnels ou les organisations syndicales y soient opposées – engagé peu ou prou de plus ou moins longue date, avec des variations importantes selon les EPSM et, en leur sein, les secteurs/pôles, les professionnels y sont sensibilisés. En revanche, ses conditions de développement par redéploiement du personnel au gré de la fermeture du nombre de lits[42] et, donc, d'une perte de moyens, suscitent de fortes inquiétudes et résistances, et ont pu constituer un frein au développement d'alternatives dans la communauté. « *Jusqu'à présent, les moyens les plus forts qui étaient alloués à la psychiatrie, c'était auprès des lits d'hospitalisation. Donc dès qu'on menaçait ou proposait de pouvoir fermer les lits, c'était la levée de boucliers, parce qu'en fait, c'était une perte franche et majeure de moyens. Donc ça n'a pas facilité le transfert finalement sur le préventif, l'ambulatoire, parce que on perdait les moyens pour les mettre en œuvre. En tout cas en fermant des lits, on ne recouvrait pas l'ensemble des moyens* » (CME, 2).

Pour les personnels et les partenaires sociaux, le virage ambulatoire impliquerait : 1° De déployer les moyens nécessaires à son développement d'abord, et fermer les lits ensuite, non l'inverse.

[41] Notons que cette logique de tri, décriée dans le contexte de saturation de hôpitaux liée au COVID-19, était niée par les pouvoirs publics.

[42] Relevons cette analyse des auteurs d'un rapport de l'IGAS intitulé *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960* (Lopez et Turan-Pelletier, 2017) : « Si la volonté politique est en psychiatrie de développer les alternatives à l'hospitalisation temps plein et de réduire la part prise par l'hospitalisation, il est difficile de comprendre pourquoi une limite à la création de structures extrahospitalières est fixée au niveau du PRS. Si un objectif de création de telles structures est fixé dans le PRS (plan régional de santé), il devrait représenter un plancher et pas un plafond. En mettant en place un régime des autorisations permettant de contenir le développement des structures alternatives à l'hospitalisation, qui n'exigent pas de conditions techniques de réalisation particulières, la crainte de ne pas maitriser les dépenses l'emporte sur la volonté de mieux répondre aux besoins de la population. Une crainte qui, au demeurant, parait sans grand fondement ». Cela conduit l'IGAS à considérer que « le recours à la seule contention budgétaire, dans le cadre des CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens), permettrait de maitriser les dépenses sans limiter le développement des structures de soins en ambulatoire » (p. 103).

« *Développez d'abord l'ambulatoire, qu'on puisse voir les résultats sur les tensions en lits. Et si effectivement, il y a des lits de vides, dans ces cas-là, qu'on les ferme. Mais qu'on ne fasse pas l'inverse. Les choses sont prises à l'envers* » (CHSCT, 2). 2° D'assurer le maintien d'un seuil de lits incompressible. « *Il y a quand même besoin aussi d'un nombre de lits fixes sur l'hôpital. Il y a peut-être un socle auquel il ne faut pas toucher* » (CHSCT, 2).

La plupart des professionnels du secteur sont convaincus de la nécessité de renforcer l'offre de services en multipliant les structures ouvertes dans la cité pour intervenir en amont, dans la communauté, afin d'éviter l'hospitalisation. « *Quand on intervient de façon intensive, au domicile, sur les situations d'urgence, on peut limiter considérablement les hospitalisations, les soins médicamenteux. Une prise en charge, familiale, globale, individuelle, avec juste ce qu'il faut de traitement, de médicaments, d'hospitalisation éventuellement mais de courte durée, permet de réduire considérablement l'évolution vers des formes chroniques lourdes. Beaucoup de travaux vont dans ce sens. Clairement, si on arrivait avoir un système beaucoup plus centré sur ce type de prise en charge* » (PH, 2). Mais pour un certain nombre d'entre eux, il n'est pas concevable d'aller plus loin dans cette logique de diminution de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie, sous peine de pénaliser davantage les patients. De l'avis d'un psychiatre, l'une des conséquences de la diminution considérable du nombre de lits (divisé de moitié en 50 ans) est la multiplication des psychotiques graves dans la rue ou en prison. « *Il y a eu quand même une diminution considérable du nombre de lits et je trouve que c'est gravissime. On n'a jamais vu autant de psychotiques graves dans la rue. Je trouve ça honteux. On est en train de faire comme aux États-Unis* » (PH, 6). Selon ce point de vue, le risque est grand de voir s'accroître le phénomène « *sous le fallacieux prétexte que l'hôpital, ce n'est pas bon pour les patients* » (PH, 6).

2.5.2 Confusion entre psychiatrie et santé mentale : un effort de clarification et de priorisation nécessaire

La politique de santé mentale s'est traduite, nous l'avons vu, par une extension de la juridiction culturelle et/ou pratique (Abbott, 1988) de la psychiatrie (accroissement des problèmes à traiter et de ses missions), lourde de conséquence (charge de travail et pénibilité accrues face à l'augmentation des demandes difficile à absorber), sans moyens supplémentaires (Biarez, 2002). De l'avis de plusieurs psychiatres, ce renvoi vers la psychiatrie publique de secteur d'un ensemble de problèmes à traiter depuis leur prévention jusqu'à l'inclusion sociale des personnes confrontées à des problématiques psychiques, procède d'une confusion majeure entre la psychiatrie et la santé mentale[43]. Or l'un et l'autre ne se recouvrent pas exactement et « *la psychiatrie de secteur ne devrait pas s'occuper de tout* » (PH, 6).

L'effort de clarification entre ce qui relève de la psychiatrie, en tant que discipline médicale, et de la santé mentale, concept qui concerne tout un chacun et renvoie à un domaine d'action beaucoup plus large impliquant un ensemble d'institutions dont la psychiatrie, reste entier. Cela fait d'ailleurs dire à certains que les établissements hospitaliers de psychiatrie dits « EPSM » portent mal leur nom. « *Nos hôpitaux devraient s'appeler des établissements publics de médecine psychiatrique* » (CME, 2). Mieux délimiter les champs d'action, prioriser les problèmes à traiter en psychiatrie (recentrer la discipline sur les pathologies les plus sévères ou les plus invalidantes – les troubles dépressifs majeurs, bipolaires, psychotiques et autistiques) et envisager une autre répartition des tâches entre les différentes institutions qui ont toute leur place à prendre dans le domaine d'action de la santé mentale, notamment sur le plan de la prévention, mais plus globalement du logement, du travail, de l'insertion sociale, restent des enjeux majeurs. « *On voit bien tout l'intérêt qu'il y a, sur les projets comme ''Un chez soi d'abord'', que la société s'empare de ces questions* » (CME, 2).

[43] Comme l'analyse A. Lovell (2004), la difficulté à circonscrire le domaine de la santé mentale, en partie liée au fait que la psychiatrie y occupe une place importante, bien que ce ne soit pas la seule institution concernée, contribue à entretenir cette confusion.

2.5.3 Quelles perspectives pour la psychiatrie ? Entre ouverture et scepticisme

Les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie organisées en septembre 2021 n'ont visiblement pas suffi à rassurer, voire accru le scepticisme et le désenchantement parmi des psychiatres qui y ont vu une défiance supplémentaire des pouvoirs publics à l'égard de la psychiatrie. Plusieurs points ont interrogé et laissé dubitatifs plus d'un, notamment : l'intitulé même de ces Assises, révélateur de l'ordre des priorités donné par les pouvoirs publics, à la santé mentale, la psychiatrie se voyant reléguée au second rang ; leur organisation, laissant peu de places à l'expression de voix critiques et dissonantes (hormis la pédopsychiatrie) ; le ton ou l'orientation donné.e, accordant une place majeure (voire exclusive) au modèle biomédical ou neurobiologique (de l'approche en psychiatrie aux recherches dans le champ) dont les apports réels, dans la pratique, sont pourtant jugés limités et très en-deçà des promesses annoncées ; les annonces faites, notamment la création de 800 postes de soignants dans les CMP, toutefois difficiles à pourvoir dans un contexte de pénurie soignante et médicale prévisible mais non anticipée par les pouvoirs publics. « *Il n'y a pas de soignants. On ne trouve pas d'infirmières, de psychiatres, 30 % des postes d'interne ne sont pas pourvus en psychiatrie* » (PH, 6).

La logique de financement sur projets, en réponse aux appels d'offres, laisse tout autant perplexe puisque, d'expérience, les moyens octroyés s'avèrent souvent en-deçà des moyens demandés et obligent de redéployer des moyens de temps/humains pour mettre en œuvre le projet et concourir à sa réussite, ce qui a pour effet de fragiliser l'existant, d'affaiblir les équipes qui ont le sentiment qu'on leur en demande toujours plus, et d'abaisser la qualité de prise en charge des patients auxquels il ne peut être accordé le même temps. « *Quand vous faites un appel d'offres, on va systématiquement vous donner la moitié des moyens que vous demandez. Vous allez devoir redéployer du temps pour le mettre dans ce nouveau projet. Donc vous fragilisez l'existant puisque vous diminuez encore plus le temps que vous pouvez consacrer aux patients dans d'autres lieux de soins. C'est hors sol, c'est complètement décalé des réalités* » (PH, 6).

Quant à la réforme du financement de la psychiatrie publique (la tarification à l'activité – T2A – ajustée à la discipline[44]) qui prévoit l'introduction d'une dotation tenant compte des activités, très disparates selon les services, et des caractéristiques géo-populationnelles (démographiques, sociales et économiques des populations prises en charge), très différentes d'un territoire à l'autre[45], elle reste diversement appréciée. Elle est investie comme un levier favorable au changement de pratiques par certains : des DRH y voient « *un outil structurant* » (2), pour ajuster les organisations de travail (moyens, ressources) à la réalité, favoriser une réévaluation des pratiques professionnelles (par exemple repenser l'organisation de l'ambulatoire afin réduire les longs délais d'attente en CMP) et ouvrir le dialogue social d'une manière plus apaisée sur la question de la répartition des moyens ; des psychiatres hospitaliers y voient un moyen de renforcer l'activité en ambulatoire via notamment « *la prime à l'intensité de la prise en charge* » a priori plus favorable à « *la prise en charge des patients les plus lourds, qui ont le plus besoin de prise en charge intensive et à domicile* » (PH, 2), et l'absence de limite de temps pour les prises en charge ambulatoire et en hôpital de jour. D'autres voix (SST, 1) se font toutefois plus critiques, craignant qu'elle fasse encourir à la psychiatrie les mêmes risques de dérives que ceux observés en MCO, notamment l'inflation du nombre d'actes dans un souci de rentabilité, au détriment des activités plus coûteuses ou des patients nécessitant des prises en charge

[44] Cette réforme en gestation depuis 2018 et dont le décret d'application paru en 2021 prévoit sa mise en œuvre au 1er janvier 2022, a peu été abordée par les interlocuteurs interviewés, y compris par les partenaires sociaux. Au moment même où la T2A en MCO est fortement remise en question en raison des effets pervers bien connus qu'elle a engendrés (valorisation des actes les plus rentables et des prises en charge brèves, à l'encontre de soins de qualité pour les patients), et alors même que, malgré les ajustements recherchés à la discipline, son application et ses implications en psychiatrie comportent des zones d'ombre et d'incertitude, l'on peut s'en étonner.

[45] Ce n'était pas le cas jusqu'alors, ce qui explique des inégalités très fortes en termes de moyens selon les territoires et les établissements, se traduisant inévitablement par des inégalités de traitement pour les patients – ce point est notamment développé dans un rapport de l'IGAS (Lopez et Turan-Pelletier, 2017, p. 102).

plus lourdes : *On ne va pas vouloir de toutes les prises en charge lourdes parce qu'on ne pourra pas montrer la rentabilité attendue* » (SST, 1) – entre autres problèmes[46].

2.6 Des réformes des soins en psychiatrie stigmatisant et disqualifiant la profession

Les réformes des soins en psychiatrie engagées ces dernières décennies sont également mises en avant pour expliquer le malaise des soignants. Entre orientation sécuritaire (unités fermées, soins sans consentement) et affirmation croissante des droits des patients/usagers en santé mentale/personnes vivant avec un handicap psychique, pour répondre aux exigences des associations des personnes concernées et de leurs familles dont l'ampleur et l'influence sur les politiques n'ont cessé de croître depuis les années 1990 (Akrich, Rabeharisoa, 2012 ; Rabeharisoa, Moreira, Akrich, 2014), les « *impératifs gouvernementaux et sociétaux* », non dénués d'ambivalences, placent les soignants dans des injonctions paradoxales difficiles à concilier.

Tout ce qui concerne les droits des patients (i.e. la démocratie sanitaire), des usagers en santé mentale et personnes vivant avec un handicap psychique (CIDPH) et les nouvelles contraintes normatives qui en découlent en psychiatrie, non sans renouveler la conception des soins, bousculent les organisations de travail, les pratiques professionnelles et la relation soignant/soigné. Ces réformes qui s'imposent aux professionnels ne font pas toujours sens à leurs yeux – avec des variations selon les contextes locaux, les cultures d'établissement, de pôle ou de service, et les rôles professionnels de soignants. Une part d'entre eux ont le sentiment de les subir et/ou les voient comme des contraintes supplémentaires. Ils les vivent d'autant plus mal qu'ils peuvent se sentir « attaqués », montrés du doigt, remis en question dans leurs pratiques attentatoires aux droits et libertés des patients, et accusés de mal faire leur travail et d'être de mauvais soignants/médecins, jusqu'à alimenter un sentiment fort de culpabilité. « *Tout ce qui a trait au rappel des droits aux patients, les soignants ont vu ça comme une contrainte supplémentaire, une défiance à leur égard, parce qu'ils auraient des actes qui porteraient atteinte à ces droits.* » (DRH, 4). Le décret d'application de la réforme sur l'isolement et la contention en psychiatrie prévue par l'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021[47], est exemplaire de ce malaise. « *Ce qui contribue aussi au malaise, c'est qu'on est pris dans une culpabilité parce qu'il y a la loi sur isolement et contention, le message c'est : ''Vous êtes de mauvais soignants ou de mauvais médecins quand vous prolongez l'isolement ou la contention''* » (CME, 3).

2.6.1 L'encadrement des mesures d'isolement et de contention : des procédures « hors-sol »

Visant à encadrer l'application de ces mesures dans les soins sans consentement en psychiatrie pour garantir le respect des droits des usagers, ce décret a suscité une levée de boucliers parmi les médecins de psychiatrie publique hospitalière, les premiers concernés[48]. L'argumentaire développé par les interlocuteurs interviewés, notamment les psychiatres, recoupe en grande partie celui porté par les syndicats des psychiatres hospitaliers et du secteur public[49].

---

[46] Des pédopsychiatres s'en sont fait l'écho dans le cadre d'un colloque Enfance et psy organisé au printemps 2022. Sous l'appellation tarification liée à la file active en psychiatrie, la tarification n'en reste pas moins liée au nombre d'actes effectués par patient, et fait planer le risque de faire évoluer les pratiques actuelles à l'aune de considérations financières (comptables) plus que médicales/du soin (risque d'inflation du nombre d'actes par patient pour bénéficier de dotations plus importantes), non sans soulever des questions éthiques ; quid des activités relevant du travail partenarial (réunions, liaisons auprès des partenaires), pourtant central en psychiatrie, infanto-juvénile tout particulièrement, mais jusqu'alors très peu valorisées (financièrement) ? Quant à la dotation populationnelle régionale en fonction d'indicateurs (de pauvreté de la population…), alors qu'il existe de fortes disparités entre les départements et en leur sein, elle fait craindre un risque de mise en concurrence et de lutte d'influence entre les établissements de santé sur une région.

[47] Décret n° 2021-537 du 30 avril 2021 relatif à la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement.

[48] Au cœur de l'actualité au moment des entretiens, ce décret a occupé une place importante dans les échanges.

[49] Voir par exemple l'article paru dans le Quotidien du médecin qui donne à voir le positionnement de l'Intersyndicale de la défense de la psychiatrie publique (IDEPP), le Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP) et le Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH) dénonçant l'entrée en vigueur de la loi sans concertation ni accompagnement :

Ce qui est critiqué n'est pas tant le bien-fondé de l'objectif de la loi et la conception des mesures dont elle est porteuse – dans une certaine mesure du moins. La plupart des psychiatres adhèrent à l'idée que l'isolement et la contention doivent être des mesures de « dernier recours » et leur usage limité autant que faire se peut, et consentent à un contrôle renforcé de ces pratiques attentatoires aux droits et libertés des personnes. « *Il est normal qu'il y ait un contrôle réel de tout ça, à partir du moment où on prive des gens de liberté* » (PH, 6). Certains disent d'ailleurs avoir été parmi les premiers à défendre l'idée d'un contrôle judiciaire sur les soins sans consentement. Ils conviennent donc que des évolutions sont nécessaires et qu'il est possible de mieux faire. En revanche, deux points majeurs ont soulevé des critiques : la manière dont ce décret a été pris et la multiplication des procédures contraignantes et jugées inapplicables.

1/ Des mesures imposées par le haut, sans concertation ni accompagnement…

La manière dont ce décret a été pris a été vécue par beaucoup d'entre eux comme un affront, un mépris à l'égard de la profession.

D'une part, le fait que seule la psychiatrie soit visée, non l'ensemble des disciplines recourant à ces mesures, comme les urgences médicales et la gériatrie (les plus citées en exemple), a été perçu comme une défiance supplémentaire, ayant pour effet de jeter l'opprobre sur l'ensemble de la profession et de stigmatiser la psychiatrie de secteur, notamment les psychiatres hospitaliers publics.

D'autre part, il est considéré qu'il a été pris sous la pression de groupes de pression/lobbying (usagers, familles, avocats), sans justification scientifique (absence d'étude sérieuse ou d'évaluation d'impact d'ampleur), ni réflexion avec les professionnels de psychiatrie. C'est un point qui a suscité des crispations : « *Ce n'est pas venu d'une réflexion sur laquelle on est tous d'accord par rapport à ce truc bizarre d'aller isoler les patients qui en gardent effectivement souvent un souvenir souvent traumatique, et amnésique du reste, qui leur pose problème* » (CME, 6). Car la conception défendue par les associations d'usagers et de leurs familles conduit à ne plus voir ces mesures que comme une privation de liberté et à contester leur potentiel thérapeutique pour certains patients. Or ce point de vue est loin d'être partagé et de faire l'unanimité, et mériterait d'être débattu. « *Ce qui a un peu révolté, c'est quelque chose qui se discute, c'est de dire que l'isolement n'est qu'une privation de liberté. Est nié quand même comment ça fait du bien à certains patients d'être isolé, au calme, il y a un temps soignant énorme qui est fait auprès des patients. Donc ça, moi j'avoue que je ne suis pas convaincue par ce paradigme-là* » (CME, 6).

Comme le faisait remarquer l'un des psychiatres interviewés, en l'espèce, tout est affaire non pas de faits scientifiques mais de représentations sociales ou croyances professionnelles, avec aux pôles extrêmes, des conceptions opposées de ces mesures vues par les uns, les usagers et leurs familles, comme des tortures (en référence à la Convention internationale des droits des personnes handicapées – CIDPH), et par les autres, les psychiatres, comme des outils thérapeutiques, quand bien même aucune étude scientifique (ou évaluation) n'a jamais démontré le bénéfice thérapeutique ou l'impact d'un isolement ou d'une contention dans une prise en charge – l'interlocuteur le souligne.

Enfin, il a été imposé par le haut sans concertation avec les professionnels de psychiatrie ou leurs organisations syndicales, ni accompagnement dans le changement. « *On est tous conscients qu'on ne peut plus enfermer, contentionner. Mais le changement s'accompagne* (CHSCT, 1) ». Tout l'enjeu est donc d'accompagner les équipes et les établissements dans le changement. « *Et le faire de manière respectueuse de toutes les parties, y compris du côté des soignants, serait bénéfique pour tout le monde* » (PH, 2).

---

https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/psychiatrie/isolement-et-contention-trois-syndicats-de-psychiatres-publics-denoncent-lentree-en-vigueur-de-la

2/ … jetant l'opprobre sur la profession, placée dans une double contrainte

A défaut, cette réforme (tout comme le rappel des droits des patients) est vécue par une grande partie des médecins et des soignants sur le mode de la culpabilité. Elle leur renvoie l'idée qu'ils font mal leur travail, voire sont des « bourreaux ». « *Mais on n'est pas des bourreaux ! Je ne connais pas de psychiatre pervers qui fait ça pour prendre son pied à faire du mal aux autres* » (PH, 6). « *Les personnels de l'hôpital sont suspectés d'être des profiteurs, des gens qui prennent leur pied à enfermer, à isoler, à contraindre, alors que les collègues qui travaillent dans les services fermés nous disent qu'il y a 15 ou 20 ans, ils n'enfermaient aucun patient* » (CHSCT, 1). Et dans le même temps « *la société supporte de moins en moins des gens différents, ne comprend pas la folie, ne veut pas voir les délires, les fous, et les enfermer pour se protéger, mais à l'hôpital, il ne faut plus les enfermer !* » (CHSCT, 1).

Les professionnels de psychiatrie ont le sentiment d'être pris en tenaille, entre des logiques contradictoires. Le « nouvel ordre » ou « tournant sécuritaire », depuis le discours de Nicolas Sarkozy à Antony en 2008[50], les enjoint d'enfermer et de soigner sans leur consentement des populations, pour une part désaffiliées (Castel, 1995), confrontées à des troubles psychiatriques suspecté.e.s d'être violent.e.s et/ou dangereux.ses (au mépris de leurs droits à une citoyenneté pleine et entière et de la lutte contre leur stigmatisation) ; et dans le même temps ils sont accusés d'abuser de la contrainte ou, à l'inverse, d'être trop laxistes (par exemple dans le cas de patients fugueurs, ou d'un événement tragique survenant après une décision de sortie d'hospitalisation d'un patient). La position est difficile à tenir, dans un contexte de judiciarisation croissante des soins, où les conséquences peuvent être lourdes pour les psychiatres dont la responsabilité se trouve engagée, comme l'expliquent certains. « *On nous demande de faire ça. Si vous ne le faites pas, la mesure est levée. Et si par exemple la mesure est levée, que le patient trucide le voisin de chambre, qui est responsable ? Ah bah c'est vous !* » (PH, 6). La décision de prendre ou de lever une mesure de contrainte les place dans une double contrainte : celle d'être condamnés s'ils le font, et celle d'être condamnés s'ils ne le font pas.

Plusieurs interlocuteurs font état d'une évolution des profils de populations adressées à la psychiatrie, sur un plan psychopathologique, avec plus de « *troubles de la personnalité* » (CME, 6), « *de pathologies psychopathiques* », « *des gens qui ne sont plus socialement intégrés, soit en prison soit en psychiatrie* » (CHSCT, 1), avec des « *troubles du comportement/à l'ordre public* », et « *des usages des toxiques qui vont crescendo* » (2 et 6) ; mais aussi des personnes en décompensation psychotique, certaines décrites avec un passif très violent et potentiellement dangereuses, qu'aucun service ne veut prendre en charge, ou encore des adultes ayant des troubles envahissants du développement (formes d'autismes graves) ou des troubles cognitifs avancés liés au vieillissement qui, faute de places suffisantes en unités pour malades difficiles (UMD) pour les uns ou de structures adaptées pour les autres, sont adressées à la psychiatrie. Alors que parallèlement le nombre de lits et les moyens alloués à la psychiatrie ont diminué et n'ont pas favorisé le transfert vers l'ambulatoire et une autre organisation des soins, plus tournée vers l'accès à la prévention et aux soins, « *parce qu'on perdait les moyens pour les mettre en œuvre. En tout cas en fermant des lits on ne recouvrait pas l'ensemble des moyens* » (CME, 2)[51].

Ces évolutions interrogent les soignants sur le sens de leur mission et génèrent tensions et inquiétudes. Non seulement elles sont sources d'incompréhension et d'insécurité pour les équipes soignantes qui ont parfois le sentiment de devoir gérer des problèmes qui, pour une part, seraient moins de leur ressort que celui d'autres secteurs/filières de prise en charge, comme la justice, et d'être exposés à un risque accru de mises en danger (situations d'agressivité et de violence) et de RPS au travail. « *On entend de plus en plus cette espèce d'incompréhension entre ce qui est de l'ordre de la psychiatrie et*

[50] (2010). Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony: Le texte officiel du discours présidentiel. *Journal français de psychiatrie*, 38, 25-27. https://doi.org/10.3917/jfp.038.0025

[51] Notons qu'une part des budgets alloués à la psychiatrie a d'ailleurs été consacrée à la création de chambres d'isolement, plus qu'à l'amélioration des conditions hôtelières des patients hospitalisés en psychiatrie pourtant souvent attentatoires à leurs droits (peu ou pas de chambre individuelle ou d'équipement sanitaire correct…).

ce qui est de l'ordre de la justice. Et du coup, cette impression pour les soignants qu'on leur demande de régler des problèmes qui ne sont pas les leurs. Et pour lesquels, en plus, ils sont mis en danger, en insécurité, dans leur cadre de travail et au-delà, puisqu'il y a toutes ces menaces sur la famille, à l'extérieur » (DS, 6). Mais elles alimentent aussi un sentiment fort de dévalorisation de la discipline participant de la souffrance au travail. « *C'est un des critères de souffrance des équipes qui ont l'impression parfois d'être la poubelle de la médecine. Tout ça est dévalorisant. On a le sentiment d'un vrai gâchis par moment, et surtout de ne pas être entendus* » (PH, 6).

3/ Des procédures contraignantes accroissant la pénibilité au travail et la fuite des médecins

Surtout, ce qui a soulevé les foudres, ce sont les procédures à suivre, jugées « *hors-sol, décalées des réalités du terrain* » et inapplicables. « *Jusque-là, on avait le sentiment qu'on nous demandait des choses difficiles mais faisables. Mais là, on nous demande l'impossible. Et ça, ça rend fou* » (PH, 6). Plus particulièrement dans un contexte de sous-effectif et/ou de pénurie soignante et/ou médicale (i.e. des injonctions paradoxales). « *On comprend que le législateur souhaite inscrire que l'isolement et la contention sont des mesures de dernier recours qu'il faut éviter dans la mesure du possible. En même temps, on vit douloureusement le fait que ça tombe quand on est en pénurie soignante et médicale* » (CME, 3). Cette réglementation contraignante a été vécue par une grande majorité de psychiatres hospitaliers comme la « *goutte d'eau qui fait déborder le vase* » (CME, 6), allant jusqu'à dissuader ou interroger le maintien de leur engagement à l'hôpital public. « *Ça a été un facteur de stress majeur pour les équipes médicales depuis le début de cette année. Elle a été pour nous un vrai casus belli, comme je n'en avais jamais vu par le passé dans l'établissement, avec un comité médical qui souhaitait partir dans le privé, voulant s'affranchir des contraintes réglementaires extrêmement pesantes* » (DRH, 3).

Elle fait craindre, et des EPSM (3) en ont fait l'expérience, une amplification de la désaffection de l'hôpital public et du mouvement de fuite des médecins hospitaliers vers d'autres lieux d'exercice (privé, libéral), déjà amorcé dans certains EPSM du fait de la pénibilité du métier à l'hôpital (horaires, responsabilités administratives croissantes et poids de la responsabilité médicale, exigence de rotation des patients pesant sur les médecins, etc. – vider les lits, etc.) et/ou de la perte de sens liée aux conditions globales d'évolution de l'exercice de la psychiatrie à l'hôpital public. « *On entend les médecins dire qu'ils ne peuvent plus travailler comme ils le pouvaient à une certaine époque. Il y a une perte de sens du travail en psychiatrie. Les médecins sont débordés. Les patients ne sont plus forcément les mêmes. Il y a des exigences de rotation qui pèsent sur les médecins. Il faut faire sortir les patients le plus vite possible* » (CHSCT, 1). Avec le risque, à terme, que les patients soient les premiers pénalisés par cette désertion du service public par les médecins. « *On a déjà du mal à recruter des gens, mais là vous allez faire fuir tout le monde. Les psychiatres ne vont plus venir travailler dans le service public. Quelles seront les premières victimes de ça ? Les patients* » (PH, 6).

Non seulement les contraintes légales imposées (comme la fréquence/le rythme/les horaires à respecter pour renouveler ou lever une mesure, ou encore l'information des patients et de leurs familles sur leurs droits), très chronophages, détournent les médecins du « vrai boulot » (l'investissement dans la relation thérapeutique) et les placent dans des situations parfois vécues comme très inconfortables, par exemple lorsque, de garde ou d'astreinte, ils doivent statuer sur la pertinence de la mesure pour des patients qu'ils ne connaissent pas[52], ce qui alimente le sentiment de ne pas faire leur travail correctement. Mais elles sont aussi jugées plus particulièrement difficiles à appliquer dans certaines configurations (par exemple lorsque l'évaluation de la situation tombe à 4 h du matin), quand elles ne relèvent pas de l'impossible auquel nul ne devrait pourtant être tenu. Elles sont aussi vues, sous certains aspects, comme peu en cohérence avec les droits des usagers qu'elles

[52] Sont citées en exemple les gardes, le dimanche, entièrement consacrées à l'établissement des certificats médicaux. « *Quand je suis de garde sur l'hôpital le dimanche, de 8h00 du matin jusqu'à 18h je passe mon temps à faire des renouvellements d'isolement pour des personnes que je ne connais pas. Je ne peux évidemment pas prendre de décisions comme ça. Je n'ai pas le temps de regarder si la mesure (contention, isolement) est justifiée* » (PH, 2).

sont pourtant censées défendre, car peu respectueuses de leur rythme (contraint d'être réveillé en pleine nuit pour ré-évaluer sa situation) ou de leurs volontés, ou peu utiles voire douloureuses et dangereuses (par exemple l'information des tiers comme la famille).

La réorganisation qu'implique leur application, sans moyens (humains, informatiques et architecturaux), fait craindre une dégradation de la qualité des soins intra-hospitaliers plus qu'une amélioration de la prise en charge des patients. Plusieurs s'accordent à dire qu'une législation aussi contraignante risque de produire des effets contre-productifs ou inverses à ceux escomptés – i.e. conduire les professionnels à adopter des stratégies de contournement, par exemple dissimuler des pratiques d'isolement.

2.6.2 Des droits des usagers au rétablissement : troubles dans la relation de soin

Ce point n'a pas a été autant discuté que le précédent qui faisait l'actualité du moment mais les discours recueillis montrent que ces évolutions, qu'il s'agisse des droits des usagers/patients et de leurs familles, d'un nouveau modèle d'approche, comme la réhabilitation psychosociale tournée vers le rétablissement, ne font pas toujours sens et peuvent être d'autant plus mal vécues par les soignants qu'elles tendent à être imposées par le haut, qu'ils y sont peu ou pas formés et parfois mal accompagnés. Si des avancées existent, elles diffusent peu et se heurtent encore beaucoup aux mentalités identifiées comme un obstacle majeur aux changements.

1/ La place nouvelle prise par les patients et leurs familles… bouleversant les repères

Ces orientations témoignent de la place nouvelle prise par les patients et leurs familles dans les soins et contribuent à faire évoluer la place du patient dans le rapport soignant/soigné et dans les soins. Les patients peuvent se montrer plus exigeants en termes de respect de leurs droits, de choix de leurs traitements. Les technologies de l'information et de la communication (TIC) leur ont aussi permis d'accéder à des informations, d'acquérir des connaissances et de développer des compétences en matière de littératie en santé, favorisant un libre choix et une autonomie décisionnelle leur permettant de se positionner différemment : être proactif par rapport à leur santé, prendre une place plus active dans les soins, et des décisions éclairées ou informées en termes de soins/traitements.

Le colloque singulier et la relation de soin en sont profondément reconfigurés : le médecin n'est plus l'unique détenteur du savoir, l'autorité que lui conférait son savoir/pouvoir d'appréciation sur l'état de santé et la situation d'un patient se trouve mise à mal. « *Plus de patients sont informés de leurs droits ou des pathologies avec Internet. Le médecin n'est plus non plus la seule source d'autorité pour les patients, n'est plus la seule source de connaissance et de savoir* » (CHSCT, 1). Le modèle paternaliste qui conduisait à faire pour et à décider à la place du patient dont il était attendu qu'il se conforme aux conseils des professionnels de psychiatrie et suive leurs recommandations en est bousculé. Les professionnels peuvent avoir le sentiment d'être dépossédés d'un savoir spécifique et doivent composer avec le rôle plus actif du « patient »/de l'usager, non seulement faire avec en tenant compte de ses besoins, attentes et préférences, mais également le considérer et le reconnaître comme un partenaire de soin à part entière, doté de compétences, connaissances et savoirs spécifiques, d'expérience sur la maladie et sur le système de soins notamment (Bouffard et Solar, 2017), et à même de définir ce qui est bien pour lui, ce vers quoi doit tendre son rétablissement (objectifs visés) et les moyens d'y parvenir (outils, stratégies)[53].

De même la place des familles dans les soins s'est profondément transformée : longtemps tenues à l'écart des soins de leurs proches et peu prises en compte dans leur rôle d'aidants, les soignants doivent désormais apprendre à faire avec, leur présence, leurs exigences et leurs critiques.

[53] Sur les enjeux de la réhabilitation sociale en psychiatrie, cf. (entre autres) S. Lafont-Rapnouil (2013).

Ces évolutions (respect des droits des patients, réhabilitation, pratiques de soin orientées vers le rétablissement, travail avec l'entourage du patient) invitent à repenser les organisations, les manières de travailler, de penser et d'agir, les outils de soins et d'accompagnement des personnes confrontés à des troubles psychiques dans leurs parcours. Elles bousculent des pratiques professionnelles profondément ancrées dans l'histoire de la discipline et dans les esprits, qu'il n'est pas simple de se départir. Non sans générer une perte de repères voire un malaise parmi les soignants qui, peu préparés, peuvent en être déstabilisés, troublés. Les changements qu'elles impliquent ne vont pas de soi et ne s'improvisent pas mais exigent des sensibilisations, des réflexions, des formations, un accompagnement et un apprentissage professionnel selon des modalités hybrides, formelles et informelles.

Les directions et CME des EPSM participants les soutiennent et les encouragent (groupes de travail, colloques, etc.). Des avancées sont enregistrées, à la suite par exemple des commissions sur les droits des patients mises en place et/ou des visites de tiers extérieurs (certification HAS ou plutôt du CGLPL, concernant par exemple l'ouverture des services (vs services fermés), l'interdiction-limitation du port du pyjama, l'autorisation du téléphone portable et des visites des familles, etc. « *Il n'y a plus de salles communes. Il y a des bureaux pour parler sans que le voisin écoute. Ce sont des avancées considérables. Bien sûr. Et ça, c'est grâce au regard extérieur et à toutes ces commissions diverses qu'on a progressé, qu'on a été contraint progresser* » (PH, 6). Des pôles ou services s'y emploient, avec plus ou moins de bonheur et de réussite, par exemple en inscrivant ce type de formation dans leurs projets de pôle ou en en faisant un axe de travail au niveau du pôle/du service. Mais cela reste souvent des impulsions polaires dépendantes des sensibilités, des orientations et des approches privilégiées par les chefferies de pôle, qui diffusent peu au-delà. « *On voit que les pôles qui ne sont pas du tout orientés réhab, il n'y a pas de formation de ce type-là qui est demandée. Donc c'est vraiment des impulsions polaires* » (DS, 6).

2/ La reconnaissance des droits des usagers *vs* la déconsidération des soignants

Les lois relatives aux droits des usagers/des patients/des personnes vivant avec un handicap psychique sont assez emblématiques des enjeux et tensions qu'elles soulèvent. Si l'affirmation de ces droits est reconnue et jugée fondamentale par les soignants, dans le même temps la mise en œuvre des procédures qu'implique leur respect peut être vécue comme des contraintes supplémentaires. Parvenir à les intégrer dans la pratique de manière à donner du sens à une prise en charge (par exemple renforcer l'alliance thérapeutique), reste un enjeu et un défi à relever. « *Après il y a aussi comment intégrer que l'exercice des droits du patient, le tribunal et tout ça, ça puisse avoir du sens dans la prise en charge, c'est une question de sens aussi. Mais peut-être parce qu'on ne travaille pas assez sur comment un patient informé de ses droits est plus dans l'alliance, comment lui permettre d'exercer ses droits va renforcer l'alliance. C'est peut-être ce travail-là qu'il y a à faire. Pour l'instant c'est juste ''on subit des lois''* » (CME, 6).

D'autant que pour beaucoup, le rappel du respect de ces droits s'accompagne trop rarement du rappel des obligations et devoirs des patients à leur égard (respect *vs* insultes…). « *Ça donne l'impression que les patients ont des droits, sauf qu'où sont leurs devoirs ? Les patients mettent en avant auprès des soignants : ''Mais j'ai des droits''. Mais les soignants aussi ont le droit de ne pas se faire insulter, frapper* » (DS, 6). Le fait que ces exigences de respect des droits des usagers qui s'imposent à eux n'aient pas leur pendant pour les usagers alimentent un sentiment d'iniquité ou d'injustice parmi les soignants qui se voient réservés un tout autre sort et se sentent délaissés. « *Plus on prend soin des patients, plus les soignants se sentent délaissés* » (CHSCT, 1). Cela conduit certains à suggérer de faire signer aux patients-usagers une charte énumérant non seulement leurs droits mais aussi leurs devoirs, et de l'assortir d'une charte des droits et devoirs des soignants. « *Si vous faites une Charte des droits des patients, vous ne pouvez pas ne pas l'assortir d'une Charte sur les droits des soignants* » (PH, 6).

Ces lois consacrant la reconnaissance des usagers de la santé mentale comme des citoyens et des personnes à part entière et lutte contre leur stigmatisation, tranchent avec le manque de reconnaissance et la déconsidération dont les soignants sont l'objet et, plus globalement, la dévalorisation de la discipline. Bien qu'investis et engagés – pour une part au moins – dans un « métier-passion », « dévoués », beaucoup ont le sentiment d'être oubliés, méprisés, niés dans leurs compétences et savoir-faire, insuffisamment reconnus et valorisés au sein de l'institution, comme dans leurs droits d'exercer dans de bonnes conditions de travail, de plus en plus bafoués (travail en sous-effectif, non-respect des temps de travail/de repos, etc.), ou dans des conditions qui leur permettraient de réaliser un travail/des soins de qualité, de plus en plus empêché (selon leurs propres critères). « *Vous faites ce métier parce que justement vous avez envie de bien soigner les gens et leur apporter quelque chose de positif. On parle de ne pas stigmatiser les patients, mais là on stigmatise les psychiatres* » (PH, 6). Si l'on considère que la reconnaissance au travail retentit sur la qualité des soins et des services rendus aux patients, porter de l'attention et de la considération aux soignants reste un enjeu majeur et un défi à relever. « *Si on prend soin des soignants, les patients vont automatiquement en bénéficier. L'inverse ne semble pas fonctionner* » (CHSCT, 1).

2.7 Le travail empêché – bureaucratisation, pression normative et « prescriptophrénie »

L'introduction de nouveaux outils gestionnaires consécutifs au tournant gestionnaire et au *New management public* est une autre source de conflits entre logique managériale et logique professionnelle. La bureaucratisation qui découle de l'imposition et de l'accroissement de nombre de procédures, d'accréditation liées à la certification des établissements de santé, de protocoles standardisés et de codification de l'activité (outils de traçage et instruments de mesures de l'activité) liés à la mise en place du Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIMP) pour répondre à la rationalisation des dépenses publiques dans les EPSM (publics et privés) et au dossier du patient informatisé (DPI), de référentiels et normes de qualité liées aux démarches qualité et recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), et aux contraintes réglementaires liées aux réformes des SSC, à l'isolement et à la contention se traduit par un ensemble de prescriptions qui impliquent une multiplication d'activités (réunions et groupes de travail, ou « réunionnite ») et de tâches, administratives notamment, qui engendrent un surcroît de travail pour l'encadrement et pour les soignants, sans moyens (de temps, humains) supplémentaires pour le réaliser, ni moyens matériels adéquats. Dans beaucoup d'EPSM, l'évolution des normes, des pratiques et des standards – dans le cadre de la préparation d'une visite de la Haute Autorité de Santé – était clairement identifié comme l'une des causes du mal-être des soignants en psychiatrie. Dans l'un d'eux (3), elle était ressortie du diagnostic sur les RPS engagé au sein de l'établissement, dans un autre (6), les partenaires sociaux avaient donné l'alerte dans plusieurs CHSCT.

2.7.1 Des services « embolisés » par la multiplication des normes et contraintes

Cette pression normative apparaît plus particulièrement pesante pour les encadrants, les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé qui sont une courroie de transmission pour accompagner les réformes du système de santé sur le terrain. « *Pour être tout à fait objectif, ce sont les cadres qui sont plus directement en lien avec cette problématique* » (DRH, 3). Elle a contribué à transformer en profondeur le métier des cadres de santé, du soin vers l'administratif. Les cadres de santé sont décrits comme de moins en moins présents sur le terrain, en relation avec les équipes et en capacité de jouer un rôle de régulation, et plus en plus éloignés du soin et de la prise en charge des patients. « *Avant, les cadres mettaient la main à la pâte, ils étaient beaucoup plus présents avec les équipes. Aujourd'hui ce n'est plus le cas du tout. Le cadre, c'est un administratif, il distribue, il fait des plannings, il fait ceci, cela, mais il n'est pas dans la prise en charge du patient. Ça c'est déjà une bonne coupure. Le cadre n'est plus soignant* » (CHSCT, 6).

La certification des établissements de santé pour la qualité des soins, effectuée tous les 4 ans[54], est exemplaire de cette pression normative qui pèse sur l'encadrement et plus largement sur l'ensemble du personnel. « *On croule tous sous des tonnes de papier. C'est vrai avec la certification via la Haute Autorité de Santé* » (DRH, 3). Si certains interlocuteurs comme des directions des soins en pointent aussi l'intérêt, en termes de cohésion et de dynamique collective pour l'établissement du fait de la mobilisation et de l'engagement de tous les personnels qu'implique la démarche, elle n'en constitue pas moins une grande source de stress mettant en tension les personnels soignants et peut être mal vécue par les équipes : « *C'est vécu comme une intrusion par toute une génération de soignants* » (DRH, 4). Beaucoup ont le sentiment d'être jugés sur leurs pratiques pas des gens éloignés du terrain, peu ou pas qualifiés : « *C'est partout pareil, quand c'est quelqu'un de l'extérieur qui vient juger les pratiques, c'est : ''Mais qui il est pour nous juger, qu'il vienne aussi mettre les mains dans la farine, il verra bien ce qu'il en est''* » (CME, 6). C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles la HAS paraît constituer, de l'avis de certains, un plus faible levier sur le plan de l'évolution des pratiques professionnelles/l'amélioration (réelle) de la qualité et de la sécurité des soins[55], que les visites du CGLPL bénéficiant généralement de plus de crédit aux yeux des soignants. « *Autant la certification, c'est très violent pour les équipes. Autant le contrôleur, ce sont des gens qui manifestement connaissent le métier, et donc ça a plus permis de faire un peu bouger les lignes* » (CME, 6).

L'exigence de traçabilité et de cotation des actes de soins dans un souci de qualité et de sécurité des soins et des prises en charge des patients dans le respect de leurs droits est tout aussi exemplaire des injonctions paradoxales dans lesquelles les soignants se trouvent placer, mettant à l'épreuve les subjectivités. « *Les infirmiers nous disent : ''Je vois plus mon ordinateur que je ne vois les patients''* » (CHSCT, 1). Ces tâches toujours plus nombreuses qui leur sont imposées sont vécues comme des contraintes supplémentaires. « *Tout ce qui a trait au rappel des droits aux patients, les soignants ont vu ça comme une contrainte supplémentaire. Et effectivement, ça se traduit par de la paperasserie, des procédures à suivre. Ce sont des éléments qui viennent alourdir un travail qui est de plus en plus normé* » (DRH, 4). Chronophages, sans moyens (de temps, humains…) supplémentaires, ces tâches qui doivent être effectuées au détriment de leur cœur métier, attaqué, du temps relationnel et du travail de soin avec les patients, empêché, sont identifiées comme un facteur majeur de RPS. « *Ce qui aggrave les risques psychosociaux, c'est le bombardement des tâches administratives, c'est hallucinant en quelques années à quel point c'est devenu délirant quoi. Il faut tout tracer. Et c'est fou parce que ça, c'est pris sur le temps qu'on accorde aux patients* » (PH, 6). Entravant la possibilité de mener à bien leur mission, elles représentent une charge supplémentaire dont l'utilité est questionnée[56] et génèrent insatisfactions, démotivations, épuisement et perte de sens au travail (i.e. la qualité du soin, du travail bien fait). « *Et puis il y a tout ce qui est qualité qui est demandé, qui est vécu comme une charge en plus, un truc inutile, qui ne sert à rien, etc., donc ça, ça exaspère un peu les équipes. La plainte principale d'épuisement, c'est toutes ces tâches en plus qui prennent du temps, qui sont chronophages, avec du matériel qui n'est pas toujours performant* » (CME, 6).

La qualité des soins dans le respect des droits des patients et l'engagement d'un certain nombre de démarches dans ce sens (le recueil de quelques indicateurs) ne sont pas nécessairement décriés en tant que tels et jugés par certains, comme les DRH ou des partenaires sociaux, comme une avancée

[54] Mise en œuvre par la HAS, ce dispositif d'évaluation externe est obligatoire pour tous les établissements de santé.

[55] Notons qu'une analyse de la littérature sur l'impact des démarches de certification dans les établissements de santé réalisée en novembre 2010 par la HAS montre que : « Si l'impact de l'accréditation/certification sur l'organisation ou les pratiques professionnelles est suggéré dans une majorité d'études, l'impact des démarches sur les résultats de soins ou leur amélioration n'est pas démontré. Il y a peu d'études s'attachant à démontrer ce lien » (p. 33).

[56] Il en est de même des exigences d'information des patients et de leurs familles sur leurs droits (mesures de contraintes, recours possibles, etc.) qui, si elles sont considérées essentielles, sont aussi jugées très chronophages et le trop plein d'informations (à afficher dans les services/les chambres), contreproductif. « *Personne ne lit ça parce que c'est illisible. Trop d'informations tue l'information* » (PH, 6).

majeure, « *un gage de garantie minimal des soins quel que soit l'endroit où l'on se trouve* » (DRH, 4).

En revanche ce qui est critiqué, c'est la multiplication des normes et des contraintes qui a pour effet d'emboliser les services. « *Dans un hôpital, c'est plutôt bien que l'on arrive à avancer la qualité des soins, que l'on suive un certain nombre d'indicateurs. Mais entre le petit fascicule que nous avions à l'époque et son épaisseur aujourd'hui, il y a peut-être une façon de ne pas complètement emboliser les services sur ce sujet* » (DRH, 3). Des interlocuteurs parlent de « *mirage numérique* » (psychiatre, 6), l'informatique étant au départ censé « *nous faire gagner un temps fou ou nous aider à ne pas en perdre, alors* (que) *c'est complètement l'inverse* » (psychiatre, 6). Le système s'est inversé et a produit des effets pervers, jusqu'à aboutir à « *ne plus soigner nos patients, mais la qualité !* » (PH, 6). « *L'infirmier de base, au plus proche du patient, est tellement happé par la technique, les protocoles, les procédures, les renseignements, la traçabilité qu'il ne passe même pas 20 % de son temps de travail auprès du patient* » (CHSCT, 3).

2.7.2 Soigner les indicateurs plus que les patients

Ce qui est également critiqué par les soignants et leurs représentants/les organisations syndicales, c'est non seulement que le « vrai boulot » [57] (pratiques ordinaires, routines et nécessités des métiers – d'aides-soignants, d'infirmiers) ne peut plus être mené à bien, mais aussi que ces outils gestionnaires sont déconnectés du réel et ont pour effet de gommer et de nier ce qui fait la spécificité des métiers du soin en psychiatrie. En l'occurrence, le temps relationnel passé avec le patient, les entretiens individuels, les activités thérapeutiques, la psychoéducation, ou encore le temps consacré aux activités de transmission (réunions, travail de liaison) ou au travail partenarial (travail de lien avec les partenaires), pourtant primordiales pour assurer la qualité des soins/des soins de qualité, sont autant d'activités auxquelles les soignants doivent renoncer, sans que l'administration semble s'en émouvoir. « *Ils sont beaucoup moins avec les patients. Ils doivent assurer des tâches administratives, coter leurs actes. Ils faisaient de la psychoéducation du patient, ils avaient des entretiens avec lui, ils lui expliquaient la pathologie et comment il pouvait se prendre en charge. Ils n'ont plus le temps, plus l'énergie. Depuis qu'ils ne le font plus, personne ne leur dit que c'était bien et indispensable. Beaucoup sont démotivés par cette évolution* » (CHSCT, 1).

Cela génère des conflits de valeurs profonds. Les critères de qualité valorisés par l'administration (nombre d'entrées, de sorties, de mouvements, etc.), entrent en conflit avec les critères et conceptions que les soignants ont de la qualité du travail bien fait. **«** *En psychiatrie adulte, où il y a trois soignants pour plus de vingt patients, il est clair que vous ne pouvez pas faire du un pour un. Vous faites de la gestion de dossiers, de la gestion de lits, des entrées, des sorties. C'est coté : tant d'entrées, tant de sorties, tant de mouvements. Ils sont contents parce qu'on a fait des mouvements, mais le temps passé auprès du patient est minime. Ce n'est pas répertorié. On fait des transmissions dans le dossier de soins, mais ce n'est pas quantifié et surtout pas reconnu* » (CHSCT, 2). Pour les soignants, des soins de qualité passent par le temps passé avec les patients, essentiel par exemple pour désamorcer une situation de crise, et par un ensemble d'activités thérapeutiques (entretiens informels, ateliers, médiations, sorties, psychoéducation) qui échappent en grande partie à la logique de la qualité qui prévaut dans les EPSM et à toute quantification. Le « vrai boulot », le « cœur du métier », la qualité des soins prodigués ne sont pas valorisés et pas reconnus par l'administration. **«** *En tant que soignants, des soins de qualité, c'est de pouvoir prendre du temps et échanger avec les patients, mettre en place des entretiens infirmiers, faire des activités thérapeutiques, sortir, mettre en place des médiations avec les patients, qu'elles soient formelles ou informelles. On cherche aussi à quantifier la qualité au travail, mais on n'est pas sur la même quantification. Si je discute pendant une demi-heure avec un patient, si je fais un entretien informel, il ne sera pas quantifié. Si je discute*

[57] Selon F. Mougeot (2013) : « Ce ‘‘vrai boulot’’ se définit plutôt selon les critères d'une clinique infirmière en psychiatrie » (p. 26).

pendant trente minutes avec un patient parce que j'ai désamorcé une situation de crise, cela ne va pas être quantifié et n'est pas quantifiable. Le temps et l'énergie que j'y ai passés… Parfois, on mouille la chemise parce qu'on n'est pas dans une conserverie face à des boîtes ! On donne du temps, mais on a le sentiment, parfois, de ne pas avoir cette reconnaissance. Quand on a désamorcé une situation, on est content parce qu'on a bien bossé. Mais personne ne saura reconnaître que vous avez fait du bon travail. Seul vous, vous vous dites que vous avez fait du bon boulot » (CHSCT, 2). La logique de l'administration est toute autre : elle exige des soignants de soigner les indicateurs, plus que les patients (Supiot, 2022). « *Qu'est-ce que nous demande l'administration ? Elle considère que notre travail est bien fait quand on coche par exemple des fiches de traçabilité. Vous avez tracé le frigo, noté la température ; vous avez désinfecté le bac à décontamination ; il faut tracer que vous avez fait telle ou telle activité. L'administration considère que vous avez bien fait votre travail parce que vous avez tout tracé.* » (CHSCT, 2). En outre, pour les soignants, renseigner ces données/tracer toutes ces activités n'ont pas d'utilité pratique dans le quotidien du métier (pas de plus-value).

Si des soignants se plaignent de la multiplication de ces tâches, normes et contraintes, d'autres semblent les avoir intégrées et s'y résoudre sans protester, aussi pénibles et contraires à des soins de qualité soient-elles, tant la logique leur parait inéluctable. « *Certains se plaignent, d'autres se plaignent, même pas, sont vraiment résignés* » (CME, 2). Cela n'exclut pas que l'application de ces normes puisse faire l'objet d'un jeu de négociation entre différents acteurs (cadres de santé, soignants…), dans un ordre négocié (Strass, 1992), et donner lieu à l'adoption de stratégies/tactiques de traduction/détournement/contournement qui conduisent à ne pas investir / subvertir certains indicateurs[58] (expliquant la limite/la fiabilité des données DIM, comme en témoigne leur recueil dans le cadre de cette étude). Par exemple, les exigences de traçabilité des prescriptions pharmaceutiques qui, pour des questions de bonnes pratiques en la matière, imposent aux médecins de justifier et d'argumenter toute modification (changement de dosage/de médicament). Les actions consistant à ne pas, peu, ou mal renseigner (tracer) ces données (comme d'autres) témoignent d'une forme de résistance et d'opposition, à bas bruit, aux politiques du chiffre et de la mesure (plus qu'une critique ouverte au culte du chiffre ou à la « quantophrénie »).

Le temps consacré à ce type d'activités (tâches et contraintes administratives) n'en reste pas moins écrasant – et la T2A appliquée à la psychiatrie qui impliquera d'améliorer la traçabilité/cotation des actes, très imparfaite, risque de l'amplifier. Il est devenu si « *effarant* » qu'il serait nécessaire de le mesurer via « *un moyen online direct* » pour prendre conscience de l'ampleur du phénomène. Car la contrepartie de ce temps passé à soigner la qualité/les indicateurs plus que les patients est qu'il « *entraîne une baisse de la qualité des soins qu'on peut apporter aux patients, puisqu'on les voit moins* » (PH, 6). Une avancée pour réduire ce temps serait de doter les soignants d'outils numériques comme il peut en exister dans le privé : « *L'hôpital public est quand même un parent pauvre de la flexibilité numérique. Pas un smartphone ou une petite tablette dans la poche, comme certaines cliniques, qui permet de renseigner ce qu'on a à faire tout de suite, donc finalement de gagner du temps* » (CME, 2).

2.7.3 La contrainte dans les soins : des exigences réglementaires accroissant la pénibilité

En psychiatrie publique hospitalière, la pression normative est également étroitement liée aux exigences introduites par les lois de 2011 et 2013 réformant les soins sous consentement (SSC), et plus récemment par l'article 84 relatif aux mesures d'isolement et de contention dans les SSC, s'accompagnant d'un ensemble de procédures et de contraintes réglementaires, identifiées comme des facteurs de stress, de pénibilité, de RPS et de désinvestissement pour les médecins, allant jusqu'à motiver des demandes de mise en disponibilité ou des démissions, et les faire fuir de l'hôpital pour exercer soit dans le privé, soit en libéral. « *On a vraiment des obligations réglementaires écrasantes qui sont de nature à faire partir une bonne partie des médecins que nous avons dans les hôpitaux psy* » (DRH, 3). Les RPS auxquels ils s'exposent sont clairement mis en lien avec la responsabilité

[58] F. Mougeot (2019) qualifie ces pratiques de « braconnage ».

médico-légale que les pratiques de SSC font peser sur eux, et la pénibilité induite par la production de nombreux certificats médicaux, contraints par des horaires/des délais, jour et nuit, sans interruption. Une pénibilité que les exigences et contraintes réglementaires de l'article 84 n'a fait que renforcer. « *L'article 84 rajoute des couches en plus* » (CME, 2).

Si les médecins sont les premiers concernés par ces contraintes, celles-ci se répercutent aussi sur les soignants. Par exemple, l'article 84 les pousse à faire pression sur le corps médical pour que les visites des patients/les renouvellements (ou non) des mesures soient fait.e.s en temps et en heure. Les SSC sont aussi vécus par une part d'entre eux comme plus particulièrement pesant puisqu'ils exigent l'effectuation d'un certain nombre de tâches, comme l'accompagnement des patients aux tribunaux, dont beaucoup de soignants se plaignent, notamment dans les EPSM qui ne disposent pas d'un tribunal à proximité et ont affaire à un juge qui refuse de pratiquer « l'aller vers » les patients, à l'hôpital. Non seulement ces accompagnements sont chronophages et les détournent de la mission qu'ils jugent première, mais en outre ils pénalisent le collectif de travail qui se retrouve amputé d'un collègue et voit s'accroître sa charge de travail. Elle représente ainsi une autre source d'insatisfaction au travail, « *Les soignants sont très réticents et très mécontents parce qu'ils estiment que ce n'est pas leur travail, que le juge n'a qu'à se déplacer. Et puis quand il y a 3 infirmiers dans un service, et qu'il y en a un qui part de 8 h le matin à 13 heures, c'est comme s'ils étaient que 2, donc pour eux ils sont en sous-effectif en permanence* (DS, 6) ». La possibilité de réaliser les audiences par téléphone ou par visioconférence, jusqu'alors laissées à l'appréciation des juges pour une part réticents et opposés (parfois au mépris du respect des droits des patients comme pendant la période COVID où toutes les audiences ont été annulées sur certains territoires), serait une avancée pour faire gagner un peu de temps aux soignants et leur permettre de revenir à ce qui fait leur cœur de métier. D'autant que les contraintes de temps contenues dans la réforme des mesures d'isolement et de contention devraient se traduire par une multiplication des audiences.

2.7.4 Entre idéal et réalité du métier : un écart grandissant source de désenchantement

Une psychologue d'un SST (6) observait ainsi que les questions d'identité professionnelle se posaient de manière plus massive depuis quelques années parmi les soignants qui avaient choisi d'exercer en psychiatrie pour la dimension relationnelle des soins mais qui, de plus en plus en plus, voyaient leurs tâches se réduire à des activités de gardiennage, des soins techniques ou de l'administratif. « *Il y a beaucoup de gens qui disent : ''Moi, j'ai choisi de faire de la psychiatrie pour la relation, je pensais faire de la relation, mais on est tellement peu nombreux qu'en fait je passe ma matinée à faire un tour de médicaments, je ne fais plus d'entretiens infirmiers avec les médecins, je fais du gardiennage, je suis là pour faire du soin technique, ou alors remplir des documents administratifs''. C'est plus ça qui est interrogé* » (SST, 6).

Le sentiment d'inutilité associé à la réalisation de ces tâches au détriment du cœur du métier questionne le sens du travail et accroit le risque de perte de sens au travail. Au point de conduire certains chefs de pôle à faire de la perspective de revenir au cœur de métier un axe central pour leur projet de pôle : « *Trouver des organisations qui suppriment ou qui allègent ou qui organisent de façon plus claire ce travail accessoire, pas centré sur le patient, pour remettre les soignants au cœur de leur mission, leur donner un petit peu le cœur de travail, pour moi ce serait une marge d'amélioration importante* » (CME, 6).

2.7.5 La réduction des espaces-temps de réflexion privant les soignants de la mise en sens du travail effectué et le collectif de travail du soutien social

La perte de sens au travail provient également de la réduction des espaces-temps de réflexivité sur les pratiques – avec des variations selon les EPSM et, en leur sein, selon les services et les équipes, certain.e.s parvenant mieux que d'autres à les maintenir (formes de résistance), comme cela a déjà été évoqué. Les facteurs mis en avant par plusieurs interlocuteurs (direction des soins, CME) pour

expliquer leur recul ont à voir avec la rationalisation des effectifs, les contraintes et tâches administratives (i.e. bureaucratisation) toujours plus nombreuses qui détournent les soignants de leur mission première, et l'inadéquation entre l'inflation des missions/du mandat de la psychiatrie (traiter un nombre croissant de problèmes et de personnes, …) et les moyens humains, de temps, matériels, organisationnels et financiers qui seraient nécessaires à leur accomplissement mais qui ne sont pas à la hauteur des enjeux et des défis à relever, qui mettent en tension les professionnels, les équipes et les collectifs de travail, génèrent un accroissement de la pénibilité au travail (charge de travail accrue), de la fatigabilité des soignants, du sentiment d'insécurité, et des risques d'erreurs. « *On ne peut pas faire tourner toutes les missions qu'on a. Donc forcément, pour pouvoir réfléchir, se poser en équipe* » (CME, 2). Ces raisons expliquent que, dans certains services, les réunions d'équipe ne sont pas aussi nombreuses que souhaitées, les temps de réunions (inter-équipes par exemple) sont écourtés, parfois réduits à ¼ d'heure (contre 1 heure avant*), « donc en quart d'heure évidemment on ne peut pas se dire les choses comme il faudrait* » (PH, 6). Les réunions médicales de secteur/pôle ne sont pas en reste. Si certains chefs de secteur/pôle veillent à les maintenir à un rythme régulier (mensuel par exemple), il reste qu'il est difficile de mobiliser tous les médecins, chacun étant happé par d'autres tâches/priorités/urgences à gérer. « *J'essaye de faire au moins une fois par mois une réunion médicale des médecins du secteur. Eh bien c'est devenu de plus en plus rare que tout le monde soit là. Tout le monde est pris à droite à gauche, des machins, des trucs* » (PH, 6).

Or ces espaces-temps de réflexivité sur les pratiques sont jugés cruciaux non seulement parce qu'ils permettent prise de recul et mise en sens du travail effectué, et participent *in fine* à la qualité du travail bien fait. Mais également parce que qu'ils apportent un soutien social et participent à souder le collectif de travail. Dès lors qu'ils font défaut, le collectif est affaibli, les soignants plus isolés, et la perte de sens au travail guette. C'est plus particulièrement le cas dans les situations de recours à l'isolement et à la contention qui, tous les interlocuteurs en conviennent, devraient être suivies de temps d'échange, de discussion et de débriefing, afin de revenir sur et d'analyser/décrypter la situation qui a motivé l'usage de ces mesures, de questionner le sens du recours à ces pratiques (comment on en est arrivé là), d'examiner les alternatives qui ont été recherchées ou qui auraient pu l'être, et de permettre aux soignants de prendre du recul, d'exprimer et de partager leur vécu et leur ressenti. Or par accroissement de la charge de travail, manque de temps et/ou de personnel, ces temps sont de moins en moins effectifs. En l'absence de possibilité de mise en sens/réflexion/questionnement de ces pratiques, les soignants restent seuls avec leurs questions, leurs problèmes, éventuellement leur souffrance, isolés face à leur vécu de la situation, sans possibilité d'en échanger. « *Un des risques psychosociaux majeurs lié à la contention et à l'isolement, c'est qu'on fait ça dans l'urgence. La plupart du temps, on ne débriefe pas, parce qu'on n'a pas le temps, parce qu'on n'est pas suffisamment nombreux, parce que le travail amène le travail tout le temps. Pour moi, c'est un risque majeur, c'est à dire la perte de sens. Et cette perte de sens est préjudiciable parce que dès qu'on remet les espaces pour pouvoir mettre du sens, les soignants – au sens large, ça inclut tout le monde - retrouvent une réflexion, une écoute, une innovation, une lecture sur leur pratique, des propositions* » (CME, 2).

Dans certains EPSM de taille moyenne (1 par exemple), les directions des soins disent avoir mis en place un ensemble de protocoles/procédures/outils pour prévenir en amont et en aval les situations d'hétéro-agressivité. Dans d'autres de grande taille (2 par exemple), des interlocuteurs expriment le regret que, dans les situations les plus complexes ou de crise graves, il n'existe pas de protocole prévoyant des débriefings plus systématisés, ni des espaces de réflexivité sur les pratiques (type supervision) ou modalités de suivis spécifiques, par exemple avec un psychologue, et que cela reste à l'initiative d'un cadre ou du chef de service. « *Les équipes de soins sont souvent des grosses équipes et quand on est face à des situations de crise, on peut davantage en parler. Ça ne reste pas en vase clos, on en parle en équipe. Je ne dis pas qu'il n'y a pas de souffrance, mais c'est parfois plus facile d'en parler et à gérer. Il faut faire attention parce qu'on rentre vite dans une sorte de banalisation. Même moi, en vous le disant, je me rends compte que parfois, il y a des situations complexes que l'on a dû gérer et on rentre avec ça chez nous le soir. On a réussi à le gérer. Au final, ce n'est pas normal. On en parle au sein même de l'équipe, mais je me dis qu'on devrait aussi mettre en place des choses,*

peut-être des réunions à postériori d'un événement grave, avec un psychologue pour rediscuter des événements. Ce n'est pas fait. Il n'y a pas forcément de débriefing. Je sais qu'on en a parlé déjà. Cela a pu se faire ponctuellement, parfois sur l'initiative de certains cadres, mais ce devrait presque rentrer dans un protocole. Il se passe un événement, il y a une réunion, mais non. Il y a des temps cliniques avec les médecins, mais ils sont en lien avec la problématique du patient, sur les choses à mettre en œuvre, etc. Pour moi, il manque vraiment de temps d'échanges, en lien avec les équipes, qui offrent la possibilité de débriefer sur ce qui s'est passé sur tel événement, sur ce que l'on a ressenti. Qu'est-ce qui fait que tout d'un coup, on a été en difficulté ? On n'a pas d'espace de parole, en tant que professionnels, pour dire qu'on s'est senti mal à ce moment-là. Il y a un psychologue du travail. Il doit être sollicité de manière individuelle, mais je ne pense pas qu'il soit sollicité pour décrypter des situations individuelles que l'on a vécues tous ensemble » (CHSCT, 2).

2.8 Tensions dans les rapports sociaux et les collectifs de travail

Les rapports sociaux au travail ne se réduisent pas aux relations entre les salariés et leurs représentants ou les partenaires sociaux et l'organisation/l'administration qui les emploie –évoqués dans la section précédente (i.e. le dialogue social). Ils englobent également les liens et relations interpersonnelles entre les salariés au sein des équipes, et entre les salariés/les équipes et leurs responsables hiérarchiques.

Les liens d'entraide, de solidarité et de coopération entre collègues voire entre les soignants et leur hiérarchie ou entre les services n'ont pas disparu, et restent même selon l'étude de la DREES (Pisarik, 2021, p. 5) plus élevées dans le secteur hospitalier, du moins pour ce qui est de l'entraide entre collègues (plus qu'entre soignants et hiérarchie, à même niveau que l'ensemble des salariés). En psychiatrie, dans les services d'intra ou les unités fermées accueillant des patients dans des phases aigues et/ou des situations de crise, où les conditions de travail sont jugées plus éprouvantes, les équipes peuvent être décrites comme très soudées, la cohésion d'équipe plus forte qu'en ambulatoire : **«** *Les équipes qui vivent les choses les plus dures au niveau du travail, des patients en crise, des patients délirants, sont souvent les équipes les plus soudées. Cette entente est beaucoup moins flagrante en ambulatoire* » (CHSCT, 1).

Cela n'exclut pas, comme nous l'avons vu précédemment, qu'un ensemble d'évolutions a contribué à fragiliser les collectifs de travail et affaiblir leur pouvoir d'agir : la logique gestionnaire et managériale (individualisation de la gestion des RH, avec l'entretien annuel d'évaluation – notation incomprise, manque de transparence – alimentant un sentiment d'injustice et de traitement inégal, des demandes de formation pas toujours prises en compte – manque d'objectivité, favoritisme, « copinage », etc.), et, dans un contexte de recrutement et de fidélisation difficile du personnel soignant, la plus grande instabilité des équipes du fait d'un *turn over* plus grand avec le recours aux intérimaires et contractuels, de personnels plus ou moins qualifiés et/ou des exigences de mobilité sur d'autres services pour pallier le manque d'effectif (absentéisme, arrêts de travail…) ou dans le cas de renforts, etc. Les collectifs de travail sont ainsi traversés par un ensemble de tensions relationnelles, conflits interpersonnels et/ou conflits éthiques qui peuvent se cumuler et se combiner diversement. Ces tensions et conflits entre collègues ou avec l'encadrement soignant ou médical, par ailleurs identifiées comme plus fréquentes à l'hôpital, public notamment pour ce qui est des tensions entre collègues (Psisarik, 2021), peuvent générer des ambiances délétères, des situations de mal-être et souffrance au travail, un manque de reconnaissance, jusqu'à ébranler, déstabiliser et affaiblir les collectifs de travail et se diffuser à plusieurs services (intra et ambulatoire) d'un même pôle.

Ces tensions, plurielles, prennent leurs sources dans une multiplicité de dimensions qui peuvent s'imbriquer les unes aux autres.

2.8.1 La gestion du manque de personnel

Le manque d'effectif (départs/postes non pourvus) et les phénomènes d'absentéisme ou d'arrêts maladie (plus ou moins élevés selon les EPSM et en leur sein les services) qui ont pour effet de reporter la charge de travail sur le reste de l'équipe, de sur-solliciter et surmener les soignants en poste qui, pour assurer les remplacements de leurs collègues, doivent renoncer à leurs repos ou RTT, accepter de changer de plannings, et parfois d'unité. « *''Demain tu viendras travailler, désolé ton RTT je ne peux plus te le donner''* » (DS, 6). Cela ne va pas sans générer des insatisfactions, exaspérations, contrariétés, des tensions ou frictions au sein de l'équipe et avec la hiérarchie, notamment les cadres, retentissant sur la cohésion d'équipe, et bien sûr de l'épuisement au travail : Cela « *engendre aussi un mécontentement et un ras le bol des gens qui sont là. Parfois ils s'en prennent à leurs collègues, ou au cadre, parce que c'est le méchant cadre qui bouge tout le temps les plannings* » (DS, 6). Ce contexte de pénurie soignante/difficulté de recrutement « *entraîne mécaniquement une hausse de la pénibilité des tâches et une dégradation de la prise en charge* » (DRH, 4), voire un accroissement du recours à la contrainte dans les soins (chambre d'isolement, patients enfermés dans leur chambre). « *Même si on nous dit qu'officiellement il n'y en a pas, à mes yeux, ça paraît peu crédible, mais certains de mes collègues disent que non et qu'il faut prendre pour argent comptant ce qui nous est présenté* » (DRH, 5). Et pour les cadres, la gestion du manque d'effectifs soignants (activité chronophage), avec tout le lot d'insatisfactions qui en découle pour les soignants, est identifiée comme un facteur majeur de stress impactant la qualité de vie au travail. « *Elles arrivent le matin, c'est leur seule préoccupation. Et c'est un impact direct sur la qualité du travail et sur le stress au travail* » (PH, 6).

Des problèmes de cohésion dans les équipes peuvent aussi émerger avec les difficultés de recrutement/remplacement des chefs de service partants en retraite.

2.8.2 Un inégal investissement des collègues dans le travail

Un inégal investissement des collègues de travail, entre des soignants très motivés et investis au travail par exemple dans la relation de soin avec les patients, à contrario d'autres. Dans certains cas, les conditions de travail vécues comme éprouvantes (charge émotionnelle, charge de travail, travail empêché, perte de sens, manque de reconnaissance) peuvent engendrer démotivation et désinvestissement.

« *Il y a aussi des collègues qui sont démotivés, qui viennent, qui font leur boulot et qui s'en vont et puis point. Qui n'ont plus l'énergie, le souhait, l'envie non plus de… s'ouvrir à l'environnement qui les entoure* » Comment vous le comprenez ? Qu'est-ce qui influe ? (enquêtrice) *Entre les réorganisations subies, les plannings difficiles, des cadres qui sont aussi en difficulté dans leur façon de manager, une population qui est difficile aussi, un travail qui est dur. La lourdeur des procédures aussi. Et il n'y a pas un projet porteur non plus. Et le manque de reconnaissance qui joue aussi* » (CHSCT, 2).

Elles peuvent aussi se traduire par un plus faible investissement dans le travail d'équipe (comme les réunions). Sont citées en exemple les équipes de nuit, parmi les plus exposées aux situations de crise et violence, aux accidents de travail et aux arrêts maladies), et pour certaines peu formées et expérimentées, en butte à des incompréhensions sur le sens même des soins, moins enclines à participer aux réunions cliniques qui ont lieu le jour pour échanger autour des difficultés rencontrées, en dépit des aménagements recherchés (détachement d'un infirmier à tour de rôle) et bien que cette mission fasse partie intégrante de leur fiche de poste : « *Avec une grosse problématique concernant les équipes de nuit qui, contrairement à ce qu'on leur demande et à ce qui est inscrit dans leur fiche de poste, ne viennent pas aux réunions cliniques dans la journée. Donc la nuit ils sont encore plus dans l'incompréhension de ce qui se passe* » (DS, 6).

Plus globalement, des conditions de travail vécues comme plus difficiles avec moins de personnel, des outils gestionnaires et managériaux perçus comme des entraves à l'initiative et l'autonomie (marges de manœuvre réduites) et à la dynamique collective (notation au mérite plaçant les agents dans un jeu de concurrence), peuvent encourager individualisme et désinvestissement au travail. « *C'est même fait pour casser la dynamique collective. Puisque c'est au mérite* » (CHSCT, 6). « *Aucune liberté d'action. On obéit et… on fait sa journée. Il y a une sorte d'individualisme. Les gens ils viennent, il y a un seul objectif, c'est faire son boulot, ses heures, et c'est partir, comme vous seriez à Carrefour au rayon légume et vous faites votre journée et vous vous barrez* » (CHSCT, 6).

Dans d'autre cas, les modes d'engagements et rapports au travail différenciés traduisent une ligne de clivage dans la manière d'exercer un métier, entre des soignants pratiquant leur travail par passion, régi par des valeurs telles que la sollicitude et l'engagement, un rapport fort au travail, un investissement temporel et psychique important, une éthique du soin/de l'autre plus affirmée (Loriol, 2012), et ceux investissant leur emploi comme un travail alimentaire effectué sans grande passion, ni grande implication, mais pour les revenus que procure l'activité (i.e. gagner sa vie). Sont aussi rapportés quelques cas, à la marge mais dont la fréquence varie selon les périodes[59], de soignants dans les équipes de nuit venant moins pour travailler que « pour dormir », non sans générer des tensions avec le collègue en poste/le collectif de travail, ni sans retentir sur la qualité des soins : « *Des professionnels viennent la nuit on se demande pourquoi. Enfin non, ils viennent dormir et puis ils repartent le matin. Donc ça pose quand même question et problème, notamment pour la prise en charge des patients* » (DS, 6). Entre ces deux extrêmes (métier-passion/job alimentaire), existe bien évidemment une palette diversifiée d'engagements et de rapports au travail qui peuvent être plus ou moins difficiles à accorder et source de tensions, désaccords, mésententes... retentissant sur le pouvoir d'agir du collectif de travail.

Notons également des discours et représentations assez négatifs concernant la posture des jeunes générations dont le rapport au travail aurait profondément évolué et serait plus nettement marqué par un fort désir de concilier vie privée et vie professionnelle, par le changement (vs la stabilité dans le poste, le métier) et par un moindre engagement dans le métier et dans le service public hospitalier que leurs aînés. Ces discours et représentations plutôt négatives sur la posture des jeunes par rapport au travail « participe de la construction d'un ''mythe'' qui repose sur peu de preuves empiriques solides » (Bene, 2019, p. 6) et ne dit rien de la réalité du rapport des jeunes au travail, complexe. D'une part, « les jeunes » ne forment pas un groupe homogène et leurs rapports au travail diffèrent selon les catégories sociales, leur niveau de diplôme, leur situation professionnelle et personnelle. D'autre part, la divergence avec les générations plus âgées est à nuancer, les similitudes entre jeunes et plus âgés étant plus grandes qu'elles n'y paraissent de prime abord. Les études disponibles montrent que le moindre engagement ou désengagement dans le travail n'est pas un phénomène foncièrement nouveau, et que plus que l'effet générationnel, les déterminants de l'engagement ou investissement au travail ont à voir avec les conditions d'entrée sur le marché du travail et d'emploi proposé : une intégration professionnelle difficile et un emploi précaire expliquent un moindre engagement[60].

Les médecins ne sont pas en reste. Certains sont décrits comme très investis, à contrario d'autres « *qui arrivent à 10 heures, prennent 2 heures le midi puis repartent à 4 heures, et se foutent complètement*

[59] La période COVID, par exemple, aurait eu tendance à amplifier ce phénomène.

[60] Comme l'explique J.-F. Tchernia, professeur associé à l'Université Denis Diderot, dans un entretien paru en 2015 dans la Revue des conditions de travail de l'ANACT, « ce désengagement a commencé il y a déjà vingt ans, et il est perceptible aussi bien dans la génération des 40-50 ans qui ont subi des difficultés d'insertion dans le monde du travail à la fin de leurs études, que chez les jeunes d'aujourd'hui. Plus l'intégration professionnelle a été difficile, plus le retrait est marqué. (…) L'analyse générationnelle ne suffit plus à expliquer les comportements au travail car l'adaptation est permanente, pour les jeunes comme pour les autres. L'emploi "précaire" façonne la manière dont les jeunes actuels considèrent leur engagement dans le travail, comme il a conditionné aussi la génération de 40 ans qui a mis du temps à trouver un emploi permanent. La réalité du monde du travail à laquelle ils ont été confrontés explique leur retrait et leur moindre investissement. Cela a des conséquences sur les identités au travail. La notion d'identité s'est déplacée dans d'autres domaines que celui du travail : associatif pour certains, par les réseaux sociaux pour d'autres ».

que des patients soient à la porte » des CMP. Et le militantisme à la base de l'engagement de toute une génération de psychiatres dans le secteur de psychiatrie publique est perçu par certains en net recul. « *On a le sentiment que les jeunes collègues n'ont pas le côté militant qu'on a connu à une époque* » (CME, 3). Mais les conditions de travail à l'hôpital public (i.e. la pénibilité) et contraintes pesant sur les EPSM ont aussi tendance à faire fuir les « jeunes » psychiatres préférant se tourner vers d'autres lieux (établissements privés, ambulatoire) ou modes d'exercice (libéral) pour n'avoir pas à gérer les soins sous contrainte, l'isolement et la contention, la rédaction des certificats, les problèmes de violence…

2.8.3 Des conceptions différentes du métier, de l'activité, de la qualité du travail/des soins

Des conceptions différentes du métier, de l'activité, des critères de la qualité de du travail bien fait/des soins ne serait-ce que parce que les équipes, pluridisciplinaires, mobilisent différents métiers avec des identités professionnelles fortes, présentent (peu ou prou) une mixité intergénérationnelle, et que la psychiatrie a connu et connaît encore des nombreux changements/luttes de paradigmes (asilaire, institutionnel, psychanalytique, biomédical, neuroscientifique, communautaire, etc.). Dans les discours des interviewés, une ligne de clivage souvent mobilisée est celle liée aux différences d'âge, de formation selon les générations et d'ancienneté des soignants au sein des équipes, avec une tendance à opposer les « anciens » et les « jeunes » (pour reprendre les qualificatifs utilisés).

Dans le cas des infirmiers, trois générations sont distinguées : les « anciens » infirmiers formés avant 1992[61], qui ont reçu une formation plus complète en psychiatrie (sur 3 ans) et pour certains été formés à la psychothérapie institutionnelle, et ont une plus grande expérience et ancienneté dans le métier ; ceux dont la formation après cette date, généraliste et non spécifique au secteur psychiatrique, jugée (notamment par des médecins) insuffisante et incomplète (limitée à quelques semaines de stage en psychiatrie), mais qui ont pu bénéficier du compagnonnage ; et ceux nouvellement formés, moins qualifiés et expérimentés (notamment parmi les jeunes recrues), et pour lesquels la transmission intergénérationnelle paraît moins assurée.

Dans le cas des psychiatres, deux seulement : les « anciens » et les « jeunes » ou les « modernes », bien que leur formation ait connu de profondes évolutions et une diversification des modèles conceptuels et des approches, parfois contradictoires, orientant les pratiques et éthiques des soins en psychiatrie (Coldefy et *al.*, 2016 ; Gandré et *al.*, 2018 ; Guibet-Lafaye, 2016 ; Lin et *al.*, 2016). Peut-être aussi parce qu'une génération de psychiatres semble avoir déserté l'hôpital public.

Dans tous les cas, le fait que le compagnonnage soit de moins en moins possible joue aussi comme un élément ne favorisant pas la confiance et l'accordage entre les uns et les autres : beaucoup d'anciens infirmiers passés de l'intra à l'ambulatoire. « *Il y a un problème sur le plan de la formation théorique qui s'est réduit à peau de chagrin. Et puis surtout, cette transmission par les anciens qui ne se fait pas pour une raison simple, c'est que les anciens il y en a plus beaucoup* » (PH, 6). A quoi s'ajoutent les difficultés à remplacer les chefs de service partant en retraite – à l'exception d'EPSM plus attractifs).

Les différentiels de formation entre les infirmiers, entre les psychiatres, et entre les uns et les autres, combinés au déficit de transmission intergénérationnelle entre infirmiers mais aussi entre médecins, expliqueraient, en partie ou pour une part au moins, les difficultés des uns et des autres à se faire confiance, les tensions et difficultés d'accordage au sein des équipes, et concouraient à affaiblir les collectifs de travail.

La diversité d'appréhension du recours à l'isolement et la contention est exemplaire des tensions, conflits qui peuvent émailler les équipes soignantes. « *Il y a des professionnels qui arrivent à les*

[61] La réforme de la formation au diplôme d'infirmier date de 1992 et marque la disparition de la spécificité du diplôme d'infirmier en psychiatrie.

concevoir comme un moment de soins, et d'autres qui sont très en difficulté parce qu'ils ne voient ça que comme quelque chose de punitif. Et ils ne voient pas leur rôle de soignants, ils voient une espèce de rôle de tortionnaire à attacher des patients ou à les enfermer » (DS, 6). Dans cette partition, le niveau de qualification et d'expérimentation paraît déterminant – même si d'autres paramètres jouent comme « *la façon dont c'est expliqué et envisagé en équipe et avec les médecins* » (DS, 6). Parmi les (jeunes) soignants (infirmiers) moins qualifiés, formés et expérimentés en psychiatrie, notamment à la gestion des situations d'agressivité, de crise et de violence des patients, qu'ils vivent souvent mal, sur le mode de l'agression ou de la persécution, la tentation de recourir aux mesures de contrainte qu'ils peuvent appréhender ou avoir intégré comme des modalités de soins thérapeutiques serait plus grande, même si les motivations derrière sont parfois tout autre, et à visée plus sécuritaire ou de confort pour sa propre pratique professionnelle. « *C'est sûr qu'enfermer un patient la nuit pour que les infirmiers dorment, c'est très pratique.* » (DS, 6). A l'inverse, les infirmiers les plus aguerris, notamment les « anciens » formés à la psychothérapie institutionnelle, seraient plus mal à l'aise avec ces pratiques qui leur paraissent moins relever du thérapeutique que du punitif et les placent dans un rôle qualifié de « tortionnaire » et non de soignant dans lequel ils ne se reconnaissent pas, et plus enclins à adopter une posture compréhensive et réflexive (sur le sens de l'agressivité par exemple) et à rechercher des alternatives à ces mesures. « *Des jeunes infirmiers me disent : ''Ils* (les patients) *sont tellement soûlants que franchement ils mériteraient d'être plus isolés''. Alors qu'un ancien infirmier va être plus dans : ''Attends, on va essayer de comprendre pourquoi il nous soûle, quelle est son histoire, quel est le sens de l'agressivité, qu'est-ce que ça veut dire dans le transfert et le contre-transfert ?''. Et ça, ça créé des conflits, des incompréhensions* » (SST, 6).

Les conflits et incompréhensions peuvent également opposer les soignants, notamment les infirmiers, à la hiérarchie médicale et le clivage entre « anciens » et « modernes » se répéter. Des interlocuteurs vont jusqu'à évoquer une perte de confiance mutuelle entre les uns et les autres : « *Les équipes disent que les nouveaux médecins qui arrivent ne leur font plus confiance, ou les anciens ne font plus confiance aux nouveaux infirmiers ou aux nouveaux soignants* » (CHSCT, 1). Et des situations qui traduisent une difficile coopération, comme « *des décisions qui sont prises dans une équipe et qui sont ensuite squeezées par le médecin* » (CHSCT, 1), ou à l'inverse des prescriptions prises par des (jeunes) médecins (nouvellement recrutés) porteurs d'une conception des soins n'emportant pas l'adhésion des équipes, remises en question (par exemple le dosage des médications) par les soignants qui refuseraient de les appliquer ou de prendre en charge des patients : « *Les médecins nouveaux sont harcelés par des soignants parce qu'ils font des prescriptions qui ne conviennent pas*. *Et maintenant ça gagne les unités de l'extra hospitalier* » (DRH, 5). Si dans certains services la sur-médication de certains patients est décriée par des soignants ayant une certaine ancienneté et faisant valoir leurs expériences et savoir-faire guidés par des modèles théoriques pas nécessairement congruents avec ceux mobilisés par les « nouveaux » médecins, dans d'autres services c'est la sous-médication des patients et le « laxisme » des médecins face aux comportements (agressivité, violences verbales) ou pratiques (consommations de toxiques) des patients (DRH, CHSCT 6) dont se plaignent les soignants plus souvent jeunes et moins expérimentés. Cela donne une idée de la multiplicité des configurations dans lesquelles les conflits, les divergences de vue et incompréhensions entre les équipes soignantes et médicales sont susceptibles de survenir.

L'une d'elles, propice à leur expression, est le changement/renouvellement de chefferie de pôle porteuse à la fois d'un nouveau style managérial et d'un projet de pôle avec une conception renouvelée (ou plus affirmée) des soins, plus orientée vers la réhabilitation psychosociale par exemple, auquel n'a pas été suffisamment associée et/ou n'a pas adhéré l'équipe, médicale et soignante. Dans ce type de configuration, les soignants les plus anciens (notamment les infirmiers) peuvent avoir le sentiment d'être disqualifiés dans leurs pratiques et leurs expériences, et niés dans leurs expertises. « *Il y a eu une délégitimation des pratiques habituelles et donc là les collectifs de travail l'ont ressenti très fortement comme une remise en cause de leurs compétences*. *Il y a eu le sentiment de ne pas être pas être entendus quand ils disent que mettre les patients à la rue – comme ils disent - très rapidement ou plus rapidement que par le passé, ça se traduit par des rechutes et des crises qui reviennent plus souvent, et que donc ce n'est pas profitable pour le patient* » (DRH, 5).

2.8.4 Des enjeux de pouvoir et de territoire

Sont aussi rapportées des difficultés de coopération/conflits entre médecins, liés à des enjeux plus ou moins intriqués d'égos, d'hostilité, de lutte d'influence, de pouvoir, de territoire au regard de la logique de sectorisation qui peut conduire à considérer qu'il revient à chaque pôle de gérer ses difficultés. « *Entre les pôles, il y a très peu d'entraide, de solidarité pour aller dépanner. Par exemple, on avait des services à 25 lits qui sont passés à 20 lits. On nous dit : ''Ah bah oui, mais c'est pas des lits de notre secteur''. Ça veut dire que là, on refile la patate chaude à l'autre secteur. Chacun vit un peu dans son pôle ou dans son service, et ne regarde pas tellement les difficultés du voisin* » (CHSCT, 2). Ou, encore, qu'il revient à chaque médecin/chaque pôle de gérer ses patients : « *C'est mon patient. Certains médecins vont se vexer parce qu'un autre médecin a pris la décision d'hospitaliser l'un de ses patients* » (CHSCT, 1). Ces logiques d'égos, de pouvoir et de territoire peuvent heurter les équipes car elles entrent, de leur point de vue, en conflit avec les intérêts et les droits des patients de recevoir des soins de qualité, par exemple (une continuité des soins *vs* la discontinuité). Ce type de situations génèrent des conflits éthiques pour les soignants tiraillés entre les injonctions/exigences des médecins et ce qu'ils considèrent être le bien-être des patients (i.e. des soins qui leur seraient plus favorables) : « *Pour les soignants, ça crée un conflit éthique dans leur pratique parce qu'on pense que certaines décisions ne sont pas seulement motivées par l'intérêt du patient* » (CHSCT, 1).

Dans un contexte de pénurie médicale, la charge de travail déjà lourde peut aussi constituer un frein. Si des solidarités peuvent se mettre en place, elles reposent bien souvent sur les bonnes volontés des uns et des autres : « *J'essaie de voir comment on peut mettre une solidarité en place, ça ne se fait pas pour l'instant.* Quels sont les leviers que vous essayez d'activer ? *C'est de s'appuyer sur les bonnes volontés pour voir comment on peut aider les services où il n'y a pas de chef de service, où il y a un chef de service par intérim qui n'y met pas les pieds.* » (CME, 3).

2.8.5 Des styles de management néfastes

Les tensions et le manque de cohésion au sein des collectifs de travail sont aussi liés aux styles ou formes de management de la part de la hiérarchie médicale (médecins-chefs) et/ou soignante (cadres), peu, pas ou mal formée à l'encadrement et la gestion d'équipe, ou dont la formation suivie impacte peu les pratiques et les postures professionnelles de manière durable (« *Le naturel revient au galop, les personnes reprennent leurs mauvaises habitudes de comportement envers le personnel* » – CHSCT, 6) jugées inappropriées et néfastes voire maltraitantes, jusqu'à aboutir, parfois à des départs en masse et un mal-être au travail.

Par exemple des managements qualifiés de très autoritaires, où aucune parole dissonante n'est admise par le chef de pôle, où chacun doit rentrer dans le rang (faible autonomie, manque de reconnaissance), et certains postes sont déconsidérés (par exemple le cadre supérieur de pôle, juste toléré par le chef de pôle), peuvent mettre les équipes en grande souffrance et générer des situations de *burn out* (même si par comparaison à d'autres services ou pôles identifiés comme beaucoup plus dysfonctionnant, le service peut fonctionner plutôt bien, est-il observé).

A l'inverse, l'absence, la faible ou l'insuffisante présence d'un chef de service (par exemple en cas d'intérim) ne remplissant pas le rôle de leader attendu (comme le soutien clinique) et laissant trop de latitude et de marge de manœuvre à l'équipe est aussi susceptible d'impacter la cohésion au sein des équipes, médicales et soignantes, de mettre en difficulté le collectif de travail (faiblement soutenu) et le travail collectif, particulièrement dans le cas d'une équipe déjà affaiblie (par exemple une équipe médicale composée d'un seul senior et de médecins en cours de formation). Cette trop grande autonomie au travail est susceptible d'alimenter parmi les soignants le sentiment d'être « *livrés à eux-mêmes* », et de les confronter à des dilemmes ou conflits éthiques, par exemple « *entre la culpabilité de demander une mesure d'isolement et la crainte de se faire agresser par des patients qui sont parfois un peu difficiles* » (CME, 3).

Autres cas de figure. Des managements avec des modes de communication dits « *maladroits* », ou des « *erreurs de langage vécus comme du mépris* », du type : « *Maintenant, avec moi, on va faire de la vraie psychiatrie* » (DRH, 4), ayant pour effet de disqualifier les pratiques, les compétences et savoir-faire des équipes. Et/ou des managements peu participatifs, par exemple n'associant pas les équipes à la réécriture du projet de pôle et niant leur expertise. Ces situations peuvent générer des divisions et des désaccords profonds, aboutir à « *des guerres de tranchée, des violences psychologiques, verbales voire physiques* » (DRH, 5), plomber les ambiances de travail, jusqu'à motiver les départs des plus anciens qui ne se reconnaissent pas dans les nouvelles orientations ou manières de faire, ou faire fuir les dernier(e)s arrivé(e)s tant le climat de travail est délétère.

Sont aussi déplorés « *des gros soucis de management* » parmi les cadres supérieurs peu présents sur le terrain, éloignés du travail concret, peu à l'écoute et dans le soutien des équipes, et dont il est dit qu'ils paraissent parfois plus soucieux de donner une image positive du service que de faire remonter les problèmes soulevés ou rencontrés par les équipes. Avec le risque que ne s'instaure un climat de méfiance voire de défiance des soignants à leur égard. « *Avant, ils étaient des soutiens, des endroits où on était écouté, soutenu. Maintenant, on a l'impression que le seul objectif est de ne pas faire de vague, que le service fonctionne et que l'on n'ait pas besoin d'en parler plus haut. Du coup, il s'instaure une sorte de méfiance, avec des cadres qui sont suspectés de ne pas faire remonter toutes les choses du terrain* » (CHSCT, 1). D'autres facteurs peuvent complexifier les relations entre les soignants et leur hiérarchie et entacher la confiance des premiers envers les seconds, comme l'absence d'expérience en psychiatrie des cadres supérieurs souvent perçue par les soignants comme un désavantage venant jeter le discrédit sur leurs compétences, ou bien encore les liens d'interconnaissance tissés antérieurement dans le cas des collègues infirmiers accédant au poste de cadre.

Comme le relève Pisarik (2021), si les tensions entre collègues n'empêchent pas l'entraide (pour réaliser une tâche par exemple), il n'en est pas de même des tensions avec l'encadrement, susceptibles de priver le(s) salarié(s) concerné(s) du soutien ou de l'entraide des collègues qui, pour rester à distance de ces conflits relationnels et ne pas y être pris eux-mêmes, par peur ou crainte des conséquences pour eux-mêmes, préfèrent ne pas prendre parti et le laisser faire à toute intervention, au risque, comme cela a déjà été évoqué précédemment, de cautionner des situations pourtant difficilement tolérables, tels les phénomènes d'emprise et de violence au travail qui témoignent d'un affaiblissement des collectifs des travail sous l'effet des mutations des organisations de travail.

Les questions de management font partie, nous l'avons vu, des problématiques identifiées comme majeures dans les facteurs de RPS au sein des EPSM. Les situations les plus aigües tendent à focaliser l'attention au sein de l'institution : elles sont le plus souvent remontées aux acteurs-clés de la prévention des RPS et les instances dédiées saisies à cette fin. « *Des situations de maltraitance, de comportements inadaptés envers le personnel et autre, c'est du 1er janvier au 31 décembre. Donc on intervient parfois et ça se règle beaucoup plus facilement. Mais pas sur une unité comme celle actuellement qui concerne un pôle entier et qui touche le haut de la tête, de l'encadrement* » (CHSCT, 6). « *Ce qui ressort en CHSCT, c'est les RPS liés au management. On est rarement saisi de situations de violences de patients à l'égard de soignants. Ça se produit, mais ce n'est pas utilisé. On a l'impression que la violence des patients est seconde, ou secondaire* » (DRH, 5). Cette tendance semble concerner tous les EPSM et paraît exacerbée dans ceux de grande taille (2, 5), à l'exception de l'un d'eux (6) où, si ces problématiques n'étaient pas absentes, les phénomènes d'agression et de violences (verbales, physiques) à l'encontre du personnel soignant étaient décrits comme plus préoccupants dans un contexte de dotation de moyens (en personnel soignant et médical) moins élevé (inférieur par comparaison à d'autres établissements du même groupe), de sous-effectif soignant et déficit de formation des soignants majoritairement jeunes et féminins.

Entre les problèmes de management, de communication, les formes de maltraitance et de harcèlement, les frontières sont floues, poreuses, les problématiques souvent intriquées et difficiles à démêler. Décrypter et résoudre les problématiques de conflits au sein des équipes et/ou avec la

hiérarchie[62], parfois intriqués à des conflits interpersonnels, reste un exercice difficile. La diversité des vécus, des points de vue et analyses portés sur une même situation rend leur appréhension et leur compréhension délicate. « *C'est très compliqué de savoir ce qui se passe vraiment, parce que sur la même situation, j'ai deux versions qui s'opposent et comme je ne suis pas présente sur place, je ne sais pas quoi en faire en gros. Parfois, telle personne vient me relater quelque chose, elle a déjà un passif avec la personne, donc c'est vraiment tout emmêlé* (DS, 6).

La prise en compte des points de vue et analyses entre les différentes parties prenantes et partenaires de la prévention des RPS (syndicats, DRH, psychologues, médecins du travail, etc.), pour croiser les regards et les informations, est souvent avancée comme une solution privilégiée, pour analyser les situations, identifier les facteurs en cause et les leviers à activer. « *Quand on est dans des situations un peu aigües, c'est comme ça que l'on procède : essayer de croiser un petit peu les analyses. Les syndicats en font partie* » (DS, 1). « *On a toujours une réunion entre nous, entre le psychologue du travail et mon adjoint ou moi-même, on fait le point et on essaie de confronter les points de vue qui ne sont pas toujours identiques d'ailleurs. On a parfois des sources d'informations différentes sur la nature des problèmes de l'équipe. Il est intéressant de pouvoir tenir compte de ce que disent les uns et les autres pour essayer de résoudre des problématiques d'équipe* » (DRH, 3). Il n'en reste pas moins que dans certaines situations il peut être difficile d'y voir clair et de démêler/départager les choses. « *Tout n'est pas ou blanc ou noir d'un côté ni de l'autre. La vérité est probablement au milieu, comme très souvent* » (DS, 6). Et que les difficultés peuvent perdurer en dépit des solutions mises en place pour tenter de les infléchir : « *On a changé les cadres, ou les cadres sont partis d'eux-mêmes, puisqu'ils étaient maltraitants. Les nouveaux cadres sont confrontés aux mêmes difficultés. On a changé le profil de recrutement des infirmières, mais ça ne change pas fondamentalement les choses. Maintenant, on a des équipes clivées, les anciens contre les modernes, et il y a une maltraitance diffuse* » (DRH, 5).

[62] Ceci sachant que seuls les conflits les plus saillants remontent. Les autres semblent plutôt être gérés au sein des équipes. Leur moindre visibilité/remontée est sans doute ce qui explique que certaines DRH considèrent les conflits d'équipe peu nombreux et d'autant moins que la discussion et l'échange entre le personnel soignant considérés comme plus fortement ancrés en psychiatrie que dans d'autres disciplines sont perçus comme des moyens de les régler plus facilement. Cependant, comme cela a déjà été dit, cela reste hypothétique et incertain compte tenu du recul des temps d'échange en équipe dans certains EPSM et/ou de la moindre présence des cadres sur le terrain pour réguler les conflits.

III/ Quid de l'impact des pratiques de soins sur la santé mentale au travail ?

Dans les discours des interviewés, la pénibilité et la souffrance au travail tiennent davantage à ses conditions de réalisation, dégradées dans un contexte de profondes mutations du secteur, qu'à la nature même du travail, et à sa dimension émotionnelle (Loriol, 2013). Les pratiques de soin liées à la spécificité du métier et leur impact potentiel sur la santé mentale au travail des soignants de psychiatrie sont plus rarement mis en avant, et très peu de manière spontanée. A l'exception des situations d'agressions et de violences (verbales, physiques) les plus rapportées car identifiées comme l'un des facteurs de risque majeur pour la santé mentale et physique auquel expose le métier de soignant en psychiatrie, les exigences émotionnelles liées aux pratiques de soins et au contact avec des patients en situation de souffrance, de détresse et/ou vulnérabilité sont assez peu évoquées, plus souvent passées sous silence. La souffrance des soignants dans la relation/les pratiques de soin reste ainsi en grande partie occultée, comme indicible ou difficile à révéler[63]. La problématique de l'usage de la contrainte dans les pratiques de soin n'échappe pas à cette règle qui semble s'imposer aux soignants.

La réaction première des interlocuteurs interviewés au cours de cette phase préliminaire était de nous renvoyer vers les premiers concernés, les soignants « en première ligne », jugés mieux placés qu'eux pour en parler, mais tous s'accordaient pour dire qu'ils en avaient assez peu d'échos ou de retours de la part des agents. L'absence de partage autour du vécu du soin et des ressentis provoqués par l'usage de la contrainte (colère, frustration, dilemme, souffrance…), est révélateur du tabou entourant cette question : objet d'un déni par les soignants eux-mêmes et/ou d'une stratégie de défense collective (Dejours, 2009) visant à préserver une identité professionnelle, elle parait aussi peu prise en compte par l'institution – pas plus que par les autorités sanitaires dans le déroulement des carrières des agents (Holcman, 2018). Ce n'est qu'à force de relances des interlocuteurs sur cette question que des voix, assez timides cependant, reconnaissent et mettent au jour des aspects des vécus et ressentis des soignants, quand ils ne minimisent pas le problème ou n'éludent pas la question, banalisée ou normalisée comme faisant partie des exigences ou routines du métier, et des représentations collectives qui permettent d'en mieux supporter les contraintes spécifiques.

3.1 Les soignants (infirmiers) à l'épreuve de la relation d'aide – entre idéologie du soignant fort et banalisation des exigences (émotionnelles) du métier

3.1.1 La personne du soignant, support du soin relationnel en psychiatrie

La relation à l'autre, un autrui fragilisé, en situation de vulnérabilité, est au fondement des métiers du soin et du prendre soin, tout particulièrement en psychiatrie où, traditionnellement, le soin se veut avant tout relationnel : plus qu'une dimension relationnelle du soin, c'est la relation même qui est l'objet du travail. Cette relation engage le soignant non seulement dans ses savoirs faire, savoir être et savoirs expérientiels acquis au fil de la pratique, mais aussi dans la globalité de sa personne (sa créativité, sa personnalité, ses ressources propres, en lien avec son parcours biographique et ses expériences personnelles, etc.), ce qui fait de sa personne (mobilisée dans cette relation) un support majeur du soin ou du dispositif thérapeutique (relationnel, conversationnel…) – du moins en théorie, car comme nous l'avons vu, le soin relationnel pâtit du manque de formation du personnel soignant (moindre investissement dans la relation à l'autre) et de la multiplication d'un ensemble d'activités/de procédures normatives qui doivent être effectuées au détriment du cœur de métier, qui ont pour effet de l'amenuiser.

[63] Ce constat n'est pas spécifique aux soignants de psychiatrie et concerne le secteur de la santé en général (Holcman, 2018a). Les études de la DREES montrent que si le travail au contact avec des personnes en situation de détresse et/ou de vulnérabilité est manifeste et rapporté par plus de 90% des soignants des établissements hospitaliers publics en 2019, près de 40% d'entre eux déclarent « devoir toujours ou parfois cacher ses émotions » (Pisarik, 2021), avec des variations selon les catégories professionnelles (39% des médecins déclarent ce sentiment, contre 42% des aides-soignants, 44% des agents d'entretien et 45% des infirmiers).

Si le soin relationnel n'occupe plus nécessairement une place aussi centrale, voire semble être parfois relégué à l'accessoire (Combret, 2018), la relation à l'autre n'en reste pas moins une dimension importante du travail des soignants, notamment des infirmiers et aides-soignants qui font partie des professionnels qui passent le plus de temps avec les patients. « *Les infirmiers, c'est vrai qu'eux, comme ils nous disent, ils vivent avec les patients* » (CME, 3). La conduite à tenir dans cette confrontation est régie par un ensemble de prescriptions ou d'injonctions normatives, comme l'empathie, s'engager « ni trop, ni trop peu » dans la relation thérapeutique, fondant l'idée d'une « juste distance » qui serait professionnelle, ou encore apprendre à gérer ses émotions (dégoût, colère, peur, frustration...).

3.1.2 Des exigences émotionnelles au contact de l'autre : un facteur majeur de risque pour les psychologues du SST…

La relation d'aide et le contact avec des populations confrontées des souffrances et des troubles psychiques de forte intensité, des pathologies chroniques avec des rechutes pouvant être vécues par les soignants comme un échec thérapeutique, souvent dans des situations de grande précarité en tous genre (familiale, sociale, économique, culturelle, lié à des parcours de migration) ou de pauvreté – particulièrement en psychiatrie publique de secteur, drainant une population moins favorisée socialement et économiquement –, soumettent nécessairement les soignants à de fortes exigences émotionnelles qui peuvent être difficiles à vivre et aboutir à des phénomènes d'épuisement professionnel et de *burn out*[64].

Les exigences émotionnelles sont ~~d'ailleurs~~ considérées par certains interlocuteurs, des SST notamment, comme un facteur majeur de risque en psychiatrie, sensiblement accru avec la pandémie du COVID, et les émotions ressenties susceptibles de générer des contre-attitudes parfois délétères et d'impacter la prise en charge du patient. « *Les exigences émotionnelles font partie, à mon sens, d'un grand facteur de risque en psychiatrie. Il s'agit de gérer ses propres émotions pour prendre en charge celles des autres. C'est très difficile, d'autant que la pandémie augmente le niveau d'anxiété. La capacité à gérer ses émotions est donc réduite, on peut donc s'emporter plus vite, être moins patient, moins bienveillant, ce qui peut impacter les prises en charge. Les exigences émotionnelles sont très difficiles, entre la maîtrise des émotions, la confrontation à la souffrance d'autrui, les tensions et l'attention et la vigilance qui doivent être portées en permanence dans le service pour voir les signes qui vont alerter sur une personne qui va mal. Il n'y a pas un voyant qui dit qu'il y a une urgence dans telle chambre. Il n'y a rien, sauf sa propre vigilance* » (SST, 1). Au-delà de la pandémie, des conditions de travail, dégradées et/ou vécues comme éprouvantes, font de la maîtrise de ses émotions un exercice difficile et délicat, et constituent le terreau de possibles dérapages.

3.1.3 …minimisées par les soignants, sauf à ce que à cet autre s'écarte de leur idéal du métier

Il est toutefois assez peu fait cas de la spécificité du travail et des atteintes ou affects provoqués par le soin et/ou le contact avec cette patientèle. Les quelques témoignages restent rares et peu étayés. « *On est confronté à la misère, à des situations sociales compliquées et à des situations cliniques. On reçoit des patients psychotiques, avec souvent des situations sociales intriquées. On s'en prend aussi plein la tête parfois. Ce n'est pas évident. Il fait pouvoir faire la part des choses. Travailler en psychiatrie, c'est particulier. On doit s'occuper de toute la dimension psychosociale. C'est assez*

[64] Rappelons que le *burn out* a d'abord été mis en évidence dans les métiers d'aide ou le travail centré « sur autrui » et notamment les soignants, et que la relation d'aide et le contact avec la clientèle/patientèle seraient déterminants dans son émergence. Pour ces « métiers-passions » valorisant l'engagement personnel et porteurs d'un idéal du métier, le surinvestissement dans la relation à l'autre et les attentes déçues seraient les principaux facteurs de risque (Loriol, 2009). Pour Chistina Maslach, le *burn out* comporte trois dimensions qui se développent en réponse au stress professionnel et sont articulées entre elles (Maslach et Leiter, 2016) : l'épuisement émotionnel (difficulté à gérer ses émotions dans la relation d'aide) qui peut générer des effets délétères dans la prise en charge de la clientèle/patientèle (dépersonnalisation) et une autoévaluation négative de son travail ou efficacité professionnelle (accomplissement personnel).

large. On sait que lorsqu'ils vont sortir de l'hôpital, la situation ne sera pas résolue. Parfois des patients reviennent, on est confronté à une sorte d'échec thérapeutique » (CHSCT, 2). Ils vont rarement au-delà du constat selon lequel « *le travail en psychiatrie est particulier et pas évident* », notamment dans les services intra-hospitaliers accueillant des personnes dans des situations de crise ou de phase aigüe, réputés être plus lourds à gérer et/ou éprouvants pour les soignants (plus forte intensité de la souffrance, phénomènes de rechutes, formes d'agressivités et de violences potentiellement accrues…), même si les vécus peuvent différer plus ou moins fortement selon leur niveau de qualification, d'expérimentation et d'ancienneté dans le métier ou dans le service, selon les ambiances de travail et le degré de cohésion d'équipe, et selon les stratégies développées (routines, représentations collectives) au sein du collectif de travail/du service pour y faire face.

Si l'on exclut ici les formes d'agressivité et de violence des patients (traitées plus loin), les quelques cas de figure où la charge émotionnelle dans les rapports à la patientèle est rapportée concernent des situations où la réalité diffère de l'idéal que les soignants se font de leur métier :

- Soit la confrontation à des populations qui, de leur point de vue, relèveraient moins de la psychiatrie que d'autres filières (comme la justice…) ou d'autres types de prise en charge (UMD, structures spécialisées dans la prise en charge d'autismes sévères, ou de personnes âgées ayant des troubles cognitifs sévères), qui génère une palette d'émotions diversifiées (souffrance, peur, inquiétude, angoisse, colère, culpabilité, tristesse,…) dans les équipes/les services peu outillé.e.s pour y faire (manque de moyens humains, locaux inadaptés, défaut de formation du personnel).

- Soit la confrontation à des situations de précarité et de vulnérabilité sociale de la patientèle nécessitant des accompagnements spécifiques amenant les soignants à jouer un rôle, d'éducateur, dans lequel ils ne se reconnaissent, alimentant le sentiment d'une déqualification. « *Je pense à un pôle où les soignants ont plus le sentiment que les patients avec lesquels ils travaillent sont psychiatriques mais ont aussi beaucoup de problèmes sociaux, financiers, de précarité, et donc ils ont le plus sentiment d'être éducateurs, que soignants, à travailler sur la civilité, dire bonjour, etc. Et ils disent ''nous on n'a pas choisi ça pour faire ça''* » (SST, 6). Dans certaines configurations, il n'est d'ailleurs pas exclu que le contact avec des populations très vulnérables puisse constituer une cause de désertion de certains pôles/services par les soignants. La sociologie particulière de certains territoires géo-démographiques couverts par des pôles/secteurs (notamment parisiens) drainant des populations en situation de grande précarité, d'origine migrante, non francophones, SDF, pour certaines sans identité connue, sous l'emprise de substances psychoactives illicites, adressées en psychiatrie dans le cadre de SDRE (préfet) pour menace à l'ordre public, était invoqué par un interlocuteur (DRH) comme un des facteurs explicatifs de la désertion des soignants (dans l'un de ces pôles, une trentaine de postes étaient vacants au moment de l'entretien).

Ou bien cela concerne des situations qui prennent place dans un espace-temps de transition, perçues comme ayant un potentiel d'hétéro-agressivité élevé, sources d'inquiétude et vécues comme des moments de plus grande tension : notamment les transferts depuis les urgences de patients accompagnés par les forces de l'ordre pour des soins sous contrainte, dont l'accueil dans les services d'intra sont sources d'inquiétudes et d'angoisses au sein des équipes soignantes qui peuvent se sentir assez démunies compte tenu de l'inadéquation/la faiblesse des moyens (humains, organisationnels, architecturaux) mis à leur disposition : « *Vous avez un patient extrêmement violent, interpellé par la police, garde à vue, levée de la garde à vue et orientation vers un service d'urgence pour évaluation de son état psychiatrique et puis orienté en psychiatrie puisqu'il est irresponsable de ses actes. Et ce patient vient des urgences, souvent accompagné par la police. Vous avez 10 flics, qui arrivent à l'entrée du service, et puis à 3h du matin, vous avez 2 infirmières de nuit, de faible gabarit, qui accueillent ce furieux, et tout le monde trouve ça normal. Donc, avant d'entrer dans le service, il y a 10 flics. Une fois qu'il a passé le pas de la porte il y a 2 pauvres infirmières de nuit et ça suffit. Vous voyez le décalage. Et ce sont des choses qu'on vit quotidiennement. Tout ça, évidemment, génère de l'angoisse, de l'inquiétude, et aussi des arrêts de travail, de la dépression* » (PH, 6). Ou cela concerne

des transferts de détenus vers la psychiatrie[65], ainsi que des situations dites de « réintégration » de patients en rupture de soin nécessitant une hospitalisation.

3.1.4 Des stratégies d'adaptation-dissimulation : tenir le coup plutôt qu'avouer ses limites

Tournés vers le souci de prendre soin de l'autre, un autrui jugé en plus grande souffrance qu'eux-mêmes face auquel se plaindre serait comme déplacé, les soignants semblent peu enclins à en parler et peuvent avoir tendance à nier ou minimiser leurs ressentis ou vécus de souffrance, jusqu'à s'oublier soi-même. Pourtant, au contact de la souffrance de l'autre, ils peuvent aussi se trouver renvoyés à leurs propres sensibilités, histoires ou failles. « *Admettre que parfois, on peut être en difficulté, ça renvoie aussi à une prise de conscience. Ce n'est pas parce qu'on a choisi de travailler en psychiatrie que l'on est super fort et solide, ou qu'on est insensible. On a choisi la psychiatrie parce qu'on a des motivations diverses et variées. On a une fibre pour le lien social, la relation à l'autre. On doit être empathique. Mais parfois, certaines situations nous ramènent à notre propre situation, c'est un peu compliqué de prendre du recul* » (CHSCT, 2).

A la difficulté de prendre du recul sur certaines situations et conscience de ses propres difficultés, s'ajoute l'idéologie du « soignant fort » qui ne concerne pas que les conditions de travail[66] mais vaut plus largement pour les pratiques et la relation de soin dont les exigences émotionnelles, intégrées comme faisant partie des règles, contraintes ou risques du métier. Adossée à des valeurs devant régir/réguler les conduites à tenir et auxquelles les soignants doivent se conformer, cette règle normative véhicule une forme d'idéal susceptible de se retourner contre eux, à vouloir prendre sur eux et à tenir le coup, quel qu'en soit le coût pour leur propre santé, physique ou psychique. Elle conduit les soignants à développer un ensemble de stratégies, d'adaptation et de dissimulation pour « faire face » et « tenir la face », comme masquer ses propres failles, minimiser ses ressentis négatifs, ses émotions ou difficultés à les gérer, ses angoisses ou ses vécus de souffrances, dans la confrontation à la relation à l'autre et/ou à des événements violents. « *J'ai des collègues qui font face à des situations de burn out. C'est difficile parce que les gens ont des difficultés à en parler. Ce n'est pas facile de dire qu'on est en difficulté. J'en connais deux, je n'ai pas le détail, mais je sais que l'une est en lien avec des événements de violence auxquelles elle a été confrontée et qu'elle n'a pas supportés. Je crois que l'autre exemple est aussi en lien avec les conditions de travail* » (CHSCT, 2). Oser rompre le silence et partager ce vécu, le révéler et le mettre au jour ne vont pas de soi. Cela paraît d'autant plus difficile que ce pourrait être interprété par le soignant lui-même et/ou ses collègues comme un aveu/un signe de faiblesse, qui plus est susceptible de le faire passer de l'autre côté de la barrière et changer de statut (de soignant à patient), voire l'exposer à des sanctions diffuses au sein de la profession (sarcasmes, rires, mépris, disqualification) (Ogien, 1990).

Solliciter le psychologue du SST pour en discuter ne semble pas plus évident. Des organisations syndicales qui voyaient en l'arrivée d'un tel professionnel au sein de leur établissement « *une très grande avancée* », ont été surprises de voir que le personnel soignant le sollicitait peu pour des entretiens individuels. « *Les agents, sur le terrain, même ceux qui en ont besoin, ne l'utilisent pas. C'était l'une de nos grandes découvertes aussi. En psychiatrie, on a l'impression que les psys sont toujours bons pour les autres ! Ça m'étonne qu'on ne recoure pas davantage à des entretiens individuels. Ça ne sort pas* » (CHSCT, 1). De l'avis de psychologues de SST, ces problématiques font d'ailleurs partie de celles qui sont les plus difficiles à appréhender. « *Ça ne se discute pas facilement ces difficultés-là, c'est même ce qui est le plus difficile à approcher. Dans un hôpital de jour avec des enfants, une cadre a fini par me dire : ''Mais on n'arrive jamais à parler de ça en fait''.*

[65] Dans l'un des EPSM (1) où ces deux derniers cas de figure ont été évoqués, ces situations ont donné lieu au développement de protocoles spécifiques avec la possibilité d'interventions conjointes soins-forces de l'ordre pour sécuriser et rassurer le personnel soignant.

[66] Nous avons vu dans une section précédente que, conjuguée avec des formes de banalisation ou normalisation de situations de travail et d'omerta dans les services, cette idéologie constituait un frein à l'expression de souffrances/l'identification de potentielles difficultés vécues au travail (harcèlement, épuisement, *burn out*, etc.) et à la discussion autour des enjeux de santé au travail.

Ce sont des questions compliquées. Il y a un peu de littérature sur ce genre de sujet. Comme pour les policiers, pour la peur » (SST, 3). Le rattachement des psychologues à l'institution peut constituer un frein et les soignants peuvent préférer engager des démarches en dehors de l'institution. « *Mais ça c'est la problématique du soignant de psychiatrie qui a du mal à faire cette démarche. Et en même temps, des gens qui se sont déjà beaucoup saisis à titre perso à l'extérieur, parce que beaucoup d'agents à l'hôpital sont en difficulté psychologique, pour des raisons à la fois historiques, familiales, sociales, et donc ça retentit sur le travail* » (QVT, 5). Mais cette idéologie joue aussi. Le soignant doit se montrer fort, infaillible, cacher ses émotions, ne pas révéler ses difficultés ou ses troubles, et tenir, coûte que coûte, face au patient, face à l'intensité des souffrances et des troubles, pour permettre au patient de tenir. « *On est fort, on n'a pas de troubles psy, on n'a pas de difficulté en termes de gestion de nos émotions. Parce que si le soignant ne tient pas, comment le patient en face peut-il tenir ?* » (SST, 1). Ses ressentis et éventuelles difficultés ou souffrances sont intégrés comme faisant partie de la normalité du travail, ce que Dejours et Molinier qualifient de « normalité souffrante » (1994).

3.1.5 Des professionnels mieux formés et plus outillés pour penser la relation à l'autre ?

D'autant qu'en psychiatrie, plus que dans d'autres disciplines médicales, les professionnels sont aussi censés être formés « *pour pouvoir écouter ce qui est inécoutable parce qu'il faut le dire, le stress, c'est aussi ce qu'on peut entendre parfois, c'est à dire la crudité de certains propos, c'est assez terrible. Donc il faut avoir une formation pour ça, ça ne s'improvise pas (PH, 6).* Il en est de même de *« la fonction de scribe du psychiatre mais plus généralement du soignant en psychiatrie, c'est-à-dite qu'il est là pour prendre note de ce que patient là à dire, il y a que nous qui faisons ça* » (PH, 6). Ils sont donc censés disposer d'outils théoriques et d'approches leur permettant d'être mieux outillés pour penser la relation à l'autre et appréhender ou faire face à la charge émotionnelle qu'implique le travail sur « autrui ».

Et en théorie, il existe un ensemble de dispositifs pour soutenir les soignants dans la gestion et la régulation des émotions/la relation à l'autre, comme le travail en équipe (ou collectif de travail) censé faire « corps », ainsi que les divers espaces d'échange (réunions d'équipe, de synthèse, etc.) et de réflexivité sur les pratiques (débriefing, supervision…) conçus comme autant de lieux offrant des possibilités d'expression, d'analyse et d'élaboration collective des émotions.

La réalité paraît toutefois plus nuancée. Encore faut-il que les collectifs de travail ne soient pas trop malmenés pour jouer ce rôle, et que les espaces-temps d'échange et de réflexion soient effectifs, ce qui est loin d'être assuré (cf. les parties précédentes). Encore faut-il aussi que la mise en place de ces espaces d'expression et de réflexion sur la place des émotions dans prise en charge des patients soient encouragés et soutenus par l'encadrement (chefs de service, cadres) et les directions d'établissements, et que les soignants soient disposés à s'en emparer. Ce qui n'est pas nécessairement le cas.

D'une part la formation, notamment des infirmiers, s'est profondément transformée. Les soignants sont inégalement outillés selon leur niveau de formation et d'expérimentation en psychiatrie et les possibilités de compagnonnage, les jeunes recrues les moins formé.e.s et qualifié.e.s étant les moins loties, par comparaison aux soignants les plus « anciens », notamment les infirmiers de la « vieille école » plus expérimentés, mais de moins en moins présents dans les services d'intra pour assurer une transmission intergénérationnelle des savoirs, savoir-faire et savoir être. Les nouvelles générations notamment d'infirmiers sont décrites comme étant peu formés aux enjeux d'élaboration des émotions (la relation transférentielle, les ressentis éprouvés dans les prises en charge, à ce que leur renvoient les patients et à la manière dont ce pourrait être utilisé), et pas nécessairement enclines à s'emparer des espaces mis en place à disposition (par exemple une supervision à la suite d'une situation difficile) dont elles ne perçoivent pas forcément l'intérêt et/ou pensent ne pas en avoir besoin. « *Ils ne s'en saisissent pas parce qu'ils pensent qu'ils n'en ont pas besoin, ils n'ont pas trop envie d'aller raconter ce qu'ils ressentent en fait. C'est vrai que cette génération n'est pas du tout formée à ça* » (PH, 6).

D'autre part la culture d'élaboration des émotions paraît ne pas ou ne plus autant aller de soi, et/ou être diversement appréhendée, investie et portée selon les orientations théoriques privilégiées dans les services (psychanalytique, comportementaliste, systémique, neurobiologique), ceux d'orientation psychanalytique (même s'ils ne s'y réduisent pas) apparaissant à priori souvent plus porteurs. En outre, faire circuler la parole et favoriser l'expression des ressentis suppose des postures et des dispositions de la part de l'encadrement (notamment des chefs de service), qui ne vont pas de soi. « *Il faut pouvoir dire à un moment donné qu'on n'en peut plus, qu'on est malheureux, parce que ça c'est insupportable, que c'est pas normal. Parce que sinon, quand on garde ça, ça ronge, et après c'est des arrêts de travail, c'est de la dépression. D'ailleurs, je parle assez volontiers de ce que je ressens aussi. Je suis le premier à dire que ce qu'on vit c'est insupportable. C'est essentiel, pour éviter que les gens restent dans leur coin, soient bouffés. Et c'est essentiel pour la bonne santé d'un service que les infirmiers prennent la parole dans les réunions comme tout le monde. C'est indispensable, ça, c'est une des premières choses qu'il faut pouvoir faire, c'est à dire que la parole circule. Et ça, ça ne se prescrit pas. On vous apprend les bonnes pratiques de management mais ça on ne peut pas l'apprendre. On a un petit faux self quand même souvent, mais bon, enfin ça se voit quand même si vous raconter des salades* » (PH, 6).

Enfin, il est des situations pour lesquelles le personnel de psychiatrie est jugé pas mieux ou pas plus outillé que les autres pour y faire face, comme le suicide ou la mort de patients qui des faits rares mais pas exceptionnels – très largement passés sous silence au cours des entretiens réalisés –, dont l'impact sur les soignants est jugé plus fort en cas de liens d'interconnaissance forts avec un patient connu et/ou suivi de longue date : « *Et là, bizarrement, on ne se dépatouille pas mieux que les autres, c'est pas parce qu'on fait de la psychiatrie, qu'on a des collègues formés au psycho-traumatisme et compagnie, que on faisait mieux que les autres* » (PH, 6).

3.2 L'indicible souffrance au travail des psychiatres – une « boîte noire »

Pour ce qui concerne les psychiatres, il semble y avoir encore moins de visibilité sur le phénomène. « *Il y a eu pas mal de questionnaires de syndicats professionnels de psychiatres et tout ça, sur qu'est-ce qui vous fatigue, qu'est-ce qui est le plus dur dans la profession, est-ce que vous trouvez que… Moi je l'ai envoyé à tout le monde, je ne suis pas sûre que les gens aient beaucoup renseigné les choses* » (CME, 6).

3.2.1 Entre minimisation et « fierté » à « faire face »

Certains interlocuteurs – psychiatres – ont tendance à minimiser la souffrance liée à la spécificité de l'exercice/du travail en psychiatrie, qui semble intégrée comme faisant partie des exigences/contraintes du métier, ou alors à y voir l'expression de fragilités personnelles (en résonance avec leur grille de lecture). La plupart des interlocuteurs psychiatres sont plus enclins à reconnaître la pénibilité et la souffrance au travail en lien avec la charge de la responsabilité légale que fait peser sur eux l'activité hospitalière (notamment la multiplication des certificats médicaux, ou encore le stress d'une décision de sortie d'un patient. « *Quand, en tant que psychiatre, vous faites sortir un patient avec des profils pareil, vous prenez un risque à chaque fois parce que si ça se passe mal, ce sera vous qui serez responsable. Imaginez qu'il ait tué. On dira : ''pourquoi avez-vous fait sortir ce patient alors qu'il a failli tuer une infirmière ?'' Et on vit ça tous les jours* » (PH, 6). Ils sont plus disposés aussi à évoquer la charge de travail dans un contexte de pénurie médicale et difficultés de recrutement, et les contraintes de l'exercice à l'hôpital (contraintes horaires, flexibilité de temps et de lieux, pression normative liées aux procédures administratives…), plus qu'avec la nature du travail (les pratiques de soins/le contact avec la patientèle), comme occultée. Il est vrai qu'ils passent aussi moins de temps avec les patients et donc sont donc moins exposés à/au contact de leurs affects (souffrance, angoisse, peur…).

Quelques-uns le reconnaissent à bas mot néanmoins, mais ont tendance à tempérer. Certains conviennent qu'il n'est *« pas simple de faire face à la violence, à la maladie mentale sévère, à la souffrance des parents* » (CME, 3), mais estiment que cela n'est pas propre à la psychiatrie et qu'il y a une certaine « fierté » à y faire face. « *Il y a toujours un peu de fierté, oui. Mal placée. Ce n'est pas propre à la psychiatrie. Oui c'est vrai, peut-être qu'on fait un peu les fiers* » (CME, 3). La notion de fierté est polysémique. Elle peut renvoyer à différents ordres de significations : autant une manière d'afficher sa supériorité dans sa capacité à y faire face, que dissimuler son ressenti pour préserver son amour-propre, sa dignité, son honneur. D'autres admettent qu'il est compliqué d'exprimer sa propre souffrance ou son propre épuisement, mais considèrent que la discipline se prête plus que d'autres à porter une attention à la souffrance des collègues et qu'il est donc toujours possible d'en échanger et de partager entre médecins. « *En même temps c'est compliqué, et en même temps comme on est très sensible quand même à la souffrance, on peut se le dire aussi, enfin ça peut être partagé* », parfois même avec « *des secrétaires très maternantes* » (CME, 6).

3.2.2 Des échanges informels sur la base d'affinités électives restant dans l'entre-soi

Ces échanges semblent davantage relever de l'informel, rester dans l'entre-soi et s'opérer en fonction des relations affinitaires. « *Ça se fait de proche en proche, on mange, on demande des nouvelles* » (*ibid.*). Les réunions médicales peuvent éventuellement être l'occasion d'en parler mais semblent peu investies à cette fin, et il n'existe pas au sein de l'institution d'espaces d'expression qui leur seraient plus spécifiquement dédiés. « *On en parle avec ceux avec qui on a plus d'affinités. Mais c'est vrai qu'on n'a pas institué… Il y a une réunion médicale, on peut être amené à parler de ça. Mais on ne le fait pas trop de parler du combien ça peut être difficile* » (PH, 6). Il n'est d'ailleurs pas certain que cette modalité groupale réponde à leurs attentes, soit souhaitée voire souhaitable (i.e. au risque de s'exposer au jugement des confrères). « *Je ne sais pas si ça a besoin d'être plus structuré, je ne m'en rends pas compte, moi je dirais non* » (CME, 6).

A l'époque où il était d'usage pour beaucoup de médecins psychiatres de se former à l'exercice de la psychanalyse, la supervision individuelle semblait assez répandue et faire partie des usages au sein de la profession. Cela paraît de moins en moins vrai. La pratique, tout comme les lieux pour parler des éventuelles difficultés rencontrées dans leurs prises en charge, semblent s'être raréfiés au gré du recul de l'analyse dans la formation des nouvelles générations de psychiatres. « *De moins en moins de psychiatres sont passés par une analyse. C'est devenu même quasiment plus le cas. Donc ils n'ont pas de supervision. Et il y a moins d'endroits où se rendre pour pouvoir parler de difficultés qu'ils rencontrent dans leur prise en charge* » (PH, 6). Cela n'exclut pas que des psychiatres pratiquant des thérapies, systémiques ou cognitivo-comportementales par exemple, puissent être inscrits dans des groupes d'échange, mais leurs fonction et apport ne sont pas du même acabit et ne sauraient s'y substituer, est-il observé. La raréfaction voire la disparition de la supervision font dire à certains que c'est *« probablement un problème* » (psychiatre, 6), un manque dans l'exercice des psychiatres aujourd'hui.

Quant à la perspective d'en échanger avec les soignants, elle paraît peu désirée ou désirable. « *Je ne pense pas que les médecins aient envie d'en parler avec les soignants. Parce que… ce serait peut-être, comme vous le disiez, un aveu de faiblesse* » (CME, 6). Et il semble en être de même avec les psychologues des SST qui observent être très peu sollicités par les médecins, avoir très peu de contacts avec eux et donc de retours. « *Comment ils vont les médecins ? Parce qu'aujourd'hui je n'ai pas de contacts avec eux, je n'ai pas de retours. Parce qu'un médecin c'est très solitaire, il a appris depuis sa première année à travailler tout seul* » (SST, 1). La norme/conduite à tenir qui paraît s'imposer aux médecins psychiatres est qu'il revient à chacun de gérer seul, à sa manière, comme il peut, ses propres tensions et ressentis. « *J'ai des collègues qui font du sport, de l'escalade, d'autres qui picolent, chacun gère comme il peut* » (CME, 3). « *L'expression ''les cordonniers sont les plus mal chaussés'' est tout à fait juste pour les psychiatres* » (PH, 6).

3.2.3 De la faible prise en compte à l'attention croissante au sein de l'institution

A l'instar des autres spécialités médicales, la souffrance et l'épuisement au travail des médecins psychiatres hospitaliers étaient peu ou pas prises en compte au plan institutionnel – l'émergence récente de collectifs de médecins hospitaliers se réunissant en association pour s'emparer de la question en témoigne[67]. Aucun dispositif d'alerte et d'assistance spécifiquement dédié n'existait, laissant les intéressés isolés et démunis pour y faire face. Tout se passait comme si leur statut leur conférait un traitement à part au sein de l'institution, et qu'ils devaient se débrouiller seuls ou résoudre leurs problèmes ailleurs, en lien notamment avec le Centre national de gestion (CNG) en charge de leurs affectations et suivis de carrière – dont il est dit, toutefois, qu'il n'a pas les moyens de l'assurer, en dehors peut-être des situations de conflit avec ses supérieurs hiérarchiques (chef de service, direction). « *Jusqu'à présent, on avait le sentiment qu'on avait un statut à part qui faisait que… on devait se débrouiller comme on pouvait. Peut-être, comme vous le disiez, que la souffrance des médecins était taboue. Peut-être qu'on pensait que c'était au CNG de faire un suivi de carrière* » (CME, 3).

Des évolutions se font jour cependant, qui semblent traduire une prise de conscience de la problématique et le souci de prévenir les RPS de cette catégorie de personnel[68], mais aussi relever de considérations plus pragmatiques, dans une conjoncture de pénurie médicale, à savoir rendre les établissements plus attractifs et fidéliser les médecins. En témoignaient, dans des EPSM de taille moyenne (1, 3) notamment, la volonté affichée de porter une attention spécifique à la souffrance des médecins afin d'apporter des réponses au cas par cas dès lors qu'en médecin en exprime la demande. « *Ce n'est pas évident pour le corps médical de se sentir concerné par l'approche qu'ils traitent eux-mêmes. C'est très difficile. C'est pour ça qu'on a une écoute, une oreille très attentive, au niveau de ressources humaines, sur les deux entrées qui sont la gestionnaire des affaires médicales et le directeur des ressources humaines. On n'a pas de statistiques sur le sujet, mais on sait qu'on traite chaque demande. Dès qu'un médecin souhaite exprimer, il y a déjà eu des solutions d'accompagnement* » (cadre, 1). Ou bien l'intention de mettre en place au niveau de la DRH un « suivi personnalisé des médecins » pour « *voir avec eux les moments où ils n'en peuvent plus, voir si on peut leur proposer un changement d'activité, un changement de service, dans une démarche de fidélisation du personnel médical* » (CME, 3).

3.3 Agressivité, agressions et violences à l'encontre du personnel soignant

3.3.1 « La situation à risque majeure » pour les soignants de psychiatrie

Bien que non exceptionnels et susceptibles d'intensifier la charge émotionnelle des soignants, les gestes d'« auto-agressivité » (scarifications, tentatives de suicide, suicides…) des patients sont très peu rapportés[69], à contrario des conduites d' « hétéro-agressivité » des patients, voire des familles, envers le personnel soignant, les plus fréquemment et spontanément mises en avant. Elles ont plus particulièrement été pointées dans certains EPSM (4, 6) où leur manifestation serait croissante de l'avis des soignants, et où la fréquence d'exposition des soignants à ces risques a conduit à mettre en

[67] Par exemple, le collectif de praticiens des hôpitaux publics en Moselle rassemblés au sein de l'association 3APIHOP (Association d'Assistance et d'Alerte pour les Praticiens de l'Hôpital Public) se veut « à l'écoute et au service de l'ensemble des praticiens des hôpitaux publics dans le Grand Est », et dont l'objectif affiché est d'assurer une meilleure prise en compte de la souffrance au travail, de leur apporter un soutien et de l'information mais aussi d'alerter et de prévenir ces situations. https://www.helloasso.com/associations/3apihop

[68] Les suicides d'interne et de médecins hospitaliers qui ont fait la une des actualités ces dernières années y ont sans doute contribué en mettant au-devant de la scène une réalité jusqu'alors peu visible/dicible et peu prise en compte au sein des institutions hospitalières.

[69] Sans doute aurait-il été nécessaire de reconduire les entretiens menés avec les interlocuteurs pour approfondir ces questions. Une direction des soins (1) avec laquelle les entretiens ont été reconduits mentionne les tentatives de suicide et précise que ces situations se posent 3-4 fois dans l'année.

place dans le cadre de la Commission des usagers un volet sur la sensibilisation des usagers face aux situations de violence envers les soignants.

Exposant le personnel à des contraintes psychiques et/ou physiques fortes, elles sont identifiées comme « *la situation à risque majeure* » (DS, 1) pour les soignants de psychiatrie, notamment les agressions et violences physiques (coups, blessures) avec ou sans arme qui peuvent entraîner des arrêts de travail assez longs, parfois une incapacité (temporaire ou permanente) à revenir sur son poste. « *Là on a un exemple assez récent quand même, pour le coup effectivement il y a un sacré RPS, à savoir que l'infirmière en question ne peut plus retravailler, elle est en arrêt de travail prolongé* » (CHSCT, 6). Mais aussi les violences psychologiques (exigences, attentes, oppositions, refus, provocations) et/ou verbales (insultes, menaces, y compris de mort) qui peuvent générer de l'épuisement et des ressentis d'insécurité chez les soignants. Ces atteintes, physiques et psychiques, peuvent amener à envisager une réaffectation de l'agent, transitoire, pour faire un « break » pendant quelques temps, ou bien définitive[70].

Si les insultes, les menaces, de mort y compris, imputées pour une part au moins à la pathologie psychiatrique, sont jugées assez fréquentes et peuvent éventuellement conduire le personnel à engager des démarches de dépôt de plainte (que les directions d'EPSM peuvent encourager, soutenir et accompagner au besoin), en revanche les situations d'agression ou de violence « graves » entraînant des conséquences physiques, sont jugées globalement peu fréquentes[71].

3.3.2 Entre sous et sur-déclaration : variations d'appréhension selon les personnels

C'est sans doute un des éléments qui explique que certains interlocuteurs (CHSCT) ont tendance à pondérer l'exposition à ces risques, considérant que si les services de psychiatrie sont peut-être davantage exposés à « *l'agitation de patients* », pour autant ils ne le sont pas plus que d'autres, comme les services d'urgences « *où ils ont pas mal d'agitation de patients, donc d'accidents de travail en lien avec des agressions physiques* » (CHSCT, 2). D'après le dernier rapport en date de l'ONVS (2020), les structures et unités déclarant le plus de violences (atteintes aux biens et aux personnes) en 2019 sont la psychiatrie (18%), suivie des urgences (16%) et des USLD/EHPAD (13%)[72]. Mais c'est aussi, comme le soulignent d'ailleurs les auteurs du rapport de l'ONVS, que si les professionnels de psychiatrie ont bien conscience du risque d'exposition et de vulnérabilité plus élevé auquel les expose la spécificité de cette discipline, il existe toutefois une grande variabilité des perceptions de la violence selon les personnels : « Il apparaît clairement, au regard des signalements recueillis et des visites effectuées, que le seuil de tolérance est différent selon les individus, le type de violences exercées, le type de service, l'ancienneté dans le service, la composition et la cohésion des équipes. Il ressort parfois un sentiment d'échec, d'impuissance et de souffrance dans la prise en charge face à des situations considérées comme très complexes » (Terrenoir et *al.*, 2021, p. 123).

---

[70] Leur prise en compte connaît des variations selon les EPSM mais l'on retrouve des axes communs structurant l'action : un axe prévention en amont (formation type OMEGA et plus globalement sur les savoirs de base en psychiatrie) et/ou pendant la situation de crise (équipe en renfort), et un axe prévention en post-crise (préconisation d'espace de réflexion, retours sur événements, formes de soutiens ou d'accompagnements possibles). Dans l'un des EPSM (1), il est dit que cette question qu'elle a « *nécessité un travail de collaboration important entre les membres de la CHSCT, le service de santé au travail, la DRH, la direction des soins, et la qualité, tant dans l'aspect prévention, que dans l'aspect conduites à tenir suite à une situation d'agression* », et abouti à l'élaboration d'une plaquette précisant la place, le rôle (par exemple du directeur de garde dans une situation d'agression) et la temporalité d'intervention de (pour que tout le monde n'arrive pas au même moment au moment de l'agression), à la mise en place d'un « *soutien, avec un apport des psychologues, en post-situation qui peut se faire le lendemain, ou à distance, même à 8 jours, avec les psychologues et un médecin psychiatre qui est dédié au soutien des professionnels* » (DS, 1), avec en fonction des situations la possibilité de retours sur l'événement pour permettre à la personne qui a vécu cette situation, l'équipe, voire celle intervenue en renfort, de verbaliser leurs vécus et ressentis.

[71] Un des EPSM (1) signale 2 cas en 5 ans.

[72] En 2019, 23 780 cas de violences (atteintes aux personnes et aux biens) ont été signalés, et les personnels représentent 81% des personnes ayant fait l'objet de ces atteintes. Parmi les 4371 signalements déclarés en psychiatrie (en légère hausse par rapport aux années antérieures), la grande majorité (4137) concerne des atteintes aux personnes (Terrenoir et *al.*, 2021).

Au sein des EPSM, les situations « d'hétéro-agressivité » remontent rarement au CHSCT. « *Ce qui ressort en CHSCT, c'est les RPS liés au management. On est rarement saisi de situations de violences de patients à l'égard de soignants. Ça se produit, mais ce n'est pas utilisé* » (DRH, 5). Une part d'entre elles sont peu visibles puisqu'elles sont gérées par les équipes et ne sortent pas du service. Les plus « graves »[73] peuvent être identifiées via les fiches de signalement des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS). Leur signalement paraît toutefois éminemment variable, d'un EPSM à l'autre et, en leur sein, d'un service à l'autre. Ces situations étant diversement appréhendées par les soignants/les équipes, selon leur seuil de tolérance, leur niveau de formation et d'expérience, la culture du service/la manière de les gérer, le degré de cohésion du collectif de travail (notamment entre l'équipe soignante et médicale), la manière dont la direction porte et encourage le recours à cette démarche, etc., elles peuvent donner lieu à des sous ou sur-déclaration[74]. Une sur-déclaration au sein d'un service peut être vue comme un indicateur susceptible d'alerter sur une situation critique, soit une usure d'une équipe exposée à un cumul de situations/patients dits « difficiles » accueillis en même temps, soit un dysfonctionnement dans le collectif de travail (déficit d'échange, de compréhension et d'entente entre l'équipe soignante et médicale), et amener la direction (des soins par exemple) à porter une attention accrue (écoute, vigilance) sur le service. « *Quand j'ai vraiment trop de fiches sur un endroit, je me dis il se passe quelque chose dans ce pôle. Ça permet d'être un peu plus à l'écoute et plus vigilante pour savoir ce qui se passe en ce moment. Parfois c'est aussi parce qu'il y a effectivement beaucoup de patients difficiles en même temps, du coup l'équipe sature, on peut aussi l'entendre. Parfois on voit que c'est autre chose : il y a quand même certaines fiches qui sont très critiques vis-à-vis de la façon dont les patients sont pris en charge par les psychiatres. Donc là c'est quand même quelque chose qui ne se parle pas bien au niveau de l'équipe. On peut se dire soit que le psychiatre ne fait pas ce qu'il faut, soit il fait peut-être ce qu'il faut mais il n'arrive pas à faire passer le message à l'équipe qui, du coup, ne comprend pas ce qu'il est en train de faire* » (DS, 6).

3.3.3 Le ressenti d'une hausse des situations de violences dans des configurations moins propices à leur prévention-réduction…

Pour réduire les situations d'hétéro-agressivité, les auteurs du rapport de l'ONVS (2020) soulignent l'importance, notamment du « partage d'expérience (par exemple sous forme de supervision ou d'intervision) et si possible régulier », ainsi que « pour les jeunes professionnels, la transmission du savoir notamment par des plus expérimentés pour acquérir la vigilance, les bons comportements et les réflexes essentiels, sorte de ''compagnonnage'' » (*ibid.*, p. 124).

Or nous avons vu combien la mise en œuvre de ces pratiques était plus ou moins effective et se heurtait à un certain nombre de limites, notamment dans les EPSM où les espaces de réflexivité sur les pratiques sont en recul, et/ou confrontés au manque d'effectifs soignants (postes vacants, absentéisme, arrêts maladie…) et recourant à des personnels plus ou moins qualifiés, jeunes et majoritairement féminins, pour une part des contractuels en situation de précarité, exposant les équipes à un *turn over* plus grand fragilisant les collectifs de travail, notamment dans les services intra-hospitaliers où les personnels les plus expérimentés, notamment les « anciens » infirmiers, sont de moins en moins nombreux, et la possibilité de faire jouer le compagnonnage de plus en plus réduite.

Il n'est pas étonnant que le ressenti des personnels d'une hausse des phénomènes de violence des patients concerne des EPSM (5 et surtout 6) présentant ce type de configuration peu ou moins

[73] Les événements indésirables qualifiés de « graves » ne se réduisent pas aux situations d'agression entraînant des conséquences physiques pour le personnel qui les vivent. Elles peuvent regrouper les conduites « auto-agressives », les décès avec obsèques médico-légales (par exemple le suicide), les agressions sexuelles, etc.

[74] C'est la raison pour laquelle l'analyse des variations observées sur plusieurs années est, de l'avis de certains interlocuteurs, jugée plus pertinente que le bilan annuel des événements indésirables.

favorable à la prévention/réduction de ces situations. Cela n'exclut pas que d'autres éléments puissent jouer ou influer, des facteurs plus conjoncturels comme la crise du COVID, avec le lot d'anxiété, de fatigue… qu'elle a généré, ainsi que des facteurs structurels et organisationnels retentissant sur les conditions d'hospitalisation (diminution des ressources, des moyens humains, ambiances de travail délétères, dysfonctionnements d'un service…). « *Il y a une perception par les personnels du taux de violence des patients qui augmente. Après, à voir si c'est dû à la paranoïa COVID, si c'est dû aux conditions d'hospi, il y a sûrement tout ça* » (CHSCT, 5). Dans un autre EPSM (6), il était observé, sans savoir « *si c'est le COVID, la fatigue, le manque de tolérance, quand même beaucoup de situations très violentes, avec des infirmiers qui se sont faits tabassés, tirés par les cheveux, par des hommes et par des femmes* » (CME, 6).

3.3.4 …dans un contexte plus global de mutations sociales et sociétales

Cependant, comme le rappelle un praticien hospitalier (CME, 6), la violence des patients en psychiatrie n'est pas nouvelle mais a toujours existé. En revanche plusieurs évolutions sont observées, dont trois plus particulièrement mises en avant.

Les deux premières sont à replacer dans le contexte plus global de mutations sociales et sociétales, notamment le développement de la précarisation des conditions d'existence (Castel, 1995) et la multiplication des processus de vulnérabilisation (Soulet, 2005), qui s'accompagnent : d'« *une augmentation de la violence dans la société* » (DS, 6)[75] et des poly-consommations de produits psychoactifs en tous genres (licites, illicites, médicaments détournés de leur usage) à laquelle les institutions comme la psychiatrie, décrite comme « *le miroir grossissant de la société* » (PH, 6), ne sont pas imperméables ; plus particulièrement sur les territoires desservis par certains secteurs de psychiatrie, en l'occurrence des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) relégués socialement et spatialement, concentrant les indicateurs sociaux les plus défavorables, avec des populations confrontées à un cumul de problématiques (éducative, familiale, sociale, économique, culturelle, lié aux migrations, de santé…). « *Après on peut dire que la violence est quand même propre à des populations en carence éducative et en défaut de mentalisation* » (CME, 6).

Il s'agit d'une part, de la place des familles, dont certaines « *violentes, insultantes* »[76] ; et d'autre part, des profils des patients hospitalisés, pour une part (croissante) confrontés à des « troubles de la personnalité » ou « borderline », avec des parcours oscillant entre la psychiatrie et la prison, que les soignants (peu formés à la psychiatrie) jugent comme relevant moins de la pathologies « psy » et donc du ressort de la psychiatrie que du pénitentiaire : « *Maintenant, on voit dans les hôpitaux des gens hospitalisés très souvent qu'on ne voyait pas avant, c'est les gros troubles de la personnalité. Et ça, pour les infirmières, ça ne correspond pas à des maladies psy, alors que c'en est une. Et donc tous ces patients borderline, intolérants à la frustration, qui cassent tout, qui veulent tout tout de suite, qui reviennent 10 fois…* » (CME, 6).

3.3.5… mettant à l'épreuve la subjectivité des soignants, en particulier les moins qualifiés

Le troisième point d'évolution concerne la façon dont ces phénomènes (agressions, agressivité violences) sont vécus et appréhendés, notamment par les jeunes générations de soignants (infirmier.ères) les moins qualifiés, débutant dans le secteur, *Il y a une chose très complexe autour de la violence. Il y a un vrai défaut de formation auprès des jeunes* » (CME, 6). Il est dit qu'ils « *ne connaissent rien à la psychiatrie* » (*ibid.*), qu'ils ne font par la part entre ce qui relève de l'agressivité (verbale – insultes, menaces…) et de la violence, ou bien de l'angoisse et de l'agitation, qu'ils vivent

[75] Les études sociologiques montrent que nos sociétés sont globalement moins violentes que celles d'hier et que les violences perçues, des jeunes des quartiers populaires notamment, sont le pendant de la violence de la société – violences matérielles (problèmes économiques, sociaux…) et symboliques (discriminations, relégations sociales et géographiques). Voir par exemple les travaux de L. Mucchielli (2007).

[76] Ce point est également souligné par d'autres interlocuteurs d'autres EPSM (SST, 1).

souvent « *sur des modes d'agression, de souffrance. Ils se sentent persécutés* » (DS, 6) par ces situations qui, de leur point de vue, se poseraient « *en permanence* » dans certains services. « *Ce que renvoient les soignants, c'est que c'est en permanence. Dans certains endroits, toute la journée les soignants sont menacés de mort, leurs familles sont menacées, donc c'est un peu une pression comme ça en permanence, il n'y a pas de moment de répit* » (DS, 6).

La fréquence et la répétition de ces situations, ou le cumul de patients/situations jugées très compliquées (en même temps) à gérer, soumettent les soignants à des stress et de fortes exigences émotionnelles, et mettent à l'épreuve les postures professionnelles et conduites à tenir. Ils doivent (apprendre à) prendre sur eux, maîtriser leurs émotions, adopter une posture d'écoute, de compréhension et de discussion avec l'intéressé pour apaiser la situation et faire retomber la tension – si tant est que les conditions le permettent ou sont réunies, ce qui n'est pas toujours le cas (manque de temps, de disponibilité, de personnel…). Ce sont autant de postures qui s'acquièrent par la pratique, avec l'expérience, est-il souligné. Et dans le même temps, s'il est attendu des soignants qu'ils ne se positionnent pas en miroir et n'adoptent pas les mêmes comportements, le fait de ne pas réagir sur le même mode ou de ne pas répondre aux insultes peut être perçu par les populations qui n'ont pas les mêmes codes sociaux comme une défaillance ou un aveu de faiblesse, et alors alimenter plus que désamorcer la spirale de la violence envers les soignants, explique un psychiatre (PH, 6). Trouver la juste posture est un exercice délicat, l'équilibre est difficile à tenir et éprouvant.

Ces situations mettent à l'épreuve la subjectivité de tous les professionnels, y compris les plus qualifiés et expérimentés comme les médecins qui passent pourtant moins de temps avec les patients mais dont la vie personnelle n'en est pas moins impactée, comme le reconnaît l'un d'eux. « *C'est très très lourd. Il n'y a pas très longtemps, je revenais avec ces problèmes-là chez moi et ça impactait ma vie. Parce qu'il y avait vraiment trop de violence en même temps, plusieurs patients très compliqués à gérer en même temps, et à un moment donné, vous avez beau pourtant avoir de l'expérience et aller faire du vélo pour vous défouler, ça a des effets* » (PH, 6). Qu'en est-il alors des personnels les moins qualifiés et les moins aguerris, qui ne disposent pas des clés de lecture et d'analyse pour appréhender, comprendre et gérer ce type de situation (i.e confusion entre agressivité et violence) ? Ne sont-ils pas susceptibles d'être plus exposés au *burn out* ?[77]

Le fait d'être peu outillé pour y faire face et pour gérer le trop-plein d'émotions (inquiétude, peur, énervement, colère, souffrance, sentiment d'être persécuté… jusqu'à épuisement) est susceptible de générer des attitudes défensives (humour noir, dérision…) et/ou contre-productives (menaces, agressivité…), voire des formes de dépersonnalisation ou de distanciation dans la relation au patient (dévalorisé, traité comme un objet, réduit à sa pathologie…), pouvant à leur tour renforcer des formes d'agressivité et de violence chez les patients (boucle rétroactive), face auxquelles les soignants peuvent se sentir toujours plus démunis, impuissants et mis en échec (non accomplissement personnel).

Ce défaut de formation retentit non seulement sur la qualité de la relation soignante (le positionnement dans la relation à l'autre, la capacité à investir le travail relationnel, l'accueil de l'autre dans sa souffrance) mais plus globalement aussi sur la qualité des soins/prises en charge des patients. Dans des conditions de travail tendues (sous-effectif, intensification des rythmes, pression…), face à des situations répétées génératrices de stress, mal vécues par les personnels peu préparés à y faire face, peu formés et peu accompagnés par les plus anciens qui ont déserté la place, la tentation peut être forte de faire appel aux renforts, non sans produire de l'exaspération parmi ces derniers : « *Les infirmiers hommes en ont marre d'être ceux qui sont tout le temps appelés en renfort quand ça chauffe ; les infirmiers de nuit, qui sont encore moins nombreux, c'est pareil* » (CME, 6) ; et plus globalement de recourir aux réponses se situant sur un versant sécuritaire plus que sur celui des soins,

[77] Notons que le syndrome du *burn out* articulant les trois dimensions que sont l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation de la relation au patient et réduction de l'accomplissement personnel selon des combinaisons diverses et variées, il peut prendre des formes spécifiques selon les catégories professionnelles et certaines dimensions être moins représentées que d'autres. Voir par exemple pour les urgentistes E. Grebot (2010).

et/ou dans une visée de protection-sécurité des soignants plus que des patients. Cette configuration est propice au développement d'attentes et/ou de pratiques inadaptées, tel le recours à des réponses immédiates et disproportionnées sur un versant sécuritaire, au détriment du travail relationnel et de l'accueil de l'autre dans toute sa souffrance. « *On a l'impression que tout doit être réprimé, il n'y a plus de place à quelque chose de délirant. Un versant sécuritaire de dépôts de plainte, de demander à ce que les gens soient exclus de l'hôpital* » (DS, 6). Une tendance que la période COVID paraît avoir exacerbée et amplifiée : « *Il y a une susceptibilité renforcée depuis la crise sanitaire, où tout ce qui dépasse un peu ce qui est acceptable est devenu insupportable, il faut une réponse forte, tout de suite, sécuritaire, un peu étonnante de la part des soignants en psychiatrie* » (CME, 6).

IV/ Et la contrainte dans les soins ? Entre déni et malaise

Dans les discours et représentations des interviewés, la contrainte dans les soins exercée sur les patients reste associée aux pratiques légalement autorisées en psychiatrie : les soins sans consentement (SSC), l'isolement et la contention. Elle est pourtant susceptible de se poser de manière plus insidieuse dans les relations soignants-soignés, les interactions et les négociations engagées autour du soin (Velpry et Eyraud, 2014), mais de cela, très peu s'en sont fait l'écho. Et l'actualité de l'article 84 a contribué à focaliser l'attention sur ces mesures légales, en particulier l'isolement, dont l'usage est plus fréquent que la contention mécanique ou physique[78]. D'autres dimensions comme l'ouverture/la fermeture d'unités, les mesures de restriction/privation de liberté (parfois) imposées aux usagers (interdiction du téléphone portable, des visites de la famille, etc.) et les aménagements (oculi par exemple) ou agencements des locaux contraires au respect de leurs droits (à un niveau de vie adéquat, à l'intimité, etc.) ont parfois été abordés et discutés ; mais ces questions n'ont pas occupé une place aussi centrale dans les échanges.

Cette section se centrera donc, pour l'essentiel, sur l'isolement et, dans une moindre mesure, la contention mécanique dans les SSC. Comment ces mesures sont-elles appréhendées, perçues et leur recours justifié par les soignants ? Dans quelles ou pour quelles situations ? Comment la coercition exercée sur les patients qu'implique l'usage de ces mesures est-elle vécue par les soignants, dans un contexte où les contraintes liées aux conditions de travail à l'hôpital sont susceptibles d'influer sur leur recours ? Quel en est l'impact sur leur santé mentale et physique au travail des soignants ? Comment cette question du lien entre contrainte dans les soins et santé mentale au travail des soignants est-elle appréhendée ?

4.1 Des pratiques admises : des responsabilités incombant à la psychiatrie aux exigences du métier

Bien que contraires à l'esprit et à la lettre de la CDPH-ONU prônant la recherche du consentement des personnes vivant avec un handicap et opposée aux traitements de force, inhumains et dégradants, l'isolement et la contention sont, comme les soins sans consentement en psychiatrie[79], des mesures qui restent très largement admises, leur bien-fondé et leur raison être peu remis en question. Parmi les personnes interviewées, aucune voix ne s'est élevée pour s'y opposer ou s'insurger contre leur usage.

4.1.1 Des mesures de « dernier recours » jugées indispensables dans certaines situations ou pathologies

Si toutes s'accordent pour en limiter l'usage et les concevoir comme des « derniers recours », en revanche y renoncer reste une perspective difficile à concevoir. En l'état actuel de la psychiatrie publique de secteur, de son organisation, de ses connaissances et des traitements des troubles psychiatriques disponibles, ces mesures continuent à être perçues comme nécessaires ou indispensables dans la pratique psychiatrique.

Le principal argument avancé est qu'il y aura toujours des situations exceptionnelles ou des personnes confrontées à des pathologies psychiatriques « *les plus sévères* », peu compliantes ou « *résistantes* » aux traitements, mettant en échec les solutions recherché.e.s et laissant les équipes démunies (par

[78] Cela explique que la question de la contention médicamenteuse a très peu été évoquée.

[79] Notons que les soins sans consentement ont été assez peu discutés et que les seules critiques enregistrées quant à ce mode légal de soins qui paraît très largement approuvé au sein de la profession a porté sur le recours qui en est fait, jugé abusif sur certains territoires, et sur le fait que la diminution du nombre de lits en psychiatrie conduit parfois des psychiatres à développer des stratégies, dont le recours à ces soins à la demande d'un tiers par exemple, pour réduire les temps d'attente et favoriser l'accès aux soins de patients dont il est considéré qu'ils nécessitent une hospitalisation. A également été dénoncé le non-respect des droits des patients en SSC pendant la première vague de COVID, qui n'ont pu bénéficier d'audiences face aux refus opposés par des juges des tribunaux aux alternatives alors proposées comme la visioconférence.

exemple un patient « *contentionné 24 heures sur 24 quasiment* » pour lequel l'équipe ne parvient pas à trouver de réponses médicales et d'accompagnement), ou encore des pathologies dont les modalités d'expression extrêmes (cas de décompensation psychotique) et/ou « menaçantes » (comme menacer de tuer avec un couteau – pour reprendre un exemple cité), pour lesquelles la salle d'apaisement et la désescalade sont – de l'avis de certains – jugées d'aucun recours, justifieront leur usage, dans un souci de protection-sécurisation des personnes se mettant en danger ou mettant en danger autrui, notamment les autres patients ou le personnel soignant, selon une conception des soins articulant souci de l'autre (*care*) et assistance à personne en danger (sécurité et contrainte).

4.1.2 Des mesures investies d'un potentiel thérapeutique

Cet argument a plus rarement été mis en avant - un seul interlocuteur, psychiatre, l'a exprimé, mais tous ont-ils oser le dire ? Pour cet interlocuteur – qui reconnaît par ailleurs les effets traumatiques de ces mesures chez des patients – il ne faudrait nier pour certains patients le potentiel thérapeutique d'une mesure comme l'isolement, investi comme un espace-temps leur permettant de se retrouver « au calme » et de leur accorder « *un temps soignant énorme* » (CME, 6) ; cette question mériterait tout au moins d'être débattue. L'on peut toutefois s'étonner des éléments de justification mobilisés et regretter que cette pratique tirerait sa légitimité de deux conditions (du calme et de l'attention de la part des soignants) qui devraient être au fondement des services à rendre et des soins de qualité à accorder au patient mais qui sont de plus en plus difficiles à réunir dans le contexte d'évolution des moyens et des conditions de travail des soignants à l'hôpital. Et comme cela a déjà été souligné, aucune étude scientifique n'a jamais démontré le bénéfice thérapeutique de ce type de mesures.

4.1.3 Une double responsabilité/double contrainte pesant sur la psychiatrie : entre protection de la personne et protection de la société / non-assistance à personne en danger

L'un des psychiatres interviewés fait valoir le fait que ces mesures, aussi difficiles à prendre et à vivre soient-elles pour tous, patients, médecins et soignants, font très clairement partie du champ de responsabilité dévolue à la psychiatrie, seule habilitée à le faire, et que c'est une responsabilité dont il est difficile ou dont il ne faudrait se soustraire pour au moins deux raisons.

La première raison invoquée est que dans ces situations exceptionnelles et/ou extrêmes, ne pas recourir à ce type de mesure serait tomber dans une forme de non-assistance à personne en danger. « Laisser faire » plutôt que contraindre reviendrait à placer la personne dans une situation qui pourrait lui être plus préjudiciable encore, se retourner contre elle ou autrui. « *Par exemple, les patients qui sont extrêmement mal, en l'état de décompensation psychotique et potentiellement dangereux parce qu'ils délirent que vous êtes le diable, que vous allez les empoisonner avec un traitement. On peut se dire : ''On ne va pas intervenir''. Mais si vous faites ça et que parce que vous n'êtes pas intervenu, il va zigouiller le voisin, est ce qu'on lui rend service ? Non. Le patient est dans un état tel qu'il peut commettre des actes gravissimes qui se retournent soit contre lui, soit contre quelqu'un d'autre, et à ce moment-là, son pronostic, c'est un type qui est foutu* » (PH, 6). L'interventionnisme est donc jugé préférable et les patients eux-mêmes en seraient souvent reconnaissants. **«** *J'explique aux équipes, je les rassure là-dessus, je leur dis :« Écoutez, on ne peut pas laisser quelqu'un commettre des actes graves. Imposer un traitement, si vous ne le faites pas, vous, ce qui est notre de notre responsabilité, eh bien le patient en sera la première victime et donc il faut qu'on le fasse, même si ça nous bouffe, même si c'est dur, etc. Certes, ça va passer par des moments difficiles, il faudra qu'on assume d'enfermer, mais ça fait partie de nos responsabilités. En tout cas, j'en suis convaincu. Le côté on est gentil avec tout le monde, ça ne marche pas dans la folie. Il faut assumer sa responsabilité. Et souvent, dans l'immense majorité des cas, y compris même pour les patients extrêmement persécutés quand ils vont mieux, ils vous remercient de vous être occupé d'eux parce que personne ne l'a fait* » (PH, 6). Le fait que les patients dits reconnaissants aient pu intégrer une mesure comme l'isolement comme un outil de soin possible n'est pas évoqué, bien que ce soit une hypothèse forte.

La seconde raison invoquée est la responsabilité légale, juridique, des psychiatres qui, en cas d'événements tragiques (agressions ou affaires criminelles commises par un patient suivi en psychiatrie), se trouve engagée et leur fait encourir le risque d'être attaqué en justice et condamné en cas de levée de SSC (qui serait prématurée) ou le défaut de contention et d'isolement. Dans un contexte de judiciarisation croissante de la psychiatrie, avec des précédents (cas de psychiatres et hôpitaux condamnés), c'est une crainte majeure.

4.1.4 L'objectif 0 contention 0 isolement : une perspective inconcevable en psychiatrie ?

Fort de ces considérations, l'objectif de 0 contention et 0 isolement laisse plus que sceptique. « *La 0 contention, la 0 contrainte dans notre métier, avec la population qu'on a, je n'y crois pas*. *Il y aura toujours des patients extraordinaires, pour qui les solutions sont extrêmement limitées. Quand le patient refuse le médicament, le traitement, l'aide... On est dans un entonnoir, avec plein de possibilités au début, et à un moment donné, ça se restreint et on se retrouve en difficulté. Et la privation de liberté vient là comme la dernière solution. Il faut tout mettre en œuvre pour ne pas en arriver là* » (CHSCT, 2). C'est un changement de paradigme par trop radical auquel il paraît difficile d'adhérer. Faire sans semble difficile à imaginer, la perspective impossible à atteindre en psychiatrie. « *A part l'isolement dans certains cas, moi je ne vois pas comment faire pour que le patient ne se fasse pas de mal, pour qu'il ne fasse pas de mal aux autres, qu'il ne fasse pas de mal aux soignants* (DS, 6). De l'avis d'un psychiatre interviewé pour qui la nécessité de veiller au respect des droits des personnes accueillies en psychiatrie ne doit pas aboutir à une « négation de la folie », elle n'est pas souhaitable car cela reviendrait à nier la spécificité des besoins d'assistance, de protection et de soins des personnes se mettant en danger ou mettant autrui en danger. « *On a l'impression quand même qu'on va vers une négation de la folie, c'est-à-dire qu'il faudrait que notre univers qui n'est pas un univers normal, soit un univers normal, mais c'est pas possible, l'hôpital psychiatrique, c'est pas un environnement normal. Donc il doit pas être traité comme on traite le citoyen normal, si je puis dire. Il faut porter d'autant plus attention aux personnes qui vivent dans ces conditions, mais pas nier leur folie* » (PH, 6).

Est soulevé ici un point crucial, qui a à voir avec la situation de paradoxe ou de conflit entre les modèles de droits/besoins dans laquelle se trouve placée les personnes confrontées à des troubles psychiques[80], revendiquant le droit légitime d'être considérées et traitées comme des personnes à part entières et des citoyens à égalité de tous, tout en exigeant une attention spécifique particulière aux besoins que requiert la singularité de leur situation, en l'occurrence ici de leurs troubles et de leurs modalités d'expression. Toute la difficulté est de savoir comment y répondre d'une manière qui soit respectueuse de leurs droits, de leurs capacités d'autodétermination et, donc, de leurs choix et préférences. Cela pose une question éthique majeure, à laquelle les mesures d'anticipation en psychiatrie (MAP) sont susceptibles d'apporter des réponses. Elles restent toutefois encore peu connues et peu répandues en France.

4.2 Des niveaux de recours variables témoignant d'une grande hétérogénéité de pratiques

Comme le montrent les données quantitatives recueillies dans cette recherche, le niveau de recours à ces mesures connaît d'importantes variations selon les EPSM et, en leur sein, les pôles/services (cf. l'encadré 4 ci-dessous). Cette hétérogénéité de pratiques est révélatrice de la diversité des configurations et de la multiplicité des paramètres susceptibles d'influer sur leur recours (cf. la section suivante). Elle laisse aussi entrevoir l'existence d'alternatives possibles, tant au niveau des postures et des pratiques professionnelles, des méthodes de travail et des pratiques de soins, qu'au niveau des organisations de soins et des impulsions données par les établissements.

[80] Ce paradoxe est bien mis en évidence par J. Rappaport (1981).

4.2.1 Quid des alternatives possibles ?

Si des psychiatres interviewés affirment savoir ce qu'il faut faire pour limiter l'usage de ces mesures, l'on peut toutefois noter que parmi les solutions ou alternatives citées, très peu d'interlocuteurs ont évoqué les MAP (directives anticipées, plan de prévention partagé, plan de crise conjoint, « Mon GPS », etc.), susceptibles de constituer des alternatives intéressantes[81]. Co-élaborés avec la personne concernée et des professionnels (médiateurs de santé pairs et/ou soignants), les MAP sont conçues comme des outils de droits qui permettent de rechercher le consentement des personnes, y compris sous régime de protection juridique (une exigence affirmée dans plusieurs textes législatifs dont la CIDPH et plus récemment en France l'ordonnance de 2020[82]), ainsi qu'un plus grand respect des droits des patients-usagers-citoyens, de leurs choix et préférences, et in fin de leur capacité d'autodéterminations. Elles sont aussi décrites comme des outils à la fois de soins pour consolider l'alliance thérapeutique, de communication avec les partenaires, et de renforcement des liens avec l'entourage des personnes. Le fait qu'elles n'aient pas ou très peu été citées peut être vu comme un indicateur de leur faible diffusion et utilisation dans les services, et du fait que leur implémentation en psychiatrie reste un enjeu majeur – en France, seules quelques équipes de secteur, pionnières, ont commencé à s'en emparer.

Les réponses fournies par deux interlocuteurs interpellés sur cette question le confirment. L'un d'eux, directeurs des soins (1), explique que les DAP ne sont pas encore utilisées et reconnait que ce volet anticipation de la crise n'a pas suffisamment été travaillé mais fait partie des axes de travail en cours (et qu'une autre terminologie que DAP jugée connotée fin de vie, plus mortifère, sera adoptée, du type plan de prévention ou de crise). La réaction de l'autre interlocuteur, psychiatre, questionné sur son positionnement par rapport aux mesures d'anticipation (DAP, plan de crise ou de prévention), à savoir que « *c'est une utopie mais pourquoi pas* », est révélatrice de la distance d'une partie des professionnels du soin d'avec les concepts d'autodétermination, d'*empowerment* et de rétablissement qui peuvent les laisser sceptiques, et de la permanence de représentations connotées péjorativement des troubles psychiatriques associés à la notion d'incapacité de la personne (à reconnaître son trouble, à faire des choix et/ou à faire sa propre autocritique ou à prendre de la distance). Cela donne une idée du chemin qu'il reste à parcourir en France, pour faire évoluer les pratiques psychiatriques dans le sens d'un plus grand respect des droits des personnes participant de leur autonomisation et rétablissement.

Quelques interlocuteurs ont évoqué une nécessaire réorganisation des soins et de l'offre de soins avec le développement/renforcement des structures de soins ambulatoires dans la cité (centre d'accueil, d'évaluation et d'orientation, équipe mobile, centre de réhabilitation psychosociale orientée vers le rétablissement, centre ressource pour les familles…), plus à même d'intervenir le plus précocement possible (avant l'installation dans des troubles) et de favoriser l'accès aux soins (éviter l'accès tardif, la dégradation de l'état de santé mentale) plutôt que le recours aux urgences, et plus orientés vers la réhabilitation psychosociale et le rétablissement, également vus comme un moyen de redonner du sens au travail des soignants.

D'autres en sont plutôt restés à des considérations de moyens (en termes de ressources humaines, de temps, de formation du personnel à la gestion des situations d'agressivité et de violence, de stabilité de personnel pour assurer une meilleure continuité des soins et connaissance des troubles de la personne, d'alliance thérapeutique, ou encore de locaux et d'espaces d'apaisement) et de médication (traitement, contention médicamenteuse…).

---

[81] Nous renvoyons ici à la Journée d'étude consacrée aux MAP organisée le 16 novembre 2022 à Paris. Les différentes interventions sont accessibles en ligne sur You Tube : https://www.youtube.com/watch?v=JIOC4Fm8h1g

[82] Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique.

4.2.2 Des pratiques « normalisées » dont l'impact sur la santé mentale des soignants est minoré

Cela étant, même dans l'un des EPSM (3) enregistrant les plus faibles niveaux de recours à ces mesures considérées comme étant peu ancrées dans la culture de l'établissement et les pratiques professionnelles, une pratique comme l'isolement – moins exceptionnelle que la contention très rarement utilisée dans cet EPSM – n'en reste pas moins appréhendée, notamment par la DRH, comme des actes « normalisés » en psychiatrie. Codifiés, réglementés, ils font partie des règles du métier (si ce n'est des routines) et leur impact potentiel sur la santé mentale des professionnels paraît minoré voire réfuté. Tout au plus est-il considéré qu'ils sont susceptibles de « *surprendre ou choque*r » les débutants, novices dans le métier : « *Cela fait partie des actes qui sont normaux quand on exerce en psychiatrie. Cela peut surprendre ou choquer les gens qui ne sont pas habitués, notamment des élèves infirmiers, mais ce n'est pas de l'ordre de l'anormal* » (DRH, 3).

<u>Encadré 4</u> : Variations de recours à l'isolement et à la contention entre les EPSM et en leur sein

Les données DIM recueillies dans cette recherche confirment, si besoin en était, les disparités importantes, entre les EPSM et en leur sein, selon les services ou pôles, quant aux niveaux de recours à ces mesures. Elles mettent aussi en évidence une grande hétérogénéité de pratiques et une multiplicité de configurations possibles, parfois fort contrastées, pour certaines surprenantes. Par exemple, des services ont un faible taux de SSC mais un nombre élevé de mesures d'isolement et de contention, à l'inverse d'autres enregistrant un fort taux de SSC mais peu d'isolements et de contentions. Entre ces deux extrêmes, il existe une diversité de combinaisons possibles.

Il faut toutefois garder à l'esprit que si la traçabilité de ces mesures s'est améliorée ces dernières années sous la poussée des nouvelles exigences réglementaires, elle reste perfectible. Cela signifie que ces données chiffrées fournissent des indicateurs/grandes tendances mais ne sauraient refléter l'exact réalité et qu'une partie du phénomène échappe à toute comptabilisation. Prenons le cas de l'isolement. La pratique consistant à fermer à clé la chambre d'un patient ou de l'isoler dans sa chambre (à sa demande ou non), et non dans une chambre dédiée[83], notamment quand toutes sont occupées, semble une pratique loin d'être exceptionnelle, à laquelle les professionnels ont recours, peu ou prou, et ce dans tous les EPSM. Leur traçabilité, souvent exigée par les instances de direction par souci de mise en conformité avec les exigences légales et recommandations de bonne pratique, impliquerait de prendre une décision d'isolement et donc de changer le mode légal des soins (demander des SDRE) et d'alerter le juge des libertés. Prendre une telle décision paraît toutefois faire débat, placer les professionnels face à un dilemme et soulever un conflit éthique (plus que l'isolement de fait) dans certaines situations, en particulier celles impliquant des mineurs ou jeunes adultes. Il existe donc des stratégies de contournement des règles pour faire avec/s'accommoder des nouvelles normes (de « bonnes pratiques ») vécues comme contraignantes, décalées de la réalité du terrain ou inapplicables.

Aussi imparfaites ou perfectibles soient-elles, ces données montrent que l'isolement et la contention (physique) restent des pratiques assez répandues, à de rares exceptions :

- Des secteurs/pôles dont les chefs de pôle (ancien ou nouveau) ont fait le choix de plus ou moins longue date (certains depuis plus de 20 ans) d'une organisation des soins privilégiant l'ambulatoire et des soins tournés vers le rétablissement, porté par une philosophie humaniste et tournée vers l'insertion des usagers dans la cité. A notre connaissance, parmi les EPSM participants, un seul secteur/pôle d'un EPSM (7) a renoncé à disposer d'une chambre d'isolement dans l'unité d'hospitalisation qui lui est rattachée. Toutefois, ce choix fort qui renvoie à un engagement politique ne va pas de soi au sein de l'EPSM et reste parfois incompris et/ou l'objet de critiques, notamment de la part des partenaires sociaux qui interrogent la pertinence de ce modèle et notamment l'absence de chambre d'isolement dès lors que le personnel se trouve exposé des situations de violence entraînant potentiellement des conséquences pour leur santé (blessures, arrêts de travail…).

- Et/ou d'EPSM (3, 7) qui se démarquent très nettement par de plus faibles taux de recours à ces mesures, notamment l'un d'eux (3) dont il est dit qu'elles ne font pas partie de la culture et des valeurs de l'établissement, même s'il existe des variations selon les secteurs. « *Ce n'est pas dans les mœurs que d'enfermer les patients en chambre d'isolement. Il y a des fluctuations entre les services, mais de manière globale, tous les services* – quelle que soit leur orientation théorique – *enferment assez peu leurs patients dans les chambres d'isolement, comme s'il y avait une tradition, une sorte de culture d'établissement, qui faisait que ça aboutissait à ce résultat* » (DRH, 3). Et de l'avis de cet interlocuteur, le modèle

[83] Les dénominations retenues pour qualifier les espaces dédiés varient selon les établissements. Certains continuent à utiliser l'expression « chambre d'isolement » quand d'autres ont opté pour celle de « chambre d'apaisement » ou encore de « chambre de de soins intensifs » (CSI). L'on peut voir dans ces glissements l'expression d'une prise de conscience de la nécessité de faire autrement, sans toujours y parvenir semble-t-il. Cela conduit certains (DS, 6) à considérer ces nouvelles dénominations présentent peu d'intérêt si les pratiques restent identiques et n'évoluent pas.

théorique ou l'approche privilégiée dans le secteur (psychanalytique, cognitivo-comportementaliste, ou encore relationnelle) jouerait assez peu. L'histoire de l'établissement, ses valeurs et ses orientations sont plus particulièrement mis en avant, même si d'autres facteurs ont joué et permis d'aboutir à un recul de ces pratiques au sein de l'EPSM, telles que les exigences de traçabilité de l'isolement imposées aux EPSM encouragées par la direction, qui auraient aussi « *conduit à diminuer assez fortement le nombre d'isolements* » (DRH, 3). A contrario des autres EPSM participants qui ont un passé asilaire, il est dit de celui-ci qu'il a été fortement influencé à sa création, dans les années 1960, par une conception humaniste, désaliéniste et émancipatrice de la psychiatrie d'après-guerre, impulsée par des psychiatres, dont des figures de renom, engagés professionnellement et politiquement, soucieux de promouvoir de nouvelles conceptions du soin psychiatrique d'une manière plus respectueuse des patients (psychiatrie communautaire et transculturelle, équipe pluridisciplinaire, diversification des soins dans la cité, multiplication des alternatives à l'hospitalisation pour favoriser l'insertion sociale des patients dans la cité, individualisation de la prise en charge). Aux dires des interlocuteurs de cet EPSM, les valeurs portées par ce modèle humaniste, transmises de génération en génération par le biais de médecins-chefs au départ plutôt de culture psychanalytique (depuis supplantée par d'autres approches type TCC), ont conduit à réduire le plus possible le recours à l'isolement et plus encore la contention, « *vraiment très peu employée dans l'établissement, au point que certains soignants ne savent même pas où se trouvent les contentions* » (DRH, 3). « *Dans la tradition de l'établissement, on a le sentiment que les mesures de contention n'étaient pas nécessaires, qu'avec un traitement sédatif et une chambre fermée, on arrivait à gérer* » (CME, 3). – là où d'autres EPSM (2) pouvaient disposer jusque dans la moitié des années 2010 d'un « sellier » dont le rôle était de fabriquer des contentions en cuir, fabrication qui a cessé à son départ en retraite. Aujourd'hui, ces valeurs continuent à orienter les pratiques vers un plus grand respect des droits des usagers. « *On essaie de faire des patients des citoyens à part entière. On n'a plus de pyjama, depuis longtemps, dans l'établissement. Ça doit faire deux ans que le téléphone portable est complètement autorisé. Ils ont l'autorisation aussi d'avoir des relations intimes. Il en est ainsi, dans le règlement intérieur de l'établissement, depuis deux ans aussi* » (DRH, 3). Si l'on ne peut nier qu'il y ait des avancées, les expériences des soignants de cet établissement témoignent toutefois d'une réalité plus nuancée (par exemple sur le sur le port du pyjama, ou l'usage du téléphone portable).

Notons par ailleurs que les EPSM participants sont inégalement pourvus/dotés en nombre de chambres d'isolement et que leurs organisations varient. L'organisation qui semble la plus fréquente est que chaque secteur/pôle dispose d'au moins une chambre d'isolement (comme dans les EPSM 3 et 6). Cette dotation est jugée suffisante dans des EPSM où il est considéré que l'isolement ne fait pas partie de la culture de l'établissement et où il est dit des chambres d'isolement qu'elles ne sont pas toujours toutes occupées à 100 % (DRH, 3), à contrario d'autres qui reconnaissent y avoir recours régulièrement et où le taux d'occupation moyen des chambres à l'année est élevé (CME, 6). D'autres organisations tablent sur la mutualisation des ressources, comme dans un EPSM (2) où il existe en moyenne 2 chambres d'isolement pour 3 unités. Quels que soient le nombre de chambres d'isolement et les organisations retenues, l'isolement d'un patient dans sa chambre quand la chambre d'isolement n'est pas disponible semble constituer une pratique à l'œuvre dans tous les établissements, assez répandue.

4.3 Des mesures de « dernier recours » ? Quand les situations où il n'y a « plus d'autre choix » sont fabriquées par l'institution

Si ces mesures sont intégrées comme faisant partie des responsabilités légales, des contraintes ou exigences du métier, la règle d'usage – d'après les dires des interlocuteurs – veut que ces mesures soient envisagées comme des voies de dernier recours, quand toutes les autres solutions ont été épuisées et qu'« *il n'y a plus d'autres choix* » (DRH, 3), face à des situations présentant un risque imminent de blessures ou un état de violence aigue susceptible de mettre en danger le patient ou autrui – les autres patients ou les soignants. En cela, les professionnels se veulent soucieux de suivre les recommandations de bonnes pratiques des autorités publiques, notamment celles de la HAS relatives à l'solement et la contention en psychiatrie générale (2017).

4.3.1 Un ensemble d'éléments jouant sur la survenue de la « crise » et le recours à ces mesures

L'on peut toutefois s'interroger sur « qu'est-ce que n'avoir plus d'autres choix » de recourir à ces solutions ultimes quand les situations « de crise » (exposant le patient, les autres patients ou les soignants à un risque imminent de blessure ou état de violence aigue) qui vont appeler ces mesures sont pour, une part d'entre elles au moins, produites par l'institution confrontées à un ensemble de contraintes, structurelles (budgets contraints, bureaucratie…), organisationnelles (manque de personnel, qualifié et expérimenté, notamment à la gestion des situations de crise et de violence, difficultés de recrutement… affaiblissant les collectifs de travail, etc.), architecturales (état du bâti et

configuration des lieux, dispositions et aménagement des locaux)[84] et systémiques (déficits du système sanitaire et médico-social, manque de structures spécialisées…) impactant son mode de fonctionnement ?

Car si des situations « exceptionnelles » ou modalités d'expression « extrêmes » de pathologies psychiatriques sont souvent invoquées pour justifier ces mesures, dans les faits, comme le mettent en évidence les interlocuteurs, un ensemble d'éléments – structurels, contextuels, organisationnels, situationnels, matériels, bâtimentaires, conjoncturels, systémiques – sont susceptibles non seulement d'influer sur le recours aux mesures de contrainte[85], mais également de faire advenir des situations complexes ou difficiles à gérer, ou d'amplifier des situations de tension plus ou moins latentes ou manifestes (formes d'agressivité…) jusqu'à les faire évoluer vers le « clash » – pour reprendre une expression utilisée par différents interlocuteurs. La figure du « clash » est intéressante en ce qu'elle marque le passage à un cran supérieur (des situations ou formes de conflit/désaccords plus ou moins violents), l'atteinte d'un degré de tension extrême (ou vécu comme tel) qui vient faire point de rupture (dans l'interaction et la communication, entre ce qui était supportable et ce qui ne l'est plus, etc.) et justifier l'usage de ces mesures. Et en même temps, ce qui fait point de rupture ou est vécu comme tel par un soignant ne l'est pas forcément pour un autre et est susceptible de constituer un objet de divisions au sein des équipes (cet aspect est développé plus loin).

Les défauts de formation et le manque d'expérimentation des soignants, le manque de personnel (postes vacants, absentéisme, arrêts de travail, sous-effectif, pénurie…), l'accroissement de la fatigue, de la pénibilité au travail et des risques d'erreurs susceptibles qui peuvent en résulter pour ceux en poste, le non-remplacement d'un collègue qui crée des difficultés dans la prise en charge et la continuité des soins, la méconnaissance des patients résultant des exigences de flexibilité de temps et de lieux à l'égard des soignants, la multiplication des tâches et contraintes administratives au détriment de la qualité des soins, du temps passé avec les patients, du soin relationnel et du traitement de leurs demandes en des délais acceptables (réponses différées dans le temps), les manières d'être et de faire des soignants, dont les positionnements ne sont pas toujours appropriés (la pression et la fatigue aidant, et/ou par manque d'expérience…) et vont produire des effets contraires à ceux recherchés, des rapports conflictuels au sein d'une équipe, sont autant de facteurs qui peuvent se cumuler, se conjuguer selon des combinaisons multiples et nombreuses, et former des configurations propres à générer des dysfonctionnements en cascade, concourant à accroître le recours aux mesures de contrainte, comme mettre le patient en chambre d'isolement ou l'enfermer dans sa chambre.

4.3.2 Des conditions de moyens de moins en moins réunies pour des soins de qualité : manque de personnel, formé et expérimenté, et de temps

Le manque de personnel, le sous-effectif dans une équipe, ou la pénurie médicale et soignante sont souvent invoqués comme un facteur d'accroissement du recours à ces mesures, et la réduction de la pénurie soignante et médicale présentée comme un moyen de réduire leur usage. « *Les collègues qui travaillent dans les services fermés nous disent qu'il y a 15 ou 20 ans, ils n'enfermaient aucun patient, mais*

---

[84] Notons que des établissements datant du 19e siècle, parfois classés monuments historiques, dont le bâti très ancien et vétuste, et l'architecture asilaire, impliquent des plans de rénovation/transformation et de mise aux normes qui ne peuvent se faire dans une temporalité immédiate. Les nouveaux projets architecturaux cherchent à intégrer différentes dimensions du respect des droits des patients (la liberté d'aller et venir, les circulations au sein des établissements pour éviter les portes fermées et les espaces extérieurs, la limitation de l'isolement et de la contention, chambre *ad hoc*, etc.), mais leur mise en œuvre ne peut être que progressive (par secteurs) et se faire sur le moyen-long terme moyennant des investissements financiers énormes. Ainsi des directions d'EPSM (2, 4) considèrent avoir encore beaucoup à faire sur le plan architectural, l'aménagement des espaces, les équipements mobiliers, le matériel de contention, mais aussi sur d'autres plans, comme la formation sur la gestion de l'agressivité et de la violence.

[85] En cela, nous rejoignons l'analyse de Corneau et *al.* (2017) à propos de la contention mécanique en psychiatrie : « Les participants de l'étude considèrent que plusieurs éléments situationnels et environnementaux, tels une clientèle particulièrement encline aux actes violents, la configuration spatiale de l'unité, le manque de ressources humaines, matérielles et financières, l'expérience du personnel, de même que la constitution de l'équipe de travail, peuvent chacun influencer grandement la propension à l'usage de la contention mécanique en psychiatrie » (p. 45).

ils étaient quatre ou cinq soignants par poste. Actuellement, ils sont deux ou trois » (CHSCT, 1). Ce ne sont toutefois pas les seules raisons. D'autres facteurs sont susceptibles d'influer. Prévenir et réduire la survenue des situations de crise impliquent un ensemble de conditions. Or celles-ci sont jugées loin d'être assurées voire, même, de moins en moins. « *Il faut avoir les moyens de le faire. Alors quand on dit que dans les facteurs d'augmentation des mesures d'isolement et de contention aujourd'hui, il y a le manque de personnel qui intervient, c'est vrai. Mais ça n'est pas la seule explication. C'est l'expérience, et c'est vrai que les gens quittent la profession de plus en plus jeunes. C'est plus globalement le manque de temps, c'est la disponibilité, disponibilité d'accueil. Si vous êtes pressé, tout le temps à courir à droite à gauche, vous n'avez pas le temps de le faire* » (PH, 6). « *On sait ce qui peut permettre de diminuer le recours : ce sont les activités, le fait que quand il y a de la tension on puisse proposer aux patients d'aller faire un tour à l'extérieur de l'hôpital pour se changer les idées, c'est le fait d'avoir des pièces avec des stimuli faibles, genre salle SNOEZELEM, c'est une utilisation des traitements sédatifs. C'est de connaître le patient et d'établir une bonne alliance thérapeutique. Mais on est dans des conditions où on a de plus en plus de mal à les appliquer* » (CME, 3).

Le niveau de formation et d'expérience du personnel, la capacité à établir une « alliance thérapeutique » avec le patient, le degré de connaissance du patient dans la singularité de ses troubles et modalités d'expression de sa souffrance sont considérés comme des facteurs jouant un rôle majeur. Un professionnel expérimenté sera plus à même de repérer les signes précurseurs d'une situation de crise et de trouver les leviers qui permettront d'apaiser le patient et d'éviter le recours à ces mesures, plus encore s'il a une connaissance fine du patient et noué une « alliance thérapeutique » avec lui, qu'un soignant débutant et/ou n'ayant pas connaissance du patient. « *La connaissance d'un patient diminue le recours à l'isolement et à la contention* » (CME, 3)[86]. Inversement, la faible connaissance d'un patient par les soignants ou les médecins (de garde ou d'astreinte par exemple) est identifié comme un facteur susceptible d'accroître le recours à ces mesures. « *Le jour où le patient va bien, si c'est pas un médecin qui le connaît, si c'est un médecin de garde ou d'astreinte, il y aura plus de recours à l'isolement. Le fait d'être au sein d'un pavillon avec des soignants qui le connaissent, on sait que ça peut diminuer le recours à l'isolement* » (CME, 3). Or dans un contexte de fuite de l'hôpital, de sous-effectif ou pénurie de personnel, soignant et médical, et d'exigence de mobilité et de flexibilité (de temps et de lieu) de la part du personnel, les situations où cette connaissance-alliance fait défaut tendent à se multiplier[87] et font encourir le risque d'accroître le recours à la contrainte. De l'avis de certains, ce phénomène s'est trouvé amplifié avec la pandémie de COVID (première vague). La réorganisation des services qu'a impliqué cette période a contribué à accroître les exigences de flexibilité et de mobilité des soignants entre les unités/les services et multiplier les situations où les patients se sont trouvés hospitalisés dans des pavillons où ils n'étaient pas connus du personnel soignant[88].

Mais le niveau d'expérience et le degré de connaissance du patient ne sauraient suffire et ne permettent d'ailleurs pas toujours de rassurer un patient ou d'apaiser une situation. « *Quand vous avez un petit peu d'expérience, vous sentez qu'il y a des moments où vous allez pouvoir, avec une parole, calmer les choses. Et on y arrive. Mais ça ne marche pas à tous les coups* » (PH, 6). Encore faut-il avoir du temps pour le faire. Or, de l'avis de beaucoup, le temps est une denrée de plus en plus rare (pour les raisons déjà explicitées – effectif réduit, bureaucratie, travail à flux tendu…) et la relation de soin comme la qualité des soins sont les premières à en pâtir. Le personnel soignant ne

[86] Notons toutefois que la connaissance d'un patient paraît constituer un facteur à double tranchant. Comme le faisaient remarquer des soignantes dans un groupe de travail, un patient connu du service et étiqueté « difficile », « explosif », « violent », ou « dangereux » peut conduire l'équipe à recourir plus facilement voire plus systématiquement à une mesure de contrainte, là où une équipe n'ayant pas d'a priori sur un patient non connu du service peut être plus susceptible de porter un regard neuf sur le patient et d'envisager les soins d'une autre manière que sous l'angle de la contrainte.

[87] Par exemple en cas d'appel à un infirmier pour remplacer un collègue dans un autre service, d'absence du médecin référent (en repos, de garde ou au CMP) et/ou de remplacement, ou encore d'astreinte (médecin de garde).

[88] La méconnaissance des patients résultant des changements d'affectation de service des infirmiers pendant la période COVID est un des éléments qui expliquerait, de l'avis de certains, la tendance à l'augmentation du recours à l'isolement pendant la première vague de COVID.

peut se montrer aussi disponible, à l'écoute, dans l'accueil de l'autre dans sa souffrance, répondre de manière réactive à ses demandes, et doit parfois renoncer à proposer des activités thérapeutiques, y compris à l'extérieur de l'hôpital. Or cette moindre présence et attention soignante combinée à la réduction d'activités thérapeutiques est susceptible de générer de l'ennui, « *une montée d'angoisse, d'anxiété ou de violence* » (CHSCT, 1) chez les patients, et un traitement différé de leurs demandes fait courir le risque de multiplier les situations de mécontentement et d'énervement susceptibles d'évoluer vers des situations de crise : « *Et du coup, les choses s'enchaînent parce que on les voit moins, on passe moins de temps avec eux, donc ils s'énervent plus aussi* » (PH, 6).

De fait le manque d'effectif soignant, de formation et d'expérimentation du personnel, et de temps consacré au soin relationnel est souvent présenté comme l'une des configurations les plus susceptibles de favoriser le recours à une mesure d'isolement – même si tous les professionnels ne sont pas toujours enclins à le reconnaître : « *Il y a un impact sur les chambres fermées. Même si on nous dit qu'officiellement il n'y en a pas, l'on peut en douter. C'est sûr que 2 jeunes infirmières peu expérimentées n'ont pas le temps de discuter avec le patient, de l'amener dans le patio pour faire baisser la tension, donc le plus simple c'est de dire ''allez hop''* » (DRH, 4).

4.3.3 De nombreux autres paramètres susceptibles d'influer

Mais comme l'ont souligné plusieurs interlocuteurs, bien d'autres paramètres peuvent influer et générer des situations susceptibles d'évoluer vers le « clash » et d'accroître, alors, le recours à une mesure d'isolement. Pour n'en citer que quelques-uns, sans prétendre à une exhaustivité :

- Une prise en charge médicale jugée peu adaptée, associée à une sous-médication et/ou une faible présence médicale – une critique récurrente dans certains pôle ou services, le plus souvent formulée par des infirmiers.

- Des dysfonctionnements de service, par exemple des rapports très conflictuels entre l'encadrement et les soignants qui occupent une place telle qu'ils absorbent l'énergie des soignants au détriment de l'attention/des soins apportés aux patients : « *Dans un pôle, les patients sont laissés à eux-mêmes. Le collectif de travail est tellement pris par ses zizanies, ses guerres intestines au quotidien et à l'affût du moindre truc qui peut être utilisé pour relancer le processus, qu'il y a des entretiens infirmiers avec des patients qui ne sont pas faits. Parce que les infirmiers ont la tête ailleurs…* » (DRH, 5).

- Le non-respect des droits des personnes hospitalisées/patients/usagers (tels que prônés par la CDPH-ONU), qu'il résulte de la configuration du bâti (impactant la liberté d'aller et venir par exemple), de l'agencement des lieux (absence de chambre individuelle et de sanitaires dans les chambres, oculi plaçant les patients sous la surveillance des soignants, unités fermées, etc.) et des équipements mobiliers, ou bien des règles de vie définies au sein de l'institution (par exemple l'interdiction de fumer en dehors des espaces dédiés) ou instituées par les équipes (pour certaines réticentes à laisser les familles venir en visite ou les patients utiliser leur téléphone portable), parfois très contraignantes et bafouant les droits des personnes (le respect de la liberté d'aller et venir, de l'intimité, etc.) qui peuvent les vivre comme des restrictions de leurs libertés et générer des tensions ou des conflits plus ou moins vifs. Or, ces notions – respect des droits des patients, libertés d'aller et venir, limitation de la contention – restent encore parfois difficiles à appréhender pour les agents, et l'un des principaux freins au changement pour tout ce qui touche au respect des droits des patients-usagers (comme aux pratiques plus orientées vers la réhabilitation psychosociale et le rétablissement) réside dans les mentalités (i.e. les croyances et représentations qui ont cours dans le métier), qu'il est difficile de faire évoluer dans le court terme et qui implique un ensemble d'accompagnements et de formations. Tout l'enjeu est de se départir d'une posture « paternaliste » qui consiste à décider à la place du patient de ce qui est bien pour lui, contre sa volonté/son gré, plutôt que de faire avec, dans une démarche participative et collaborative, nécessairement coûteuse en temps (mais que ne disposent pas toujours les soignants, comme nous l'avons vu).

- Les postures professionnelles, les manières d'être, de dire, de faire, de s'adresser et de considérer les personnes, le regard porté sur elles jouent aussi. Un manque de respect et d'attention, une faible considération à leur endroit, la tendance à réifier leur identité à une étiquette comme celle de « malade » voire de « malade dangereux » ou « violent », ou à un diagnostic (schizophrène…) et à se montrer moins bienveillant, ou stigmatisant et disqualifiant à l'égard de certains profils de patients (troubles de la personnalité, addictions), sont autant d'attitudes pouvant susciter des réactions, des gestes ou des comportements qui seront ensuite qualifiés d'héréro-agressifs. « *Une situation de patient sous contrainte, en SDRE, ne veut pas dire qu'il est violent. Certains (infirmiers) ne vont pas écouter le patient, ne vont pas être dans la bienveillance, sous prétexte qu'il est potentiellement dangereux, ce qui peut être vrai, mais la plupart du temps, il est dangereux pour lui et non pas pour les autres* » (CHSCT, 3). De même la menace ou le chantage parfois utilisés par les soignants dans l'idée d'apaiser une situation (par exemple un patient qui commence à se montrer « agité » ou invectivant les soignants d'insultes…), sont autant de postures susceptibles de produire des effets contraires à ceux recherchés : « *Il y a parfois des situations qui font qu'on met les gens dans une position où ça ne peut pas faire autrement que de clasher. Quand on entend, en passant dans un couloir : ''Si tu ne t'arrêtes pas, je t'enferme''. Avec un certain nombre de patients, on va arriver à se prendre une baffe, éventuellement. Et puis après on est tout étonné !* » (DS, 6). « *Un patient hospitalisé est en train de s'agiter, vous entendez le ou la collègue dire : ''Ça suffit, sinon je te boucle''* » (CHSCT, 3).

Si ces savoir-faire et savoir-être, ainsi que des perceptions de la patientèle pas toujours très éloignées des représentations sociales dominantes, stigmatisantes et disqualifiantes, peuvent résulter d'un défaut de formation et d'expérience, ils ne sauraient s'y réduire. Il est aussi considéré que les conditions de travail, dégradées et éprouvantes, et les exigences émotionnelles liées à la confrontation avec le public, mettent à l'épreuve les soignants dans leurs postures et dispositions. La fatigue aidant, savoir garder son flegme, maîtriser ses émotions, se contenir et prendre sur soi, peuvent s'avérer un exercice difficile. « *On peut comprendre parfois que les soignants n'en peuvent plus : on change leur planning en permanence, ils ne sont pas nombreux, il n'y a plus de temps pour discuter et vous avez en même temps 4-5-6 patients qui sont insupportables, c'est vrai que quand vous avez fait 8 h, que c'est l'enfer, à un moment, on peut être moins patient* » (DS, 6). L'on peut y voir un effet de la maltraitance institutionnelle exercée sur les soignants. Malmenés et maltraités au sein de l'institution (manque de valorisation et de reconnaissance, surcharge de travail ne permettant pas d'accomplir un travail de qualité), les soignants peuvent en venir à adopter des comportements ou attitudes qui peuvent constituer des stratégies ou formes de préservation ou d'autoprotection mais qui sont aussi susceptibles de reproduire, en miroir, ce qu'eux-mêmes vivent à l'hôpital (manque de considération, d'attention, de valorisation, disqualification…), jusqu'à malmener ou maltraiter les patients (effets de circulation).

- La composition des équipes, et notamment la féminisation du personnel soignant/infirmier (à 80%) observée depuis plusieurs années en psychiatrie[89], est aussi invoquée, dans certaines configurations, comme un facteur de fragilisation des équipes et d'affaiblissement du pouvoir d'agir du collectif de travail – dans son autorité, sa force de dissuasion ou de négociation, pour apaiser, réduire ou contenir des situations de violence ou de crise[90]. Est cité à titre d'exemple le cas des infirmières de nuit, en faible nombre (deux) et de faible gabarit, qui peuvent être mises en difficulté dans certaines situations

[89] Cette évolution est décrite comme le résultat de deux phénomènes conjugués : le départ des « anciens » infirmiers partis en retraite ces dernières années, dont beaucoup d'hommes, et l'évolution du profil sociologique de la population nationale des infirmiers en formation, majoritairement des femmes.

[90] Le fait que les équipes de renfort mobilisent très majoritairement si ce n'est exclusivement du personnel masculin est d'ailleurs parfois vue comme par des directions des soins (3) comme un moyen à la fois de compenser la féminisation du personnel soignant, de rassurer les équipes soignantes/infirmières, et de porter des effets préventifs en raison de son potentiel plus dissuasif de cette présence masculine. Ce point semble toutefois diviser. D'autres directions des soins (1) souhaiteraient faire valoir l'intérêt d'une présence féminine dans ces équipes afin de promouvoir d'autres compétences et manières de faire, jugées complémentaires, et ainsi renforcer leur pouvoir d'agir. Cette proposition paraît toutefois se heurter aux réticences des soignants et de leurs représentants souvent plus favorables à la mobilisation de personnel masculin dans ces équipes.

comme l'accueil en SSC d'un patient « violent » accompagné depuis les urgences par les forces de l'ordre en nombre bien plus important pour le contenir (le contraste dans les moyens mis à disposition dans ce type de situation est saisissant). Si la force physique ou dissuasive par le sexe et le nombre peut se poser, ce n'est toutefois pas la seule dimension. La question a aussi à voir avec le pouvoir de la parole. Dans des cultures éloignées des valeurs occidentales, la parole des femmes ne bénéficie pas de la même autorité. Le discrédit dont elle est l'objet, notamment parmi des populations migrantes ou issues de l'immigration, est vu comme l'un des éléments contribuant à affaiblir le pouvoir d'agir des équipes de soignants très majoritairement féminines. « *Dans mon service, il doit y avoir un homme sur l'ensemble de l'équipe infirmière. Alors quand on me dit ''oui mais pour contenir la violence ce n'est pas une question de sexe'', euh, si quand même. Et dans d'autres cultures, le poids de la parole d'une femme n'est pas le même que pour la parole d'un homme* » (PH, 6).

- Sont aussi mises en avant des configurations spécifiques dont les descriptions données montrent qu'elles ont à voir avec les défaillances du système sanitaire et médico-social (système de soins en psychiatrie et au-delà) : faute de places ou de structures spécialisées, des services psychiatriques d'hospitalisation complète sont sollicités par défaut, bien que leurs moyens (humains, locaux…) soient peu ou pas adaptés à l'accueil et la prise en charge de patients qui relèveraient d'autres unités de soins ou filières de prises en charge. Sont cités en exemple des patients en décompensation psychotique potentiellement dangereux (réputés, connus ou perçus comme tels) en attente de place dans des unités pour malades difficiles (UMD), souvent refoulés par beaucoup d'autres services/secteurs de psychiatrie adulte (cas d'« *un patient qui avait sauvagement poignardé un psychiatre : personne n'en voulait, toute l'Ile de France l'a refusé* » – PH, 6) : « *Quand on a affaire à des patients très difficiles qui doivent aller en UMD, quand il faut attendre trois, quatre, cinq mois un départ en UMD, la situation ne s'arrange pas toute seule, sinon on n'enverrait pas en UMD. Donc qu'est-ce qu'on fait avec ces patients pendant ce temps-là ? Bah en général, ils sont en isolement voire sous contention* » (DS, 6) ; ou bien des adultes ayant des troubles envahissants du développement (notamment des formes d'autismes sévères) ; ou encore des personnes âgées présentant des troubles cognitifs à des stades avancés.

- Quant aux espaces d'apaisement ou de stimulation sensorielle inspirés des approches dites « Snoezelen » visant à créer une ambiance sécurisante et contenante, susceptibles de produire des effets apaisants et de réduire les gestes ou comportements « auto » ou « hétéro-agressifs », ils sont inégalement développés et investis par les secteurs/pôles/EPSM. Très peu en sont pourvus, quelques-uns en ont le projet.

- Enfin, l'émergence de la pandémie de COVID 19 a été identifiée comme une conjoncture exceptionnelle ayant constitué un terreau favorable à l'accroissement du recours à l'isolement. Plus particulièrement lors de la première vague, alors que beaucoup d'inconnus demeuraient autour du virus et que les protocoles sanitaires contraignaient à l'adoption d'une nouvelle organisation des pratiques de soins. Ainsi, des patients qui ne respectaient pas les gestes barrières ont eu la porte fermée hors espace dédié (1). Plus globalement, dans certains EPSM, la pandémie a, de l'avis de certains, impacté les conditions de travail des soignants, « plus mauvaises » (du fait notamment des changements d'affectation de services et exigences de flexibilité et de mobilité) et le recours à l'isolement qui s'en est trouvé accru, notamment pour des patients hospitalisés dans des services où ils n'étaient pas connus par le personnel soignant.

Les configurations propices à l'émergence ou à l'amplification des situations d'agressivité et de violence/de « crise » sont multiples. Il ne s'agit pas ici de toutes les recenser mais de relever ces paradoxes soulignés par beaucoup d'interlocuteurs. Ces mesures doivent être évitées autant que possibles, d'autres solutions être recherchées, mais dans un certain nombre de cas, non négligeables, les situations qui vont motiver leur recours ne sont pas tant ou pas exclusivement liées à la pathologie des patients. Elles résultent aussi de l'évolution de l'environnement de travail, de la dégradation des conditions de travail dans une organisation aussi contrainte et complexe que l'institution hospitalière qui, sous l'effet des réformes du système de santé et de la psychiatrie, ne permettent plus (ou plus

autant) aux soignants de fournir des soins de qualité ou de faire leur travail aussi bien qu'ils le souhaiteraient, et plus globalement des défaillances systémiques, conceptuelles et organisationnelles, qui grèvent le système de soins, de santé, social et médico-social.

Comment ces mesures sont-elles perçues et vécues par les personnels, dans ce contexte où les conditions de moyens (humains, matériels, organisationnels, financiers…) pour rendre un service/faire un travail de qualité sont de moins en moins réunies, et où un certain nombre de ces mesures aurait peut-être pu être évitées ?

4.4 Des vécus différents selon les rôles professionnels, la conception du métier et la perception de ces mesures (selon les situations et profils de patients), et la culture des équipes

Si ces mesures sont intégrées comme faisant partie des règles ou contraintes du métier, cela ne veut pas dire pour autant que tous les soignants y adhèrent, qu'elles soient banalisées, faciles à accepter, à prendre, à mettre en œuvre, et à vivre.

A l'instar de la violence, dont nous avons vu qu'elle était diversement appréciée et appréhendée selon les professionnels et les équipes, on peut faire l'hypothèse qu'il existe une grande diversité de vécus et ressentis de ces mesures en fonction d'une multiplicité de paramètres : non seulement le rôle professionnel des soignants, la manière dont ils conçoivent leur métier, appréhendent et adhèrent à ces mesures, ainsi que leurs caractéristiques personnelles (âge, sexe) et expériences biographiques, leur niveau de qualification et d'expérience, leur ancienneté dans le service/l'établissement/la psychiatrie ; mais également la manière dont ils perçoivent le danger ou les modalités d'expression des situations (dont les formes sont plus ou moins violentes) et leurs conditions d'émergence qui vont déterminer l'usage de ces mesures (liées à la pathologie / à la dangerosité pour le patient lui-même ou pour autrui / à des effets iatrogènes ou à des manques – conditions non réunies pour les apaiser ou diminuer l'intensité – voire des manquements), ainsi que les profils des patients auxquels ces mesures sont appliquées, etc. Sans compter que la composition des équipes ainsi que la culture de l'équipe et la manière dont sont travaillées et reprises ces situations collectivement jouent aussi (débriefing ou non…).

4.4.1 De la décision à la mise en œuvre d'une mesure de contrainte : une division du travail subordonnant les infirmiers à la hiérarchie médicale ?

La décision de la mesure, soumise à avis et prescription médicale, est de la responsabilité du psychiatre. Sa mise en œuvre mobilise l'équipe soignante, chargés d'intervenir sur décision médicale.

De l'avis d'un représentant du personnel lui-même infirmier, cette division du travail qui place les infirmiers dans un lien de subordination aux médecins, suivant la hiérarchie établie à l'hôpital, permet aux infirmiers d'être déchargés d'une responsabilité perçue comme étant très lourde. Dans le même temps, chargés de mettre en œuvre une mesure décidée par les médecins, ils peuvent aussi avoir le sentiment de la subir. « *Mettre en place une contention est validée par un médecin. On subit ça* » (CHSCT, 2).

Il est toutefois des situations où les soignants ne sont pas aussi passifs et prennent une part plus active dans le processus de décision. L'opportunité d'une mesure de contrainte peut faire l'objet d'une délibération dans l'équipe et la décision être prise collégialement. Et dans certaines configurations (danger imminent, sentiment fort d'insécurité, de persécution, d'être démuni face à une situation qualifiée de compliquée, difficile à gérer, à laquelle ils ne sont pas toujours formés/préparés à y faire face et/ou qu'ils vivent mal…), des soignants peuvent réclamer la prescription d'une mesure de contrainte et/ou faire pression sur les médecins pour obtenir satisfaction. Si dans un certain nombre de cas les médecins peuvent, forts de leurs convictions, médicales et éthiques, tenir, affirmer et assumer leur position (refuser la mise en place d'une mesure, non fondée à leurs yeux), il en est

d'autres où ils peuvent finir par céder à la pression des soignants et prescrire une mesure de contrainte dans une visée de protection-sécurisation du patient et/ou des autres patients (dérangés ou réveillés en pleine nuit par exemple), et/ou de protection-sécurisation des conditions de travail des soignants, quitte à aller à l'encontre de leur propre éthique. « *Certains médecins ont tellement la pression des paramédicaux qu'ils en arrivent à leur donner satisfaction. Ils se disent qu'ils ont toute l'équipe à dos et ils vont donc mettre en place des mesures de contention* » (CHSCT, 3).

4.4.2 Des conceptions différentes de ces mesures sources de tensions et conflits

Comme le mettent en évidence différents interlocuteurs (SST, direction des soins, partenaires sociaux…), il n'existe pas une manière de voir, de concevoir et d'appréhender ces mesures, et il n'est pas rare de voir co-exister différentes conceptions et appréhensions au sein même d'une équipe soignante, et entre l'équipe soignante et l'équipe médicale. Selon leurs manières de voir leur métier et leur rôle, tous les soignants n'y adhèrent pas. Loin de faire consensus, leur usage (ou non-usage) au sein des équipes semble plutôt un objet de débat et de divisions. Il suscite des tensions, conflits et désaccords plus ou moins profonds, et des divergences d'appréciation des situations peuvent apparaître quant aux réponses qui auraient dû ou pu être recherchées et mises en place, et/ou qui requéraient ces mesures.

Comme cela a déjà évoqué, une ligne de clivage générationnelle opposerait les « anciens » infirmiers, dont l'idéal et l'éthique du métier les amèneraient plutôt à éviter le recours à ces mesures perçues sur le versant sécuritaire-enfermement plus que sur celui du soin et qui les font jouer un rôle (de « maton », ou « tortionnaire ») dans lequel ils ne se reconnaitraient pas, aux jeunes générations peu qualifiées et expérimentées pour lesquelles l'usage de ces mesures semblerait moins poser de problèmes moraux, être intégré comme faisant partie de la panoplie des outils mis à leur disposition, et qui pourraient être tentées d'y recourir pour travailler dans des conditions plus sereines, face aux situations répétées et éprouvantes d'hétéro-agressivité (insultes, menaces, violences) des patients : « *Ils sont tellement soulants que franchement ils mériteraient d'être plus isolés* » (SST, 6). L'on aurait en quelque sorte affaire à un axe à l'extrémité duquel deux conceptions s'opposeraient : des mesures intégrées comme faisant partie soit des règles du jeu, et soit comme des contraintes du métier, avec entre ces deux pôles extrêmes, une diversité de conceptions et de positionnements possibles.

Cela ne signifie pas pour autant qu'il existe des conceptions ou positionnements homogènes selon le niveau de formation, d'expérimentation et d'ancienneté des soignants. Sont cités le cas de jeunes sortant de formation pour qui il peut être difficile de prendre du recul et de questionner les pratiques transmises par leurs aînés qu'ils auront alors tendance à reproduire par mimétisme. « *Quand vous prenez vos fonctions, vous faites confiance, vous êtes dans une forme de tutorat. Par mimétisme, vous faites la même chose que le professionnel que vous encensez et qui a des pratiques systémiques, jusqu'au jour où vous vous rendez compte que ce ne sont pas les bonnes pratiques* » (CHSCT, 3). A contrario d'autres qui, du fait de leur personnalité, de leur sensibilité et de leurs convictions personnelles, auront d'emblée du mal à adhérer à ces pratiques. « *D'autres réagissent tout de suite. Quand on les force à le faire, ils le vivent mal. Il n'y a pas que l'éthique, il y a aussi ce que l'on est* » (CHSCT, 3).

Tous les cas de figure sont possibles, la personnalité, le parcours biographique, etc. jouent aussi. A quoi viennent s'ajouter la culture du service et la manière dont la mesure est envisagée, discutée, expliquée, reprise et travaillée avec les médecins dans les collectifs de travail, qui influe également. « *Parmi les vieux soignants, à la mode psychothérapie institutionnelle, pour eux c'est de l'ordre du tortionnaire. Après, on a les petits jeunes un peu trop ''il faut que ça marche au pas, c'est moi qui commande, c'est moi l'infirmière'', ils sont très contents, ça leur va bien. Après on a un peu de tout quoi. Il y en a qui disent : ''Je n'ai pas fait trois ans d'études pour devenir un maton''. Ça dépend de la façon dont c'est expliqué et envisagé en équipe et avec les médecins* » (DS, 6). Joue aussi la capacité d'un collectif de travail à remettre en question ses pratiques ou manières d'intervenir et à envisager/rechercher d'autres modalités ou pratiques possibles, plus orientées vers le respect des

droits des patients et le rétablissement. « *Il faut se remettre en question au quotidien. Quand vous n'arrivez pas vous remettre en question, à voir le périmètre de vos interventions, vous êtes dans une forme d'aisance. Vous vous laissez bercés, vous êtes dans de mauvaises pratiques* » (CHSCT, 3).

Les désaccords existent aussi entre l'équipe soignante et l'équipe médicale, les premiers, plus souvent les infirmiers, pouvant se montrer critiques vis-à-vis des prises en charge médicales. Est par exemple reproché aux médecins un certain « laxisme » vis-à-vis de certains comportements ou profils de patients (faisant usage de toxiques par exemple), une faible présence médicale ou une sous-médication, ou encore un usage jugé trop modéré de la contrainte (soit que les médecins ne mettent jamais les patients sous contrainte, soit qu'ils lèvent les contraintes trop rapidement). Ce sont autant de situations qui alimentent parmi les soignants le sentiment d'être « *envoyés au charbon* » puisqu'ils sont en première ligne pour gérer ces situations, nécessairement fortes émotionnellement, et non sans risques pour leur santé psychique et physique alors que de leur point de vue *« un patient aurait dû être mis à l'isolement ou resté à l'isolement* » (SST, 6).

4.4.3 Des mesures plus ou moins bien vécues selon les profils des patients

La perception que les soignants ont des patients influe aussi sur le recours à la contrainte et le vécu de la mesure par les soignants varie selon le regard qu'ils portent sur les profils des populations sur lesquels la contrainte est exercée. Ils peuvent être plus facilement enclins à recourir à une mesure de contrainte pour un patient étiqueté dangereux, que pour d'autres profils de populations. Les adolescents ou jeunes adultes, les femmes enceintes, ou des personnes dont il est considéré que leur place n'est pas en psychiatrie, comme celles ayant des troubles du spectre autistique hospitalisées en psychiatrie adulte faute de structures adaptées, le recours à la contrainte, font partie des populations pour lesquelles le recours à la contrainte paraît plus difficile à envisager et la mise en place de la mesure plus difficile à vivre.

Les personnes faisant usage de toxiques – abus de substances fréquemment associés aux troubles de la personnalité limite ou « borderline » – paraissent faire partie des populations moins bien considérées (voire même déconsidérées), ou tolérées au sein de certains services de psychiatrie adulte, par les médecins et/ou les soignants. D'une part, la « toxicomanie » peut apparaître aux yeux de certains psychiatres comme une pathologie moins noble à traiter que d'autres (comme la dépression), et les personnes concernées ne pas toujours faire l'objet de la même attention ou bienveillance. « *On se demande ce que font certains médecins en psychiatrie. Certains sont complètement détachés de certaines situations. En fonction des pathologies, comme un toxicomane par exemple, ils n'aiment pas prendre en charge. Ils préfèrent prendre en charge le grand dépressif avec tentative suicidaire. En fonction des versants de la psychiatrie, la bienveillance n'est pas la même vis-à-vis d'un patient* » (CHSCT, 3). D'autre part, des soignants peuvent assez mal supporter les attitudes et comportements de ces populations et être plus tentés de recourir à la contrainte. Dans certains services leur prise en charge paraît constituée un objet fréquent de tensions et divisions, désaccords et incompréhensions entre les médecins pour qui l'isolement est injustifié, et les soignants qui ne comprennent pas leur attitude qu'ils qualifient de « laxiste ». « *Les médecins se plaignent de ces patients, mais ils ne se plaignent pas de travailler avec eux. J'ai vu un médecin me dire un jour : ''Je ne vois pas ce qui justifie que ce patient soit enfermé''* » (CHSCT, 3).

Une mesure paraît aussi plus difficile à vivre lorsqu'elle est exercée sur un patient suivi de plus ou moins longue date et/ou avec lequel il existe une interconnaissance plus grande, une alliance thérapeutique et un lien fort – entre autres exemples.

4.5 Des mesures éprouvantes pour tous, générant des ressentis négatifs et exposant aux RPS

Au-delà des paramètres, nombreux, susceptibles d'influer sur leur ressenti et vécu de la contrainte, tous les interlocuteurs s'accordent pour dire que, dans la grande majorité des cas, « *les soignants*

n'apprécient pas d'avoir recours à la contrainte » (DRH, 4), à de rares exceptions. « *J'ai en tête 2 ou 3 personnes pour laquelle il y a une jubilation à exercer la contrainte sur les patients, mais ça c'est l'anormal* » (DRH, 4). Mais pour la plupart : « *Il n'y a plus de tortionnaire en hôpital psy. Arrêtez de nous suspecter d'enfermer et de contentionner à mauvais escient* » (CHSCT, 1).

4.5.1 Un dilemme moral générant malaise, conflit éthique, sentiment d'échec et culpabilisation… et perte de sens du travail

D'après les dires et descriptions des interlocuteurs, le recours à ces mesures n'a rien de plaisant et ne se fait pas de gaieté de cœur. Les décisions sont jugées difficiles à prendre pour les médecins, et leur mise en œuvre difficile à vivre pour tous. « *C'est très compliqué parce que ça met tout le monde mal à l'aise d'isoler un patient, c'est un truc assez étrange* » (CME, 6). L'usage de ces mesures suscite plutôt malaise et embarras parmi les professionnels. « *On n'est pas à l'aise quand on décide d'une mesure de contention ou d'une mesure d'isolement. Ça ne nous fait jamais très plaisir* » (CME, 3).

Ces actes paraissent plutôt contrarier, rebuter, repousser voire inspirer du dégoût et de la répugnance. « *Éthiquement parlant, ça les rebute d'enfermer quelqu'un. La majorité des professionnels que je côtoie n'ont pas du tout cette idée. Ce n'est pas dans les gènes. Il n'y a pas d'automatisme. Il y a beaucoup de bienveillance* » (CHSCT, 3). Les situations qui conduisent à prendre ces mesures soulèvent un dilemme moral plaçant les professionnels devant un choix qui met en conflit leur système de valeurs – partagé par le plus grand nombre. Vus ou vécus comme porteurs de valeurs contraires à une certaine éthique du soin, plus tournée vers le *care* (attention, écoute, bienveillance, respect…), ces actes peuvent aller jusqu'à provoquer un conflit éthique par rapport à l'idéal du métier duquel ils s'écartent (soins *vs* contrainte). « *Tout isolement, toute contention va aussi provoquer, chez les collègues, un conflit éthique. On est là pour soigner, on n'est pas dans une prison, on n'est pas là pour enfermer les gens et les contraindre* » (CHSCT, 1).

Décrits comme éprouvants pour tous, chargés émotionnellement, ils génèrent un ensemble de tensions (déchirement, affliction, douleur, peine, tourment, colère, honte…) et des ressentis négatifs (échec, culpabilité, stress, souffrance…).

De l'avis de la plupart des interlocuteurs, en arriver à cette décision/à cet acte est souvent vécu comme un échec. « *Quand on en arrive là, c'est vécu par beaucoup de soignants comme un sentiment d'échec* » (CHSCT, 3). Ils ont le sentiment de n'être pas parvenu à mieux faire, à trouver des solutions alternatives, avec des outils peu ou pas coercitifs, ou d'avoir raté quelque chose, ou que « *quelque chose n'a pas été fait ou pas très bien fait* » (DRH, 1), et *in fine* d'avoir mal fait leur travail, ce qui est source d'insatisfaction et de culpabilité. « *Contentionner ou isoler est toujours vécu par les collègues comme une culpabilisation. On fait du mieux que l'on peut avec ce que l'on est et ce que l'on nous donne* » (CHSCT, 1).

4.5.2 Une souffrance éthique questionnant le sens du travail quand les mesures auraient pu être évitées

Ces situations sont d'autant plus mal vécues, le sentiment d'échec, la culpabilité et le conflit éthique d'autant plus forts que les soignants ont le sentiment qu'une part de ces mesures ou des situations qui ont conduit à les prendre auraient pu être évitées si tous les moyens avaient pu être mobilisés et/ou mis en œuvre pour éviter la survenue de la crise justifiant leur recours. Un travail de soin de qualité, de plus en plus empêché faute de personnel suffisant, et des prises en charge médicales mal ajustées aux problématiques des patients sont identifiées comme les deux principales causes d'échec.

1/ Un travail de soin de qualité empêché faute de personnel suffisant

Dans nombre de cas, il est considéré que ce type de pratique résulte avant tout du manque d'effectifs soignants et de l'évolution des conditions de travail dont l'une des conséquences est de passer moins de temps avec les patients, de n'être pas aussi présents auprès d'eux, à leur écoute, et/ou de devoir renoncer à mettre en œuvre des activités thérapeutiques, et *in fine* de n'être pas ou moins en mesure de repérer les signes annonciateurs d'une crise, de désamorcer ou de contenir les situations (d'angoisse, de colère…) susceptibles d'évoluer vers le « clash ». « *La violence existera toujours, on ne peut pas la prévoir, mais quand on détecte les choses au maximum, elle a peu de chance d'arriver. On peut alors employer tous les moyens pour ne pas qu'elle arrive* » (CHSCT, 3).

« *Quand on n'a pas le choix, on le fait. On aimerait mieux faire notre travail. Il y a des week-ends où on est en plus sur certaines unités et on peut faire un tour dans le parc avec les gens qui sont enfermés, qui n'ont pas le droit de sortir tout seul. On voit bien que ça fait du bien aux gens, que les repas sont plus sereins, qu'il y a moins de tensions, même entre les patients, qu'il peut y avoir moins de consommations de drogues aussi, moins d'alcool. Mais quand on est en effectif minimum, on fait ce qu'on peut, et on priorise aussi* » (CHSCT, 2).

Ces situations sont identifiées comme une source majeure de souffrance parmi les soignants, une « souffrance éthique » (Dejours, 1998 ; Durand et *al.*, 2000 ; Rolo, 2017), si ce n'est psychique. Heurtant de plein fouet l'idée que les soignants se font du travail bien fait, des soins de qualité (*vs* en mode dégradé), ces situations questionnent d'autant plus le sens de leur métier qu'elles les amènent à poser des actes qu'ils réprouvent moralement.

Du point de vue de certains (partenaires sociaux notamment), elles généreraient davantage de plaintes ou de tourments parmi les anciennes générations d'infirmiers qui ont connu une époque où les effectifs d'équipe plus fournis et les conditions de travail plus favorables, permettaient, à leur avis, de réaliser un travail de qualité, de contenir les situations de crise et de limiter le recours à ces pratiques. « *Les plus jeunes qui n'ont pas connu l'avant se plaignent moins* » (CHSCT, 1).

Mais d'autres le soulignent : ces situations affectent aussi les jeunes soignants pour qui des conditions de travail dégradées et/ou l'insuffisance de moyens pour réaliser un travail de soins de qualité ne devraient constituer des éléments de justification de tels actes. Dans ces conditions, il leur est encore plus difficile de consentir et de se résoudre à mettre en œuvre des mesures qu'ils réprouvent moralement (éloignés de leur idéal du métier) et dont la pertinence, en l'espèce, leur paraît plus que douteuse ; et le vécu de ces situations n'en est que plus pénible, douloureux et affligeant. « *À chaque fois, ils expriment un doute. Certains ne le conçoivent pas et le verbalisent : ''C'est lié à un manque de communication, je pense qu'on n'est pas au plus proche du patient parce qu'on ne l'occupe pas, parce qu'on ne l'écoute pas. Ce n'est pas parce qu'on n'est qu'un infirmier et un aide-soignant, en effectif réduit, que l'on n'a pas le temps de s'en occuper et que l'on doit l'enfermer''. Ce sont des situations que malheureusement, certains vivent difficilement. Soit, ils s'enferment et cherchent à s'enfuir, mais la plupart du temps, ils restent là par dépit et ils souffrent* » (CHSCT, 3).

La souffrance éthique résultant des conflits de valeurs dans lequel ce type de situation place les soignants alimente une perte de sens au travail qui peut amener certains à fuir l'intra-hospitalier et à préférer exercer dans les structures de soins ambulatoires (CMP, CATTP) – si ce n'est à fuir la psychiatrie publique pour exercer dans le privé ou en libéral. « *Certains se sont rendu compte, dans leur exercice, qu'il y avait souvent une corrélation entre le problème d'effectifs et la mise en contention, quelle qu'elle soit. On n'a pas su détecter les signes parce qu'on n'était pas suffisamment présents. Certains en souffrent et l'échappatoire est de demander une mobilité vers un CMP ou un CATTP* » (CHSCT, 3). Il reste difficile de saisir précisément l'impact du manque d'effectifs soignants/de formation sur le recours à ces pratiques dans les établissements. Mais même ceux dont les pratiques paraissent les plus exemplaires (faible recours à ces mesures) n'en sont pas totalement exempts. « *Ce sont des choses que l'on ne voyait pas déjà beaucoup avant, mais qui ont tendance*

maintenant à disparaître. Je ne dis pas qu'elles n'existent plus. Quand ils en arrivent à ça, la plupart des collègues le vivent mal. C'est un sentiment d'échec » (CHSCT, 3).

2/ Des prises en charge médicales mal ajustées

Dans d'autres cas, les soignants, notamment les infirmiers souvent plus critiques vis-à-vis des prises en charge médicales, ont le sentiment de n'avoir pas été entendus par les médecins et/ou que toutes les solutions médicales n'ont pas été recherchées et mises en place en amont pour éviter d'en arriver là (faible présence médicale, sous-médication ou médication non ajustée à la problématique).

La question de l'ajustement de la prise en charge médicale, notamment de la médication, et de l'attention portée par les médecins aux observations des soignants semblent d'ailleurs faire partie des « *points de vigilance* » ou de débats entre les équipes soignantes et médicales que peut soulever la mise en place de ce type de mesures.

« *Si on en est à la chambre d'isolement, c'est que la situation nous a échappé, que ce soit de notre faute ou pas. Les points de vigilance sont plutôt les suivants : Est-ce que les médecins ont prescrit le bon nombre de gouttes au patient ? Est-ce qu'ils ont été très attentifs à ce que disaient les soignants qui relevaient que la personne commençait à s'agiter ? Il me semble avoir entendu ce type de débat entre certains médecins et certains personnels paramédicaux* » (DRH, 3).

Des conflits éthiques majeurs interrogeant le sens du travail peuvent également émerger de situations d'isolement et de contention prolongée de patients pourtant peu suivis et encadrés médicalement. Ce cas de figure paraît plus rare mais fait partie des pratiques possibles. Une situation de ce type nous a été signalée, certes un peu datée et concernant un résident dans une structure médico-sociale en attente d'un lit dans un service d'hospitalisation du même établissement, mais pas moins révélatrice des dysfonctionnements et risques de dérives possibles. Dans cette situation, particulièrement mal vécue par le personnel soignant, ce n'est qu'à l'issue d'un CHSCT extraordinaire qu'une alternative a pu être trouvée, et le silence de l'ARS, également alertée sur ce cas, a laissé pantois et généré incompréhension, non sans questionner le sens du travail. « *Pour moi ce n'était même plus de la contention. Il a été attaché à son lit pendant trois semaines ou un mois. On n'a eu aucune réponse médicale. Il n'y avait même pas de visites, le médecin pouvait être trois jours sans venir. Il a fallu déclencher un CHSCT extraordinaire pour qu'enfin une solution soit trouvée. Et là, sur des sujets comme ça, tout le monde bat en retraite. Je me souviens à l'époque avoir écrit à l'ARS pour dénoncer ça, c'était il y a 5-6 ans peut être, j'attends toujours la réponse. Et ça ne semble pas émouvoir personne. À un moment donné on fait quoi ?* » (CHSCT, 2).

3/ Un recours accru à l'isolement en période COVID

Dans un contexte plus global de questionnement sur la place de soignant et le sens du métier, profondément transformés sous l'effet de la réorganisation des services liée à l'émergence de la pandémie (première vague), le recours accru à l'isolement a pu également s'accompagner d'une perte de sens du métier, avec le sentiment d'une inutilité de certains actes (induits par les protocoles sanitaires), et des conflits éthiques autour de la qualité des soins, empêchée. « *Pourquoi je fais cela ? Quel est le sens d'isoler les gens ? On devait être là pour les patients, mais on les a enfermés, isolés. On devait être là pour les soigner, mais on avait tous peur. On avait beaucoup moins de liens avec eux. On a dû annuler beaucoup de prises en charge. Tout cela est empêché* » (SST, 1). Dans des EPSM (1), ces situations auraient donné lieu à un vrai débat pour « *garder un maximum de libertés et de respect des droits pour nos patients, tout en gardant aussi le fait qu'il fallait protéger les autres patients* » (DS, 1), et débouché sur la mise en place d'organisations spécifiques (par exemple des sorties accompagnées en cas d'isolement hors espace dédié).

4.5.3 De la violence de la situation à la violence de l'acte : une boucle de rétroaction source de stress et tensions du début à la fin et après l'intervention

Une autre raison mise en avant pour expliquer que ces situations peuvent être plus ou moins difficiles ou douloureuses à vivre, fragiliser les équipes, générer des souffrances parmi les soignants, est la violence de la situation, depuis la scène de violence déclenchant la mesure, jusqu'à la violence inhérente à l'acte lui-même, et la boucle de rétroaction alors générée, qui fait que, du début à la fin, la situation est jugée compliquée à gérer, source de stress et de tensions pour tous, patient et soignants, et le demeure après l'intervention, jusqu'à la délibération pour mettre fin à la mesure et envisager les modalités de prise en charge, qui peuvent générer des incompréhensions et des tensions au sein des équipes, entre le médecin et les soignants, entre les soignants, qui peuvent avoir des attentes et conceptions différentes du soin.

« *C'est compliqué du début à la fin. Parce que ça fait suite à une scène de violence, etc. Après, parce que quand ça ne se passe pas bien, on est quand même à 6 sur le patient, c'est chaud, il crie, parfois il arrache le truc. Sans compter que bon… c'est quand même bizarre de se retrouver à cheval sur le patient pour essayer de le maîtriser. Et puis après, si on a un petit temps pour débriefer, c'est bien, mais voilà. Et puis après il y a souvent des conflits pour savoir quand est-ce qu'on va le faire sortir : trop tôt, à temps partiel, machin, faut tester, pas tester. Donc du début jusqu'à la fin, c'est une source de tensions, (entre) médecins- équipe, entre les équipes, etc.* » (CME, 6).

Non seulement la situation de départ est souvent teintée de violence, mais la mesure en elle-même est violente pour au moins deux raisons. D'une part elle touche aux droits fondamentaux de l'homme et prive la personne à qui elle est appliquée de l'un de ses premiers droits humains. « *Ce n'est quand même pas rien d'enlever cette liberté, qui est quand même une de nos libertés premières, de bouger, de se mouvoir comme on veut »* (CHSCT, 2). D'autre part son caractère coercitif puisque sa mise en œuvre implique de la part des soignants d'exercer par la force humaine et/ou des moyens mécaniques, une forme de violence physique sur le patient, pour empêcher, limiter ou maîtriser ses mouvements ou son agitation. Or il est rare que cela se fasse dans l'apaisement, dans certaines situations tout particulièrement (cas des patients sous l'effet de produits psychoactifs illicites, entre autres exemples – « *Ce qui a été exprimé, ce sont les jeunes patients qui prennent des tas de toxiques, qui arrivent dans des états, c'est du jamais vu quoi, ils mettent 5 jours à se poser. Franchement il y a des situations compliquées* » – CME, 6). L'acte de contraindre peut parfois mobiliser un nombre très important de soignants. « *Il faut être parfois 5, 6, 7, 8, 10 personnes autour du patient ou du résident pour le contentionner sur un lit. Psychologiquement, vous ressortez de la chambre, c'est dur quoi. Forcément. Et quand, en plus, ça se fait dans la violence, ce qui est quand même le cas dans énormément de cas, faut pas se mentir non plus. Quand on en arrive là, ça veut dire que tout a échoué et qu'on en est dans la dernière solution et que ça se fait rarement dans le calme et l'apaisement* » (CHSCT, 2). Et en retour le vécu par le patient de cette situation de force/violence exercée à son encontre peut le conduire à s'insurger, se rebeller et réagir, physiquement (coups, crachats…) et verbalement (insultes, injures, invectives…). « *Enfermer un jeune de 23 ans comme ça dans une chambre, ça fragilise les soignants parce qu'on n'est pas là pour ça normalement. C'est quand même un acte difficile. C'est une violence qui s'exerce. Cette violence, elle se traduit aussi par le fait que ce patient nous insulte, nous crache dessus. C'est violent pour tout le monde* » (PH 6).

« *Après une intervention, le stress est à son maximum, les gens sont à fleur de peau »* (CHSCT, 1). Sans compter qu'une fois mise en place, la mesure (d'isolement par exemple) ne règle pas tout pour autant, voire peut alimenter la faible compliance dans les soins/à la prise de traitement médicamenteux, soit des situations qui à leur tour peuvent conduire les soignants à exercer d'autres formes de contraintes sur le patient. « *Là on a eu une intervention assez difficile sur un patient qui ne voulait pas prendre son traitement et qui était en chambre d'isolement. A six dans la chambre d'isolement pour lui donner son traitement, ça a dégénéré, il leur a tapé dessus, il leur a arraché les masques FFP2 et il leur a craché dessus alors qu'il était Covid positif* » (CHSCT, 1).

4.5.4 Des conditions éprouvantes sources de RPS impactant la santé au travail des soignants

La temporalité spécifique de ces pratiques/mesures, qui se font « dans l'urgence » ou s'imposent comme une urgence, est en elle-même pourvoyeuse de RPS. « *Un des risques psychosociaux majeurs lié à la contention et à l'isolement, c'est qu'on fait ça dans l'urgence* » (CME, 2) La situation d'urgence oblige les soignants à abandonner la tâche en cours et impose l'action au détriment des processus de réflexion et de pensée, avec des risques d'erreurs possibles. Ce point renvoie aux interruptions de tâches pour gérer l'imprévu/les urgences qui participe du sentiment d'une intensité/intensification du rythme de travail, (nous renvoyons le lecteur sur ce point déjà développé dans une section précédente).

La perte de sens au travail susceptible de résulter des conflits éthiques, du sentiment d'échec et de culpabilité est un autre risque majeur que font encourir ces pratiques. L'on comprend alors l'importance accordée à la possibilité :

1°, d'en échanger a posteriori avec le patient, ce qui est toutefois jugé de plus en plus compliqué dans un contexte de manque de personnel/de temps, bien que reconnu nécessaire pour remettre du sens voire même, en cas d'amélioration des signes cliniques à l'issue, avoir le sentiment de travail bien fait (ou d'avoir accompli son travail) : « *Pour ceux qui ont connu la période où ça se faisait avec une amélioration des signes cliniques des patients, parce qu'il y a des bonnes prises en charge, derrière il y a un sentiment de travail bien fait qui vient un peu gommer le début de la prise en charge qui était difficile. Quand on a le temps de travailler avec les personnes, on a le temps de travailler ça aussi, de revenir sur ''tiens vous avez été mis en chambre d'isolement, est-ce que vous vous en souvenez'', on en rediscute. ''Comment vous avez vécu la mise en CSI – chambre de soins intensifs ? Est-ce que vous vous rendez compte pourquoi ça s'est fait comme ça, contre votre gré ?'', etc. C'est des choses dont on peut discuter avec les gens. Ça fait partie du métier en fait.* » (CHSCT, 2).

2°, de disposer d'espaces de réflexivité pour partager son vécu et pour retravailler/rediscuter collectivement, en équipe de la situation qui a conduit à recourir à la mesure. L'enjeu est bien de donner du sens à l'acte de soin/au métier et de contrer le sentiment d'avoir mal fait son travail, faute de moyens suffisants à disposition.

Or, comme cela a déjà été évoqué, la perte de sens au travail se trouve accru dans le cas où les soignants ne disposent pas de ces espaces-temps de mise en sens/réflexion/questionnement de ces pratiques (échange, discussion et débriefing), qui leur permettraient de prendre du recul, d'échanger autour de ces situations, de questionner le sens du recours à ces pratiques, d'exprimer et de partager leur vécu et leur ressenti. Sans compter que l'absence de tels espaces laissent seuls les soignants, isolés face à leur vécu de la situation, potentiellement sur le mode de la souffrance. « *La plupart du temps, on ne débriefe pas, parce qu'on n'a pas le temps, parce qu'on n'est pas suffisamment nombreux, parce que le travail amène le travail tout le temps. Pour moi, c'est un risque majeur, c'est à dire la perte de sens* » (CME, 2).

L'ensemble des conditions, éprouvantes et très fortes émotionnellement, dans lesquelles ces mesures sont décidées et mises en œuvre font dire à certains (peu nombreux à le reconnaître) que les soignants ne ressortent pas indemnes de ces situations mais ébranlés, troublés, commotionnés voire perturbés, et que leur santé, psychique et physique, en est impactée. « Ça *a un impact sur la santé. Ça peut avoir un impact physique parce que c'est hyper violent. Et puis un impact psychologique. Parce qu'en plus, très souvent, il y a aussi le sentiment d'échec qui va avec. En se disant ''On en est arrivé là parce qu'on n'a pas réussi à faire mieux''* » (CHSCT, 2).

L'effet de boucle de rétroaction liée à la violence de ces situations exposent les soignants à des risques susceptibles de porter atteinte à leur santé physique, avec parfois des arrêts de travail à la clé (cf. la section sur les situations d'« hétéro-agressivité »). De ce point de vue, la pratique de la contention (ou dé-contention) est identifiée comme étant particulièrement porteuse de ces risques, pour les

soignants comme pour les patients. Il est considéré qu'elle exige un savoir-faire qui, mal maîtrisé, est susceptible de mettre en danger le soignant et le patient. Et une faible adhésion du soignant à ce type de mesure est identifiée comme un frein à la maîtrise des bonnes pratiques de contention. « *C'est récurrent : les soignants qui sont en difficulté avec la contention l'appliquent mal et du coup, on a des accidents du travail avec des patients qui sont contentionnés* » (DS, 6).

Il reste difficile d'en savoir beaucoup plus quant à l'impact de ces pratiques sur la santé mentale au travail des soignants. Par exemple, le risque de traumas auxquels ces pratiques sont susceptibles d'exposer a été évoqué par des psychiatres pour les patients, non pour les soignants, bien qu'on ne puisse l'exclure, surtout si elles se produisent de façon répétée. C'est une dimension très peu mise en lumière, qui fait partie de la « boîte noire ».

4.6 Une problématique difficile à saisir et à appréhender, échappant aux acteurs de la prévention des RPS

De toute évidence, l'approche de la santé mentale au travail des soignants est rarement abordée sous cet angle, et le questionnement sur le lien entre contrainte de soins et RPS/santé au travail peu habituel.

C'est d'ailleurs, rappelons-le, ce qui faisait l'attrait de cette recherche pour un certain nombre d'interlocuteurs pour qui c'était l'occasion de décaler le regard et d'éclairer une dimension peu explorée, cachée et invisible au sein de l'institution. Difficile à saisir et à appréhender, elle échappe en grande partie aux acteurs-clés de la prévention, y compris aux partenaires sociaux et SST.

4.6.1 Des questions remontant peu aux partenaires sociaux mobilisés sur d'autres enjeux

Mobilisés sur d'autres enjeux (défense des droits et intérêts collectifs et individuels des salariés), les partenaires sociaux sont assez éloignés de ces problématiques qui ne font pas partie de leurs préoccupations premières et qu'ils ne cherchent pas forcément à appréhender. Et de leur côté ce n'est pas pour ce type de difficultés professionnelles que le personnel soignant les interpelle. « *Ce n'est pas vraiment ce qui remonte de la part des personnels. Il faudrait creuser sur leur perception ou sur ce qu'ils peuvent ressentir* » (CHSCT, 3).

De l'avis de certains d'entre eux, également partagé par d'autres interlocuteurs, la charge mentale pour les soignants est moins directement liée à (l'usage de) la contrainte dans les soins (SSC, isolement, contention) qu'à la fréquence d'exposition aux situations d'hétéro-agressivité (insultes, menaces, violences...) des patients à leur encontre, ou au sentiment d'insécurité et de peur associé à la crainte d'y être exposé dans certaines situations (par exemple l'hospitalisation dans le service d'une personne passée en UMD, réputée dangereuse et/ou connue pour « clasher »), avec les accidents/arrêts de travail qui peuvent en découler. « *Ce n'est pas le soin sous contrainte qui fait que ça a un impact sur la charge mentale des salariés, mais le fait d'être menacés régulièrement par cette personne. Parce que comme elle n'avait pas quelque chose dans l'immédiateté, elle allait menacer physiquement les gens. Cette personne-là est déjà allée en plusieurs reprise en UMD* – unité pour malades difficiles –*, et comme on sait qu'il clashe, certains en ont peur dans l'équipe. Et il y a beaucoup d'accidents de travail par rapport à ça. Mais des fois, c'est l'impossibilité d'avoir le temps de faire un soin avec ces personnes-là parce qu'on n'a pas les moyens humains pour le faire* » (CHSCT, 2).

Or, la fréquence ou le risque d'exposition des soignants à ces situations sont potentiellement élevés et accrus dans un contexte où la dégradation des conditions de travail (manque de personnel, déficit de formation, intensité et pénibilité accrues, recul des espaces de réflexivité…) à l'hôpital, par ailleurs contraint de pallier les déficits de l'offre de soin (manque de structures adaptées à la prise en charge de certaines problématiques), retentit sur la qualité des soins (manque de temps à accorder aux

patients, traitement différé de leur demande, réduction de la palette de soins, etc.) et génère des conditions propices à la survenue de ces situations.

4.6.2 Des questions « taboues », difficiles d'abord, avec les psychologues des SST

De même les psychologues des SST considèrent que ces questions ne font pas partie ni de leurs objets de travail ni des sujets qu'ils sont (ou pourraient être) amenés à discuter avec les soignants dont ils disent avoir très peu de retours. « *Je n'ai pas beaucoup d'éléments là-dessus sur l'exercice de la contrainte* » (SST, 3). Les entretiens individuels pourraient laisser penser qu'ils offrent un cadre d'expression plus propice à l'abord de ces questions mais il n'en est rien. De toute évidence, oser en parler reste une démarche difficile pour les soignants tant ces questions paraissent taboues, observent les psychologues. « *C'est difficile de parler de ces questions-là. Personne n'ose en parler. Au niveau individuel, ce n'est pas quelque chose qui sort beaucoup. Je pense que c'est un sujet plutôt tabou* » (SST, 3). Pourtant, comme le souligne ce dernier, « *ce n'est pas parce qu'on n'en parle pas que ce n'est pas un problème, au contraire. Contraindre autrui, ça ne peut être anodin* » (SST, 3). Mais de cela, peu semblent être prêts à se livrer.

De leurs points de vue et expériences, le niveau institutionnel ou le cadre de l'intervention collective auprès des équipes se prêterait un peu plus à l'abord ou l'expression de ces questions mais dans les faits, cela reste peu fréquent. Peut-être parce que la contrainte, et plus globalement les questions qui ont à voir avec la privation de liberté/le respect des droits, est davantage élaborée à l'intérieur même des services, du moins certains, d'orientation analytique notamment, comme en fait l'hypothèse l'un d'eux. Un psychologue rapporte ainsi avoir été sollicité par des cadres pour travailler avec les équipes sur l'ouverture/la fermeture des pavillons, ou le respect des droits des usagers (notamment la confiscation/non confiscation des portables), mais ces demandes sont restées assez exceptionnelles et n'ont d'ailleurs pas toujours abouti (pas d'aval de la hiérarchie).

Un autre observe que lorsque le sujet de la contrainte est ressorti des échanges engagés avec les collectifs de travail, l'objectif n'était pas d'engager une réflexion de fond, par exemple d'interroger la dimension de privation de liberté ou de questionner la place de soignant par rapport à cette dimension. Il s'agissait plutôt pour les soignants d'exprimer des plaintes, des griefs et des attentes donnant à voir des conceptions différentes de l'usage de la contrainte dans les soins, entre les soignants, notamment les « jeunes » et les « anciens », et/ou entre l'équipe soignante et médicale. Son abord venait ainsi révéler des tensions au sein des équipes divisées sur les conditions/situations de recours ou non-recours à la contrainte (comme l'isolement), parfois ravivées à l'occasion d'événements/passages à l'acte (agressions, violences) dont les conséquences ont pu s'avérer lourdes pour les infirmiers qui s'y sont trouvés exposés (blessures, arrêt maladie prolongé…), et traduire un souci de protection-sécurisation ou confort au travail des soignants éprouvant le sentiment d' « *être envoyés au charbon* » (SST, 6).

Tout se passe comme si, l'idéologie du soignant fort combinée à la banalisation de ces mesures de contrainte dans les soins, intégrées comme faisant partie des exigences du métier et des outils de dernier recours dont il est difficile de se passer pour faire face à l'exceptionnalité de certaines situations dont on a vu pourtant qu'une partie au moins étaient en partie fabriquées par l'institution et le système d'action en santé mentale, concourrait à invisibiliser les enjeux de santé au travail liés aux pratiques de contrainte dans les soins.

En guise de conclusion : l'usure professionnelle

Les métiers d'aide et de soins comportent des risques d'usure professionnelle[91] au fil de l'exercice/de la pratique et du vieillissement des soignants. Les facteurs sont multiples et s'articulent les uns aux

[91] L'usure professionnelle est définie par l'ANACT comme « un processus d'altération de la santé qui dépend de la répétition dans le temps d'expositions de la personne à des contraintes du travail. Interviennent aussi dans ce processus –

autres. La pénibilité élevée joue mais la relation d'aide et la confrontation à la patientèle influent très certainement aussi. D'autant plus que, dans le cas des soignants comme les infirmiers, les perspectives d'évolution professionnelle sont faibles. Là encore, certains interlocuteurs peuvent avoir tendance à la minimiser et à relativiser, considérant qu'elle n'est pas spécifique à la psychiatrie et concerne bien d'autres professions. « *Oh dans tous les métiers il y a une usure qui se produit au fil du temps* » (CME, 3).

Néanmoins, plusieurs indicateurs indirects en témoignent. Le fait que parmi les infirmiers ayant le plus d'ancienneté et d'expérience, très peu font le choix de rester travailler en intra et beaucoup basculent vers l'ambulatoire. L'ambulatoire est souvent investi dans un parcours professionnel comme une voie offrant une perspective de travail plus soutenable, où les contraintes temporelles (horaires de travail) et émotionnelles (sévérité des pathologies ou intensité des souffrances des patients) sont perçues comme moins exigeantes, et les compétences (relationnelles, etc.) acquises avec l'expérience peuvent trouver matière à valorisation dans d'autres formes de prise en charge. En intra-hospitalier, les conditions de travail restent associées à plus de contraintes, psychiques mais aussi physiques (risques de coups et blessures), perçues comme plus pénalisantes pour les soignants vieillissants dont les corps se trouvent mis à plus rude épreuve. Se projeter à ce poste jusqu'à la fin de leur carrière ne semble pas légion. Une minorité de soignants semble tenir et résister.

« *Il n'y a plus beaucoup de collègues issus de la catégorie B dans l'établissement. Ceux qui sont là depuis les années 90 sont soit sur des postes de cadre, voire de cadre supérieur, soit ils sont dans des secteurs tels que CMP ou CATTP. Très peu sont restés en hospitalisation. Ça faisait partie d'un processus à un moment donné. J'en connais encore qui travaillent en unités de soins de crise, ils sont diminués physiquement, ils ne peuvent plus se permettre de recevoir des coups parce que sinon, ils vont avoir un à deux mois d'accident de travail. Plus vous vieillissez, plus vous êtes fragilisé, sans compter vos propres problèmes de santé. Vous avez beau avoir toutes les compétences d'infirmier psy, si physiquement, vous ne pouvez plus faire certaines choses… Du coup, ils s'orientent plus vers les secteurs, les CMP, d'autres styles de prise en charge* » (CHSCT, 3).

D'autres évoluent vers des postes de cadres ou cadres supérieurs (en faible nombre), ce qui peut aussi constituer une manière de prendre de la distance avec la pratique soignante, le contact avec la souffrance de la patientèle, la relation d'aide, des pratiques recourant à la contrainte. Des collègues au sein de notre équipe recherche en témoignaient : ce n'est qu'après avoir quitté les services d'hospitalisation complète, et fort de l'expérience de soins en ambulatoire, que des infirmiers se sont autorisés à verbaliser leurs ressentis de l'usage de la contrainte dans les soins, plutôt négatifs, et leur satisfaction d'avoir pris leur distance d'avec le cadre de travail en intra-hospitalier.

Dans un contexte de faible dotation ou sous-effectif en personnel médical reportant sur ceux en poste une charge de travail énorme, l'épuisement et l'usure professionnel.le[92] guettent aussi les médecins, plus encore l'âge avançant. « *Ah bah les médecins ils sont fatigués. En plus ils sont vieux. Un collègue a eu des problèmes de santé l'année dernière, il a du mal à revenir, c'est compliqué pour lui, il tire la langue. Et pourtant il est ménagé, il ne fait pas 10 h par jours, mais c'est dur* » (CME, 6).

Les taux d'absentéisme, les arrêts de travail, tout comme les demandes de mise en disponibilité, les démissions et les départs (fuites) de l'hôpital, sont autant d'indicateurs qui peuvent témoigner d'une forme d'usure et/ou d'épuisement professionnel.le – même si ces indicateurs, toujours délicats à interpréter, ne s'y réduisent pas. « *On a aussi une fuite des personnels à l'hôpital, de manière*

pour le ralentir, voire l'enrayer – les régulations individuelles et collectives que les travailleurs peuvent élaborer, pour se protéger et pour développer leur santé tout au long de leur parcours. Si néanmoins, il y a finalement « usure », c'est que ces régulations ont été entravées ou n'ont pas suffi, et que l'on constate des effets négatifs sur la santé, au point d'altérer la capacité à réaliser le travail. Il y a donc, selon ce point de vue, à la fois usure « par » le travail (ses traces sur l'organisme) et « pour » réaliser celui-ci (des difficultés qui sont apparues) ». Cf. M. Gilles (2020).

[92] Ces deux notions sont assez proches. Si des efforts de conceptualisation seraient nécessaires pour éclaircir leurs liens, elles ont en commun de désigner un vécu de souffrance liée aux conditions et à la nature du travail.

générale, pour des raisons diverses et variées, mais c'est peut-être plus facile de partir de l'hôpital que de dire pour quoi tout d'un coup. On a de plus en plus d'agents qui prennent des dispos. Des agents titulaires de la fonction publique démissionnent. Ça s'accélère vachement depuis deux ou trois ans. L'année dernière, ça a été le pompon ! » (CHSCT, 2). Si l'ancienneté dans la profession est un facteur d'usure, la soutenabilité des métiers du soin ne se pose pas que sur la longue période/la durée. Il est aussi observé, de plus en plus, que des personnels ayant des carrières moins longues ou des expériences plus courtes, notamment en intra, « *quittent la profession de plus en plus jeunes. Parce que c'est trop dur. Donc forcément, vous avez moins d'anciens. L'infirmier le plus ancien de mon service actuellement, dans l'unité d'entrant, doit avoir 35 ans*. *De toute façon, tout le monde fuit l'hospitalisation complète, et les psychiatres les premiers* » (PH, 6).

Ces phénomènes témoignent des enjeux de prévention de la santé au travail et des défis qu'ils restent à relever en la matière, en lien avec les problématiques de vieillissement des soignants et d'allongement de la vie professionnelle (report de l'âge de départ à la retraite), et au-delà tant le travail, dans les services d'hospitalisation complète, apparaît de moins en moins soutenable pour un nombre croissant de personnel, paramédical et médical, et une perspective de moins en moins attractive pour les jeunes générations de médecins tentés de s'en détourner pour privilégier l'ambulatoire. « *Les jeunes collègues aspirent à ça et quand il ne trouve pas ça dans les offres qu'on leur propose, eh bien ils ne consentent absolument pas à prendre des responsabilités lourdes de gestion de l'hospitalisation complète* » (CME, 2). Ces constats rendent plus que nécessaires l'engagement de réflexions pour repenser les organisations de travail dans les services ainsi que le déroulement des carrières professionnelles des personnels paramédicaux et médicaux. Réduire l'usage de la contrainte dans les soins, proposer des postes mixtes, intra-extra et/ou des possibilités d'alterner les lieux d'exercice (unité d'hospitalisation, CMP, équipe mobile, VAD, …), offrir des perspectives d'évolutions possibles notamment pour les infirmiers, renforcer l'offre de soins en ambulatoire sont autant de voies susceptibles de rendre les métiers plus attractifs et supportables pour les soignants, et de fidéliser le personnel pour l'organisation.

Partie II : Des appréciations subjectives sur la santé et la qualité de vie au travail aux indicateurs indirects : les résultats du volet quantitatif

I/ Conditions de travail et santé perçues par le personnel soignant via SATIN

1.1 Objectifs et méthodologie

1.1.1 Objectifs

L'objectif principal de l'enquête SATIN de RPSY vise à étudier les liens entre les pratiques de soins en établissement psychiatrique et les risques psychosociaux au travail des professionnels de la psychiatrie française.

Les objectifs secondaires étaient de :

- Réaliser un état des lieux de la santé mentale au travail des soignants de psychiatrie ;
- Identifier les principaux facteurs de risques psychosociaux des soignants ;
- Dresser des "recommandations de bonnes pratiques" en psychiatrie au regard de leur efficacité clinique pour les usagers et de la promotion de la qualité de vie au travail des soignants.

1.1.2 Méthodologie

1/ Questionnaire

SATIN est un auto-questionnaire anonyme de 20 minutes, scientifiquement validé (ref "Kop J-L, Formet-Robert N, Althaus V, Grosjean V. Validation psychométrique croisée de la version 3 de SATIN dans deux échantillons. :50."), qui comprend différentes rubriques, parmi lesquelles des questions sur la santé perçue, les exigences du travail, la perception et l'évaluation de l'environnement de travail et l'appréciation générale du travail. A partir de ces questions, différents scores composites ont été construits sur la base de regroupements théoriques entre les items et validés par les techniques classiques de construction d'échelles (analyses factorielles et analyses de fidélité) (réf. "Grosjean V, Kop J-L, Formet-Robert N, Althaus V. SATIN version 3.0: un questionnaire d'évaluation de la santé et du bien-être au travail pour la prévention, le diagnostic et l'intervention. Manuel d'utilisation. :45.").

Pour les besoins de l'étude RPSY, ont été ajoutés au questionnaire SATIN : des éléments sociodémographiques (qui ne permettaient pas l'identification des répondants), des questions sur les comportements de santé, des questions sur la fréquence de l'exposition à certaines situations ressenties comme négatives, la fréquence du recours à la pratique de la contrainte dans les soins ainsi qu'à l'exposition aux situations de violence afin de pouvoir prendre en compte autant que possible ces facteurs de confusion.

Les questionnaires ont été entièrement numérisés, via le logiciel d'enquêtes Sphinx.

2/ Population

Six établissements se sont portés volontaires pour utiliser le dispositif de l'enquête quantitative en proposant de faire passer le questionnaire SATIN 3.0, adapté au contexte de la psychiatrie publique hospitalière. Le questionnaire a été diffusé entre juin 2021 et janvier 2022 à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Ces derniers ont été sollicités par un courrier présentant l'étude et

donnant le lien et un QR code pour se connecter à l'enquête. Ils ont également été relancés par la voie de leur encadrement.

3/ Critères de jugement

Mesure des risques psychosociaux

Les risques psychosociaux ont été mesurés grâce à des questions, à partir desquelles ont été calculés trois scores composites :

- Score de santé globale perçue (score composite à partir de scores de santé physique/psychique, de symptômes physiques/psychosomatiques et de stress)

- Score de perception et d'évaluation de l'environnement de travail (score composite à partir de scores d'appréciation de l'activité, de l'environnement physique de l'activité, du cadrage de l'activité et du contexte organisationnel de l'activité)

- Score d'appréciation générale du travail

Afin de faciliter la lecture des résultats, toutes les règles de cotation pour les scores composites ont été conçues, de manière à ce qu'un score élevé corresponde à une appréciation positive et un score faible à une appréciation négative, quel que soit l'intitulé de l'échelle. Les scores obtenus sont des scores continus qui peuvent varier théoriquement entre 1 et 5 points ; les scores proches de 1 indiquent une santé très dégradée alors que des scores proches de 5 indiquent un état très satisfaisant sur la dimension considérée.

Ces scores SATIN ont été utilisés pour mesurer les risques psychosociaux des soignants.

Mesure de l'exposition à la contrainte et de la violence

L'exposition des personnels à la pratique de la contrainte dans les soins a été évaluée en leur demandant à quelle fréquence (jamais, quelques fois dans l'année, plusieurs fois par mois, plusieurs fois par semaine ou presque tous les jours) ils étaient confrontés à des programmes de soins, à la contention, à l'isolement et aux soins forcés (injections et/ou prises de médicaments) des usagers. L'exposition aux violences verbale et physique a été évaluée de la même façon.

Autres mesures

Le questionnaire SATIN comprenait également des questions d'identification (âge, genre), auxquelles nous avons ajouté des variables permettant de prendre en compte le contexte de psychiatrie hospitalière (catégorie professionnelle, rythme de travail, temps de travail, type de contrat, ancienneté dans l'établissement et dans la psychiatrie publique, établissement et secteur/pôle ou centre de rattachement).

Des questions sur les comportements de santé des répondants (traitement médicamenteux, et psychotrope en particulier, fréquence de consultation du médecin généraliste, arrêts de travail dans l'année, consommation de tabac, d'alcool et de drogues, activité physique) permettaient d'estimer s'ils bénéficiaient d'une hygiène de vie plutôt favorable ou défavorable à une bonne santé.

Les répondants ont également dû estimer à quelle fréquence ils étaient en contact avec des usagers, et à quelle fréquence ils étaient exposés à des situations de stress dans leur travail.

Des questions ouvertes ont enfin été posées sur ce que les répondants aiment dans leur travail, ce qu'a contrario ils n'aiment pas, et sur l'impact perçu de la crise sanitaire COVID sur la qualité de vie au travail.

Aucune donnée directement ou indirectement nominative n'a été recueillie.

1.1.3 Analyses

L'ensemble des réponses ont été décrites pour la population d'intérêt de l'étude : celle des répondants se considérant comme soignants. Les variables quantitatives ont été décrites via leur moyenne et leur écart-type. Les variables qualitatives ont été décrites via les effectifs et les pourcentages de leurs modalités et représentées à l'aide d'histogrammes.

Des croisements de variables ont été réalisés entre les scores les plus synthétiques du questionnaire SATIN (score de santé globale perçue, score de perception et d'évaluation de l'environnement de travail, score d'appréciation générale du travail) et les risques psychosociaux liés à la contrainte et à la violence. Les moyennes des scores ont été comparées grâce à des tests non paramétriques de Kruskall Wallis. Enfin des régressions linéaires mixtes avec effet centre sur l'établissement ont permis d'évaluer les liens entre les scores de bien-être au travail et chaque exposition à la contrainte en ajustant sur les autres expositions à la contrainte, l'exposition à la violence, l'âge et le genre.

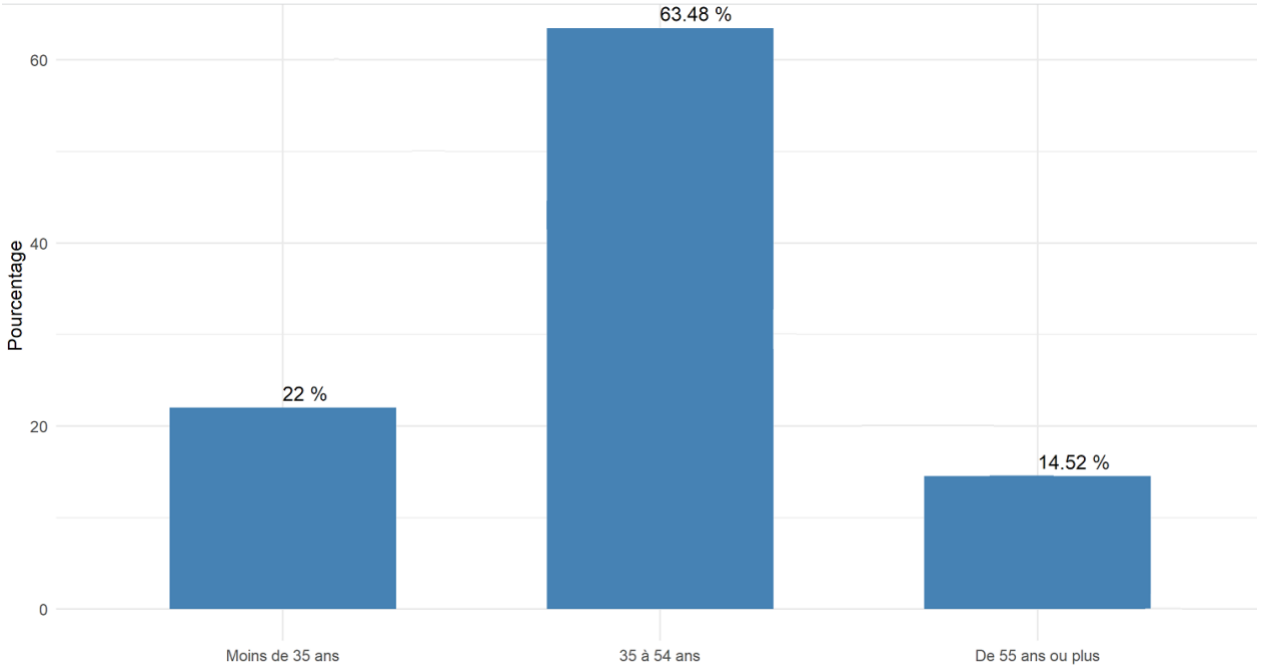
1.2 Descriptions des résultats des soignants

1.2.1 Profil

1 350 soignants ont répondu au questionnaire, soit 18,1 % des soignants sollicités. Trois quarts des soignants sont des femmes (74,4 %).

La classe d'âge des 35-54 ans est celle la plus représentée (63,5 % des répondants), suivie de celle des moins de 35 ans (22,0 %), et de celle des plus de 55 ans (14,5 %).

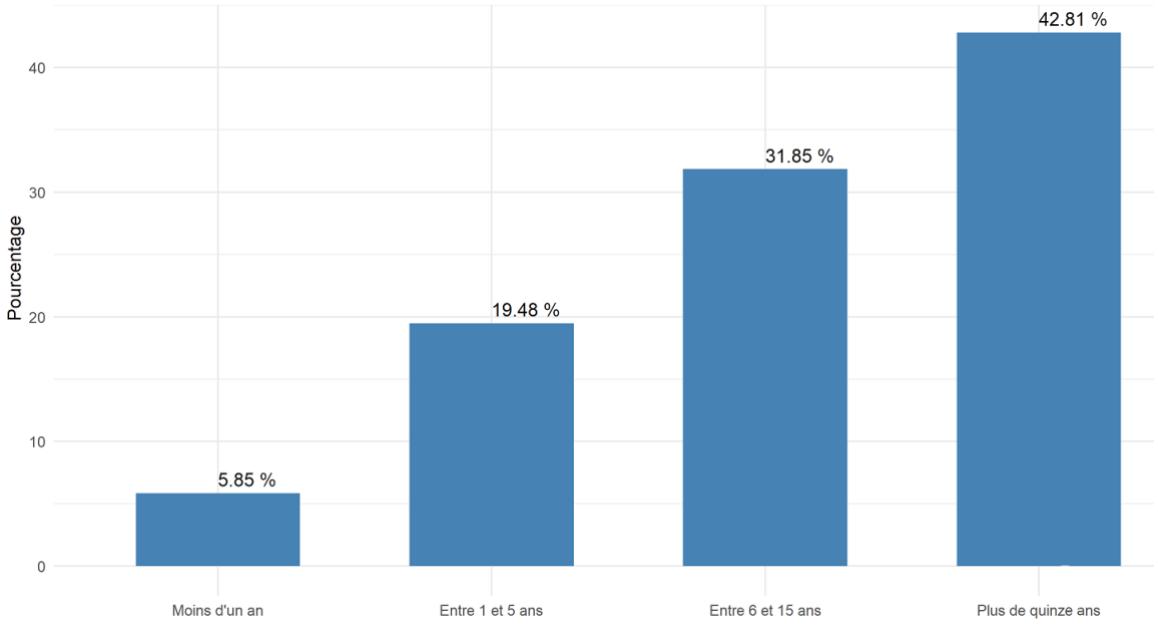
Figure 1. Classes d'âge (en % ; N = 1 350 soignants)



Concernant l'ancienneté dans l'établissement décrite ci-dessous, plus de quatre soignants sur dix travaillent dans l'établissement depuis plus de 15 ans. L'ancienneté dans la psychiatrie publique est très légèrement supérieure, avec 45,6 % des répondants y exerçant depuis plus de 15 ans.

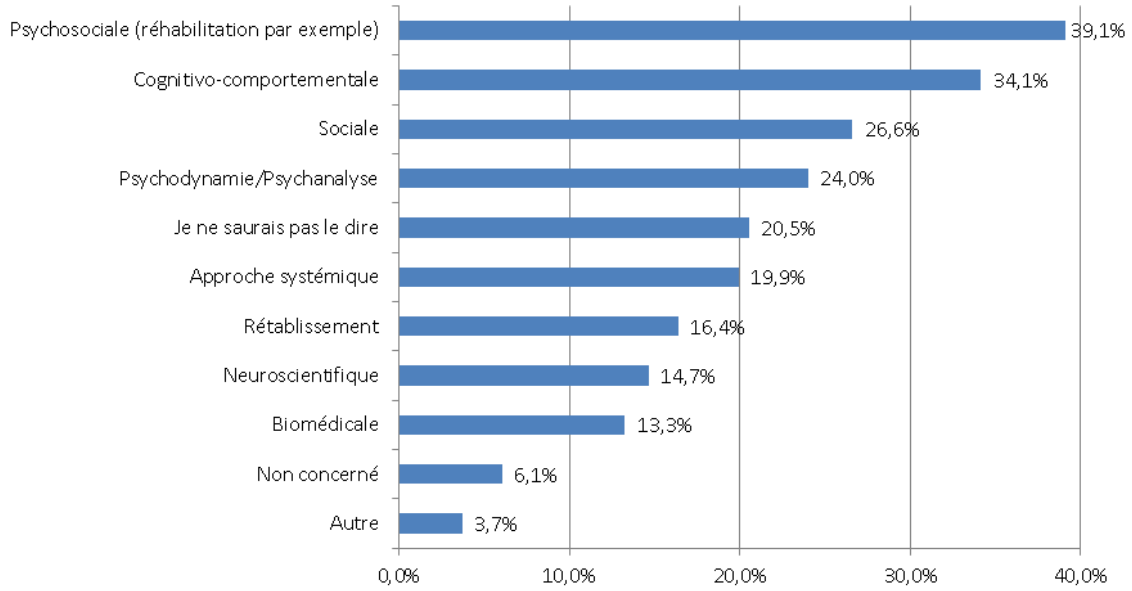
La grande majorité sont statutaires ou en CDI (respectivement 44,4 % et 43,9 %). 8,8 % sont en CDD, 0,07 % intérimaires, et 2,9 % autres (contractuels, étudiants, stagiaires).

Figure 2. Ancienneté dans l'établissement (en % ; N = 1 350 soignants)



Lorsqu'on leur demande à quelle grande orientation pratique ou théorique le soignant ou son équipe se réfère(nt) le plus fréquemment, plus d'un tiers citent l'orientation psychosociale et l'orientation cognitivo-comportementale.

Figure 3. Grande orientation pratique ou théorique de référence (en % ; N = 1 350 soignants)

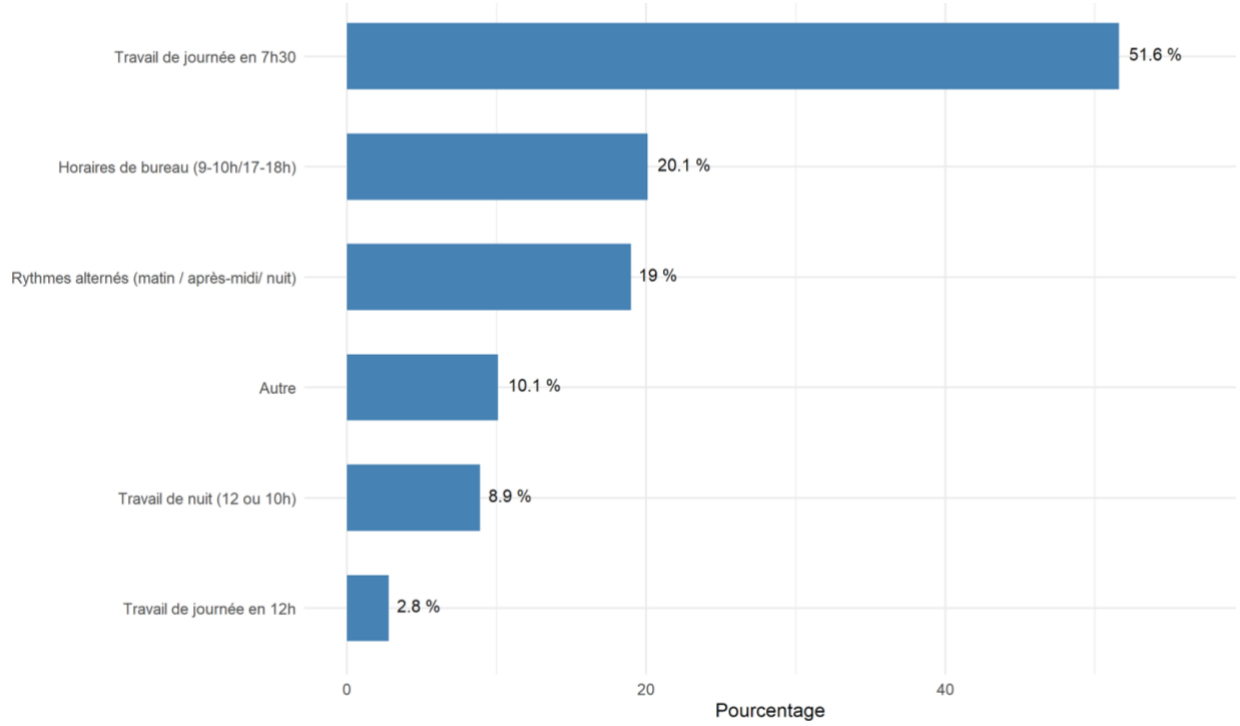


**Les personnes interrogées pouvaient donner plusieurs réponses à cette question, d'où une somme des pourcentages supérieure à 100%*

1.2.2 Temps et rythme de travail

La majorité des soignant travaillent à temps complet (84,4 %). Concernant le rythme de travail, ils sont également très nombreux (71,7 %) à effectuer du travail de journée en 7h30 ou des horaires de bureau (9-10h/17-18h).

Figure 4. Rythme de travail* (en % ; N = 1 350 soignants)

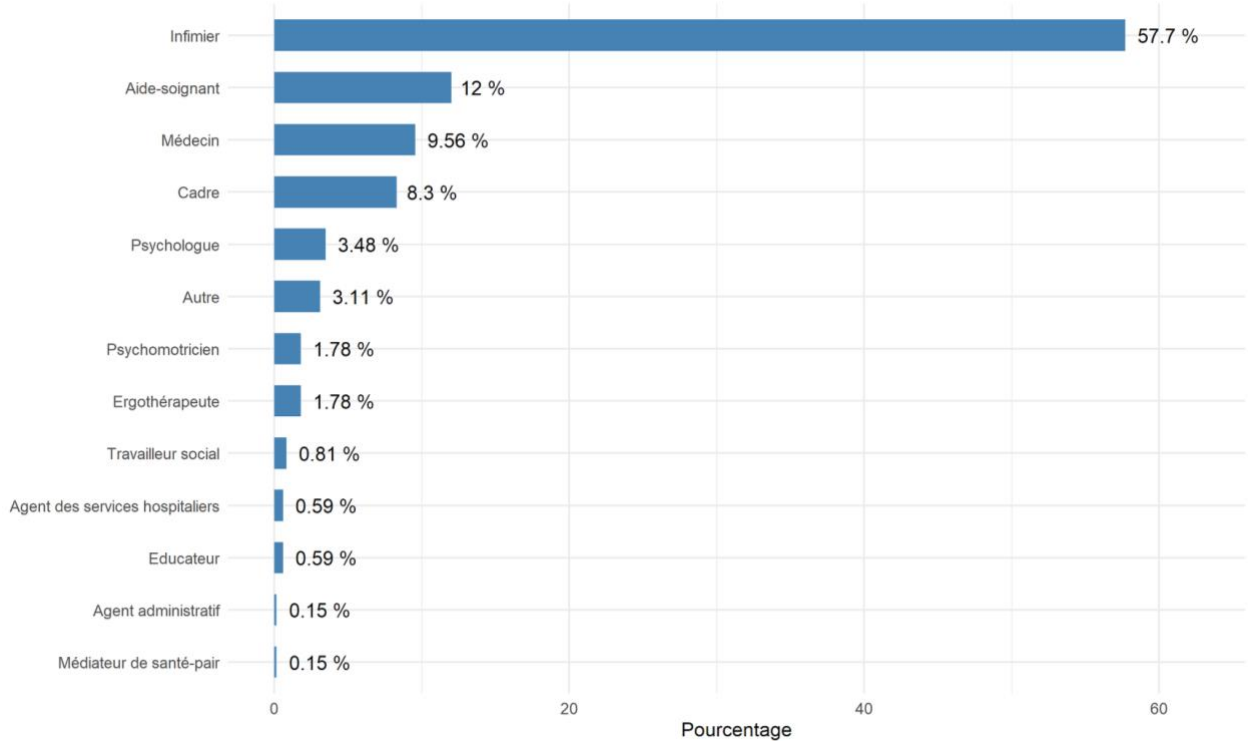


**Les personnes interrogées pouvaient donner plusieurs réponses à cette question lorsqu'ils avaient des rythmes de travail multiples, d'où une somme des pourcentages supérieure à 100%*

Les soignants se déclarent très majoritairement en contact avec les usagers ; ils sont 93,8 % à se dire en contact avec des usagers quasiment tous les jours, ou régulièrement.

La catégorie professionnelle la plus représentée est celle des infirmiers (57,7 %), suivie par celle des aides-soignants, des médecins, puis des cadres.

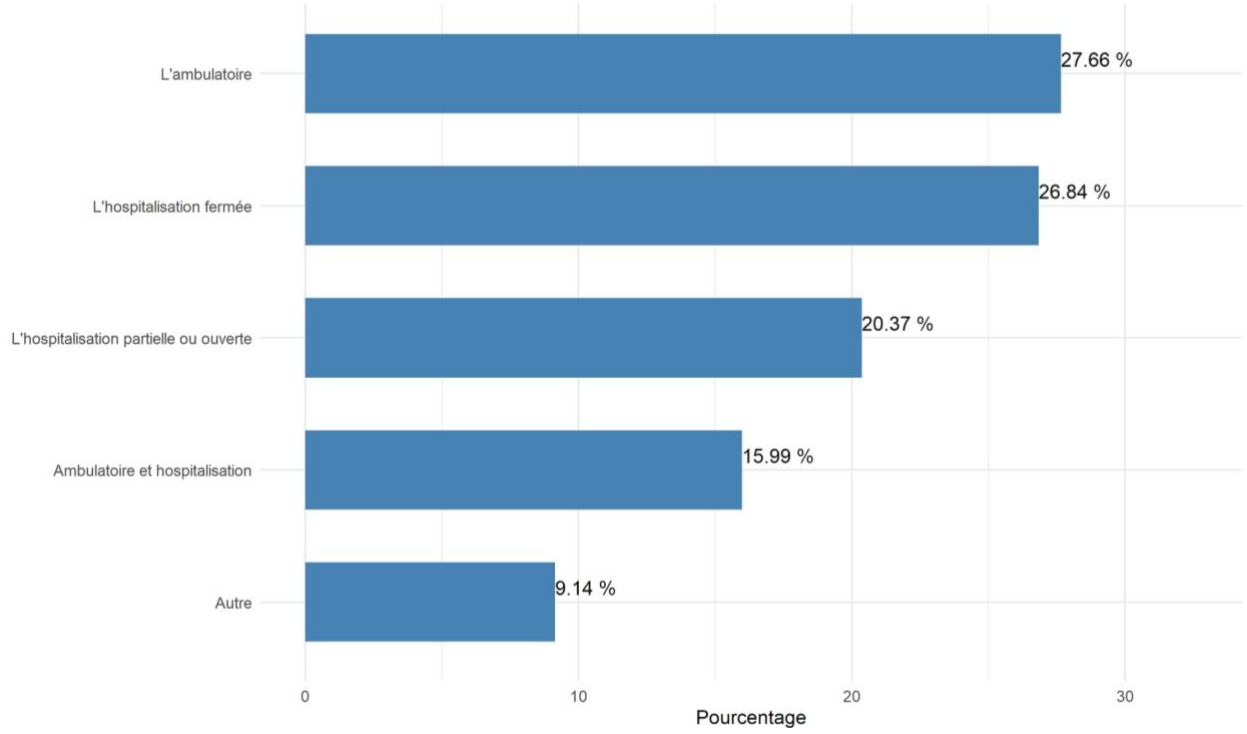
Figure 5. Distribution des professions (en % ; N = 1 350 soignants)



Un soignant sur quatre travaille exclusivement en ambulatoire. Un autre soignant sur quatre travaille exclusivement dans un secteur d'hospitalisation fermé. Ceux qui travaillent en hospitalisation partielle ou ont une activité mixte entre ambulatoire et hospitalisation sont un peu moins nombreux (respectivement 20,4 % et 16,0 %).

Les autres personnes qui se considèrent comme soignants sont surtout des administratifs et des formateurs. Quelques-uns font de l'accompagnement au domicile ou au travail, font du médico-social, ou travaillent dans des services transversaux.

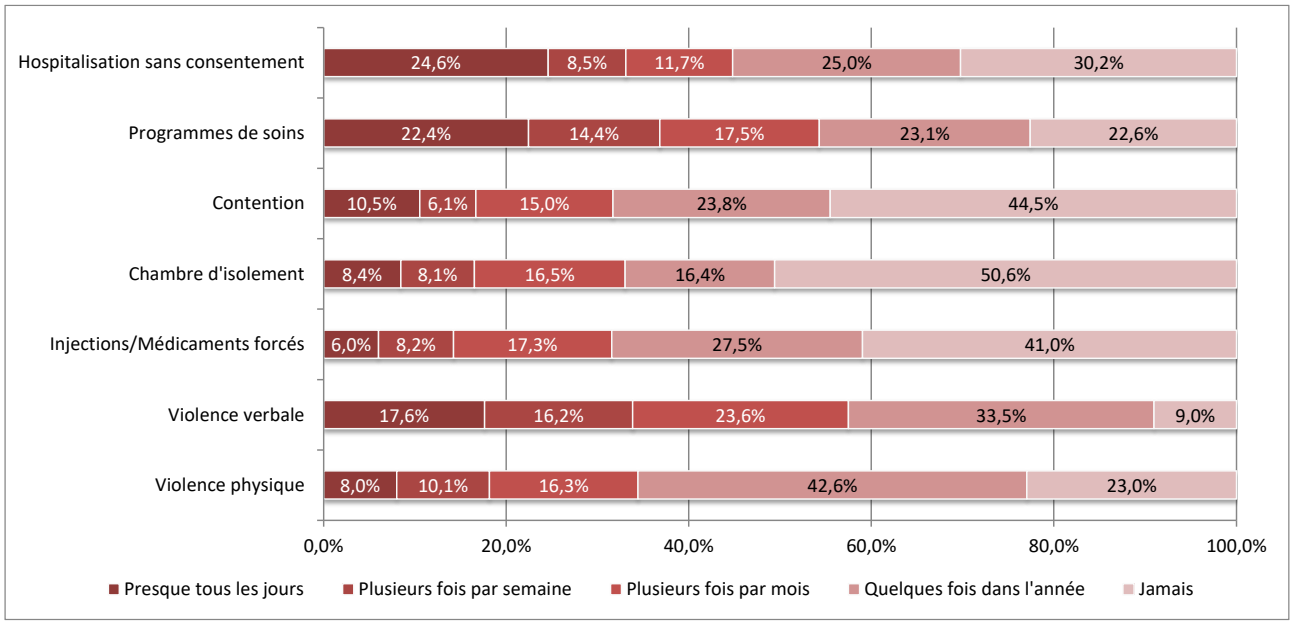
Figure 6. Type d'activité principale (en % ; N = 1 350 soignants)



L’hospitalisation sans consentement et les programmes de soins sont rencontrés au moins une fois par mois pour plus de la moitié des soignants. En revanche, moins d’un tiers des soignants déclarent être confrontés à la contention, à l’isolement et aux soins forcés au moins une fois par mois.

La confrontation à la violence verbale est très fréquente.

Figure 7. Confrontation à la contrainte de soins et à la violence dans la pratique quotidienne (en % ; N = 1 350 soignants)



1.2.3 État de santé perçue

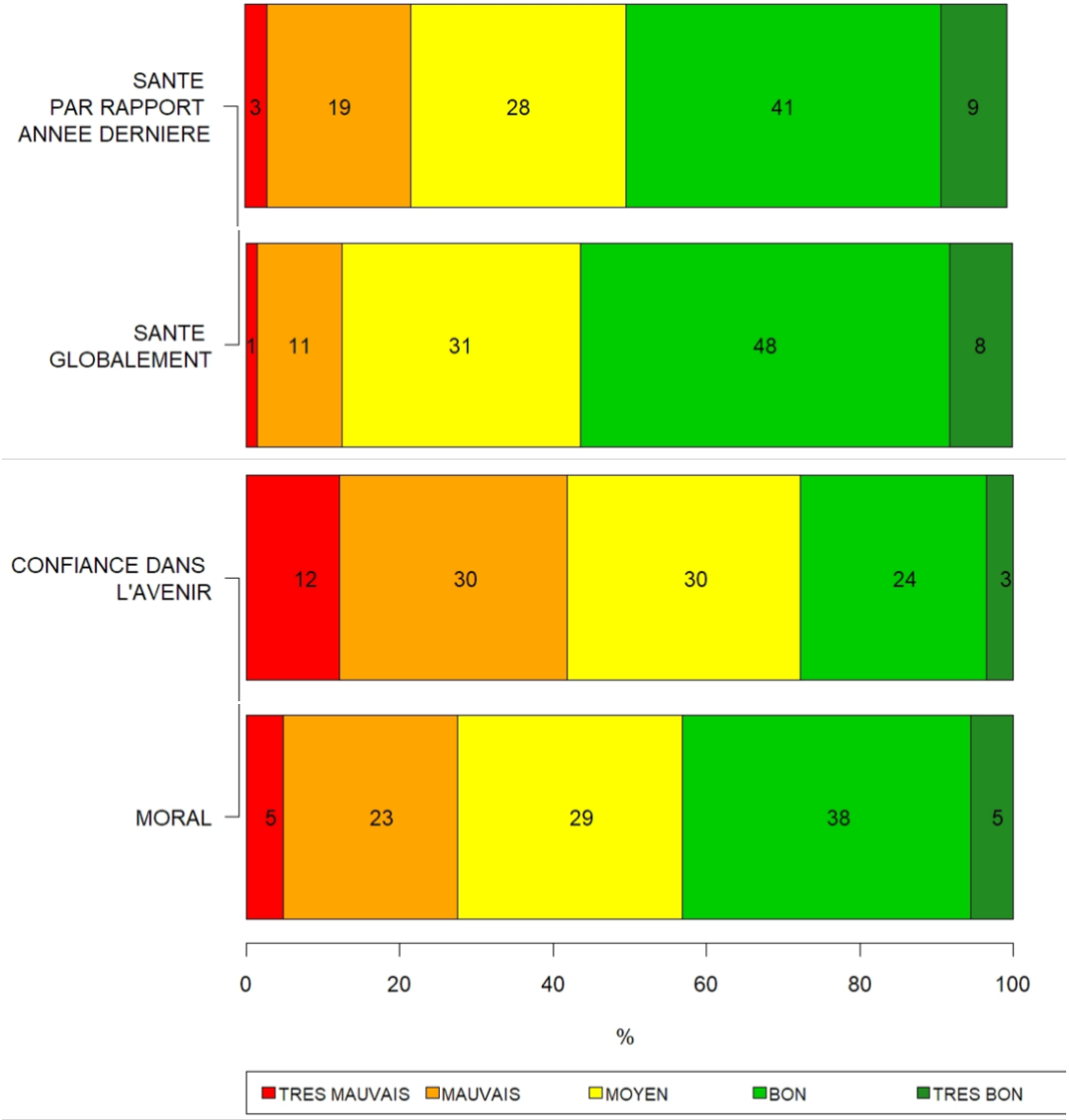
Une majorité des soignants s'estiment globalement en bonne ou en très bonne santé physique et la moitié estiment que l'évolution de leur santé est bonne ou très bonne.

Concernant le moral, ils ne sont plus que 40,0 % à estimer avoir un bon ou très bon moral et plus d'un quart estiment avoir un mauvais ou très mauvais moral (27,5 %).

La confiance en l'avenir est plutôt mauvaise : 41,9 % la jugent mauvaise ou très mauvaise, quand seulement 27,8 % la jugent bonne ou très bonne. Pour rappel, ces différentes questions ne concernent pas explicitement le travail, mais elles sont posées dans un contexte plus global.

58,7 % des soignants pensent que leur santé leur permettra d'occuper le même poste dans deux ans, 21,9 % sont indécis et 19,4 % pensent qu'elle ne leur permettra pas.

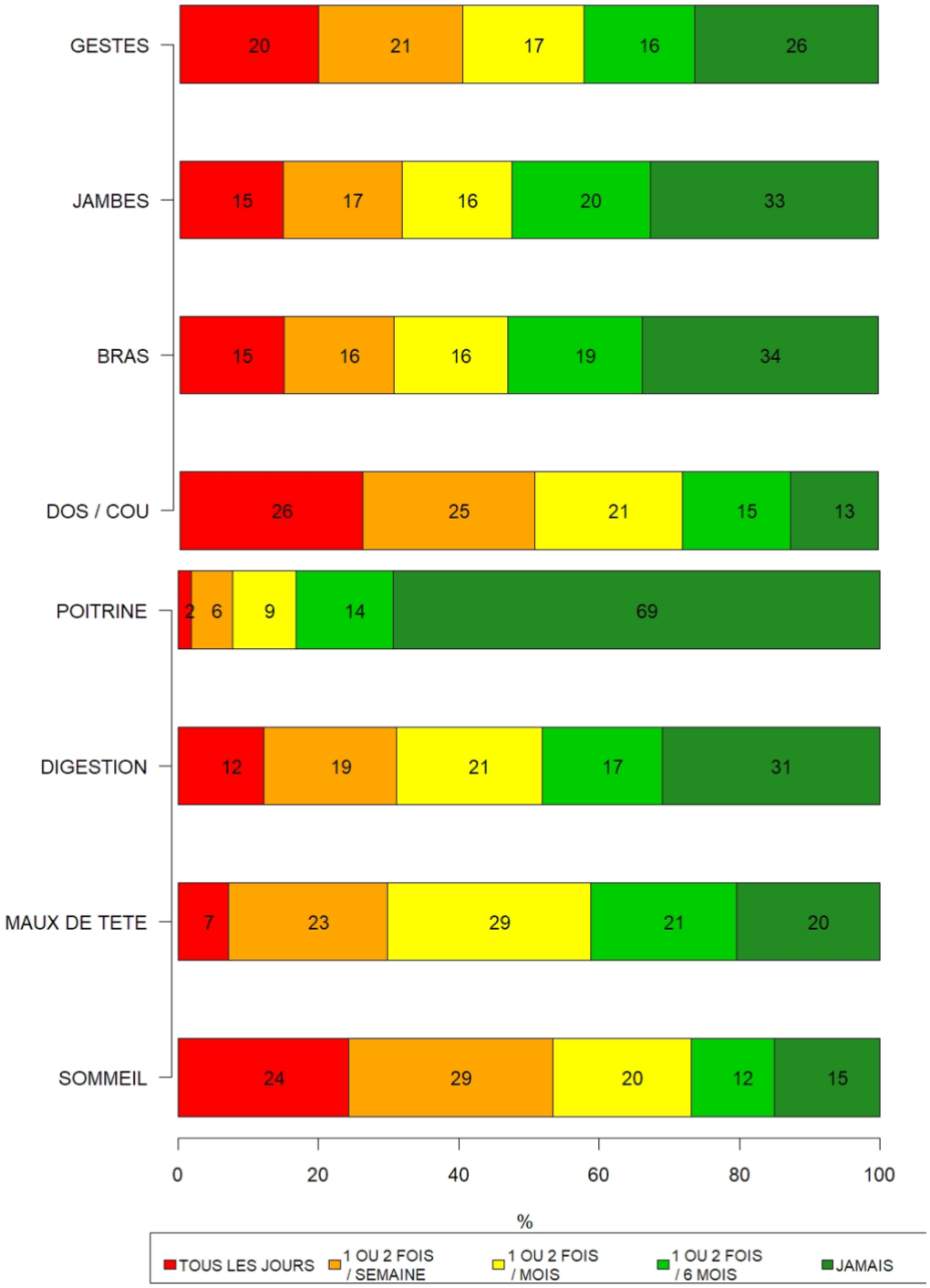
Figure 8. État de santé perçue et confiance en l'avenir (en % ; N = 1 350 soignants)



Les symptômes les plus fréquemment déclarés sont les troubles du sommeil et des douleurs dans le cou et/ou le dos : plus de la moitié des soignants les déclarent au moins une fois par semaine.

Viennent ensuite les douleurs lors des gestes (40,5 %), dans les jambes (31,9 %), dans les bras (30,7 %), les troubles digestifs (31,1%) et les maux de tête (29,9 %). Les douleurs dans la poitrine restent plus rares.

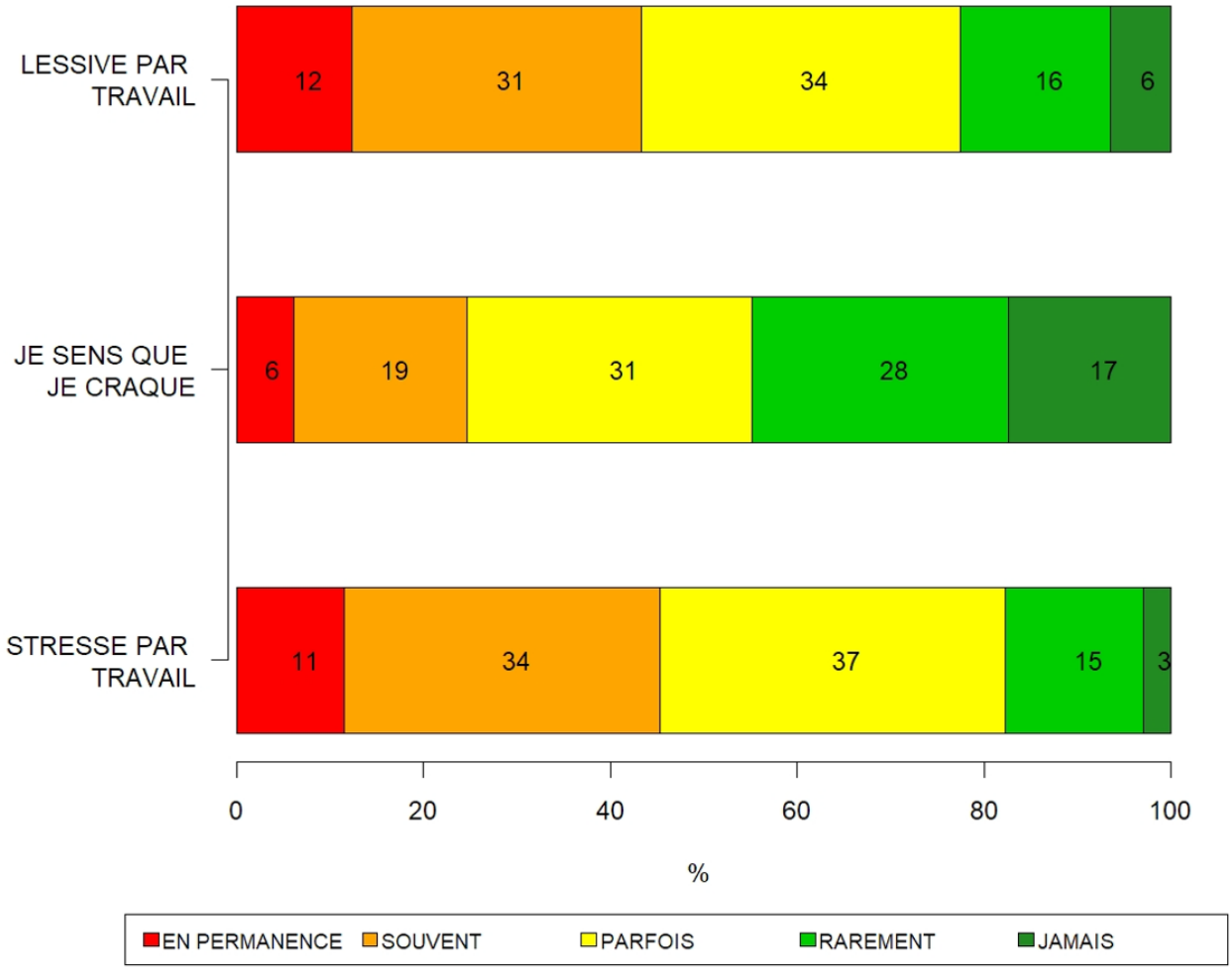
Figure 9. Symptômes physiques déclarés (en % ; N = 1 350 soignants)



En termes de ressenti vis-à-vis du travail, 45,3 % des soignants s'estiment stressés souvent ou en permanence et 43,3 % se déclarent "lessivés".

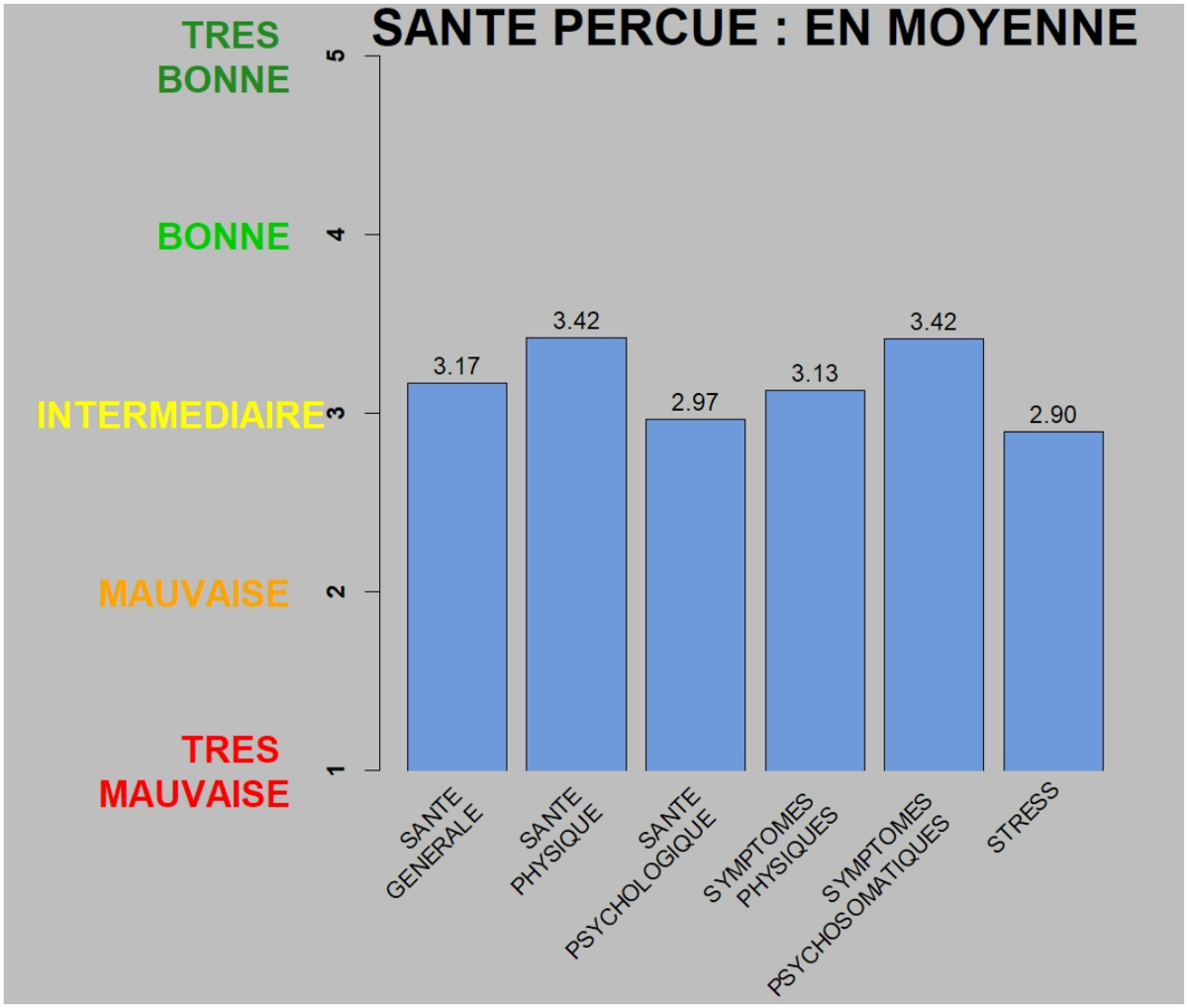
Le fait de sentir qu'ils « craquent » est moins souvent rencontré, avec 24,6 % de personnes concernées souvent ou en permanence.

Figure 10. Ressenti psychique par rapport au travail (en % ; N = 1 350 soignants)



L’ensemble des scores de santé perçue présentés ci-dessous indiquent une santé moyenne. On observe des scores pour la santé physique meilleurs que les scores concernant le stress ou la santé psychologique.

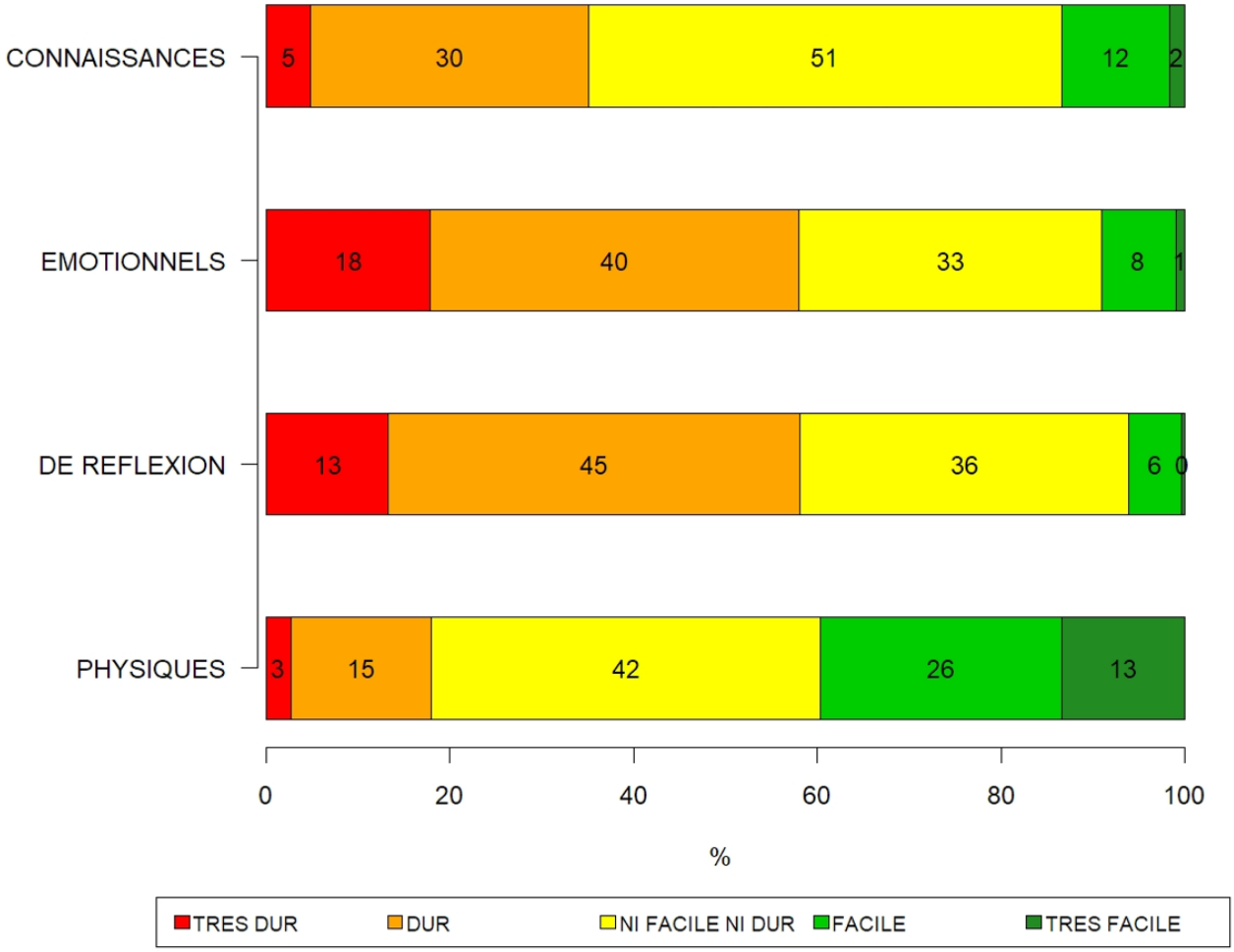
Figure 11. Scores de santé perçue (score moyen entre 1 et 5 ; N = 1 350 soignants)



1.2.4 Efforts requis et capacités nécessaires face aux exigences du travail

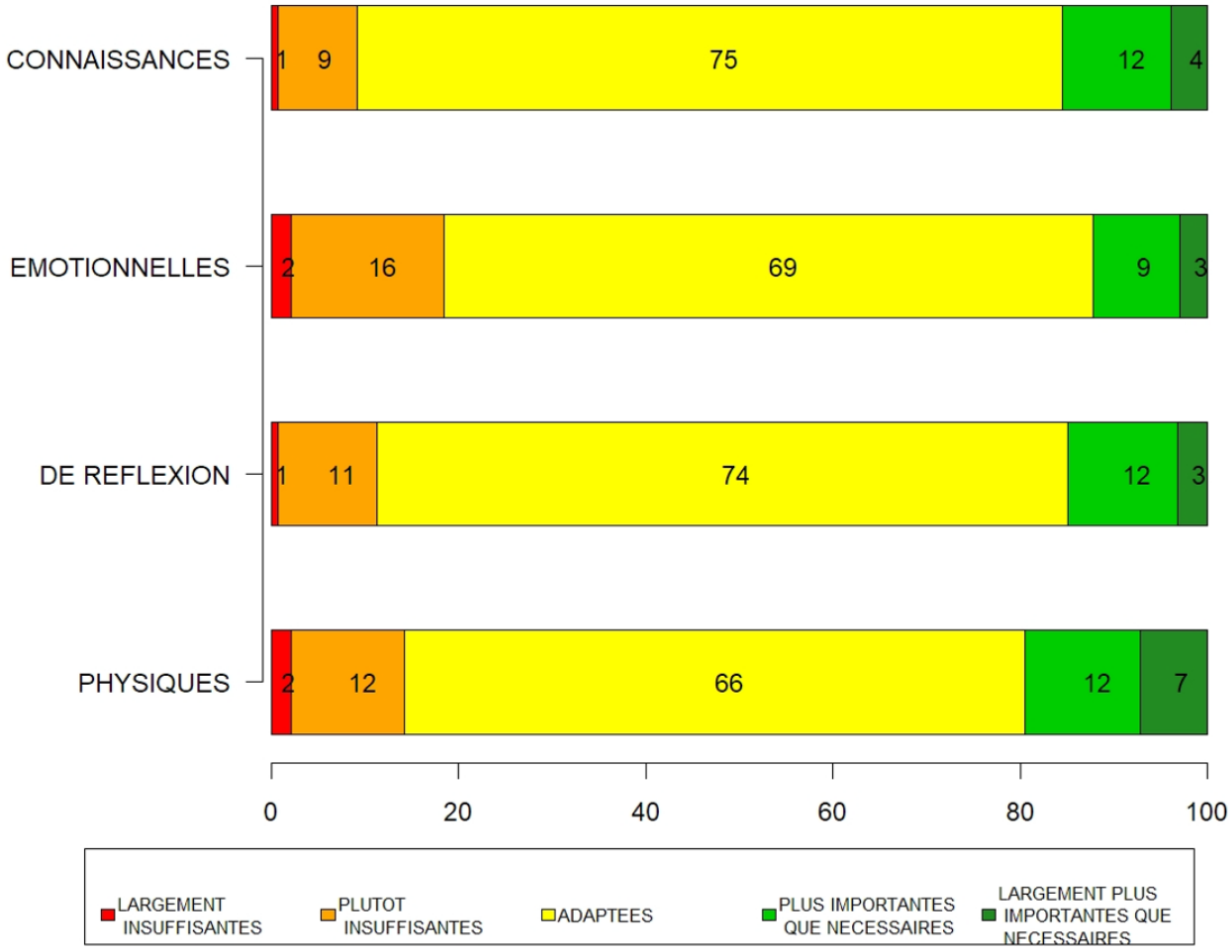
Les efforts les plus difficiles à fournir dans le cadre du travail correspondent aux efforts de réflexion et d'attention, ainsi qu'aux efforts émotionnels, que plus de 58 % des soignants estiment durs ou très durs. Les efforts liés aux compétences et aux connaissances et aux efforts physiques semblent moins difficiles (respectivement 35,2 % et 18,0 % de « dur » ou « très dur »).

Figure 12. Efforts requis par le travail (en % ; N = 1 350 soignants)



Une grande majorité de personnes estiment avoir des capacités adaptées ou supérieures aux efforts requis par leur travail. Toutefois, entre 9,2 et 18,5 % estiment leurs capacités plutôt ou largement insuffisantes pour faire face aux efforts émotionnels, de réflexion, de connaissances et aux efforts physiques.

Figure 13. Capacités disponibles faces aux exigences du travail (en % ; N = 1 350 soignants)

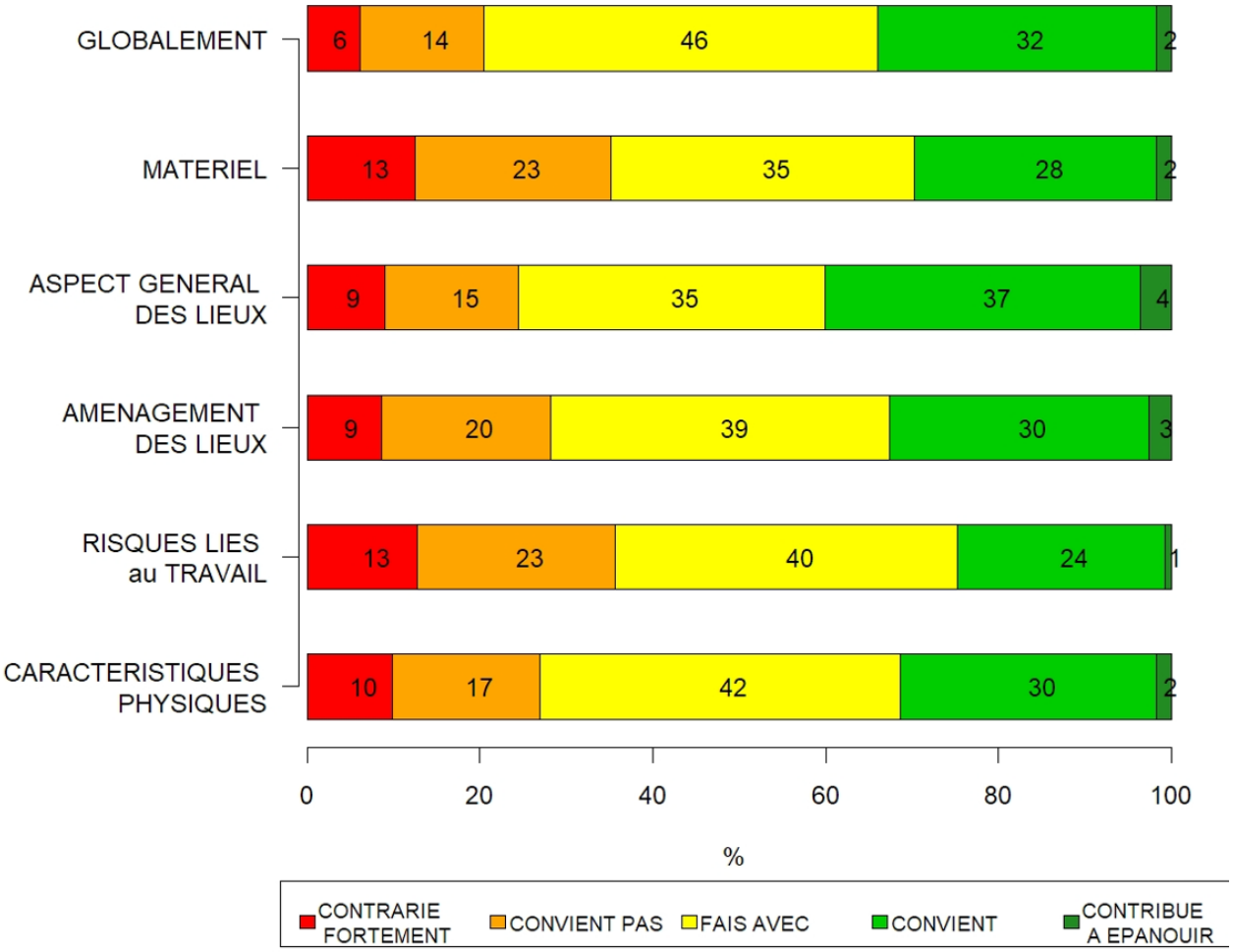


1.2.5 Satisfaction des soignants à propos de leur travail, de son environnement, de son cadrage et de son organisation

Lorsqu'il est demandé aux soignants si les éléments physiques de leur environnement de travail leur conviennent, ils ne sont que 1,8 % à déclarer que ceux-ci contribuent à leur épanouissement. Un tiers des soignants se disent satisfaits de leur environnement, et 45,6 % « font avec ».

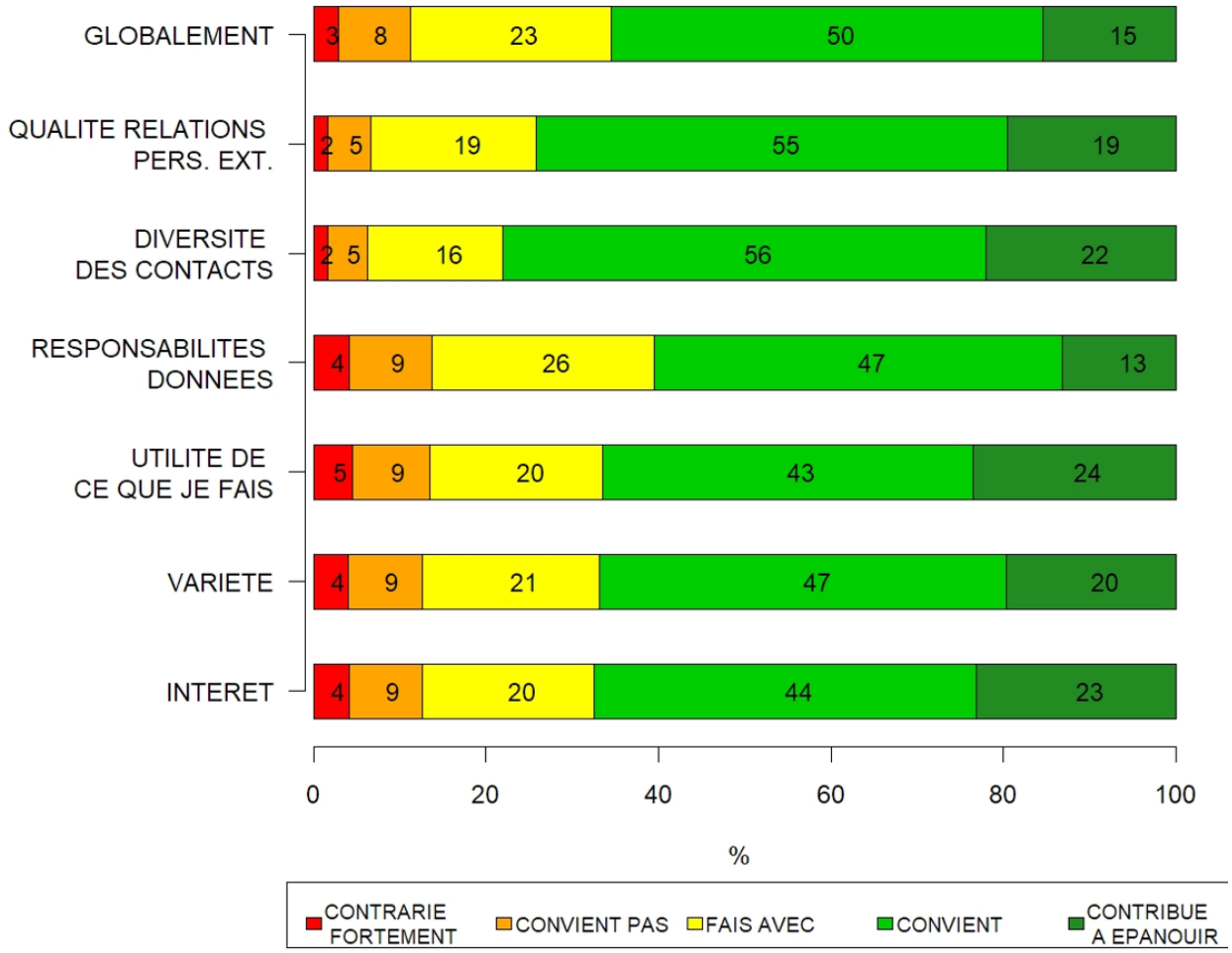
Les plus forts taux de mécontentement concernent : la prise en compte des risques liés au travail (35,6 %), le matériel à disposition pour travailler (35,2 %), l'aménagement des lieux (28,2 %) puis les caractéristiques physiques (ambiance sonore, lumineuse, températures, … ; 27,0 %).

Figure 14. Environnement physique (en % ; N = 1 350 soignants)



Concernant leur travail, les soignants sont très majoritairement satisfaits ou considèrent que leur activité globale contribue à leur épanouissement (65,5 %). Les points les plus satisfaisants sont la diversité des contacts (78,0 %) suivie des relations avec les autres : la qualité des relations avec les patients, les proches et les autres personnes extérieures à l'établissement (74,1 %).

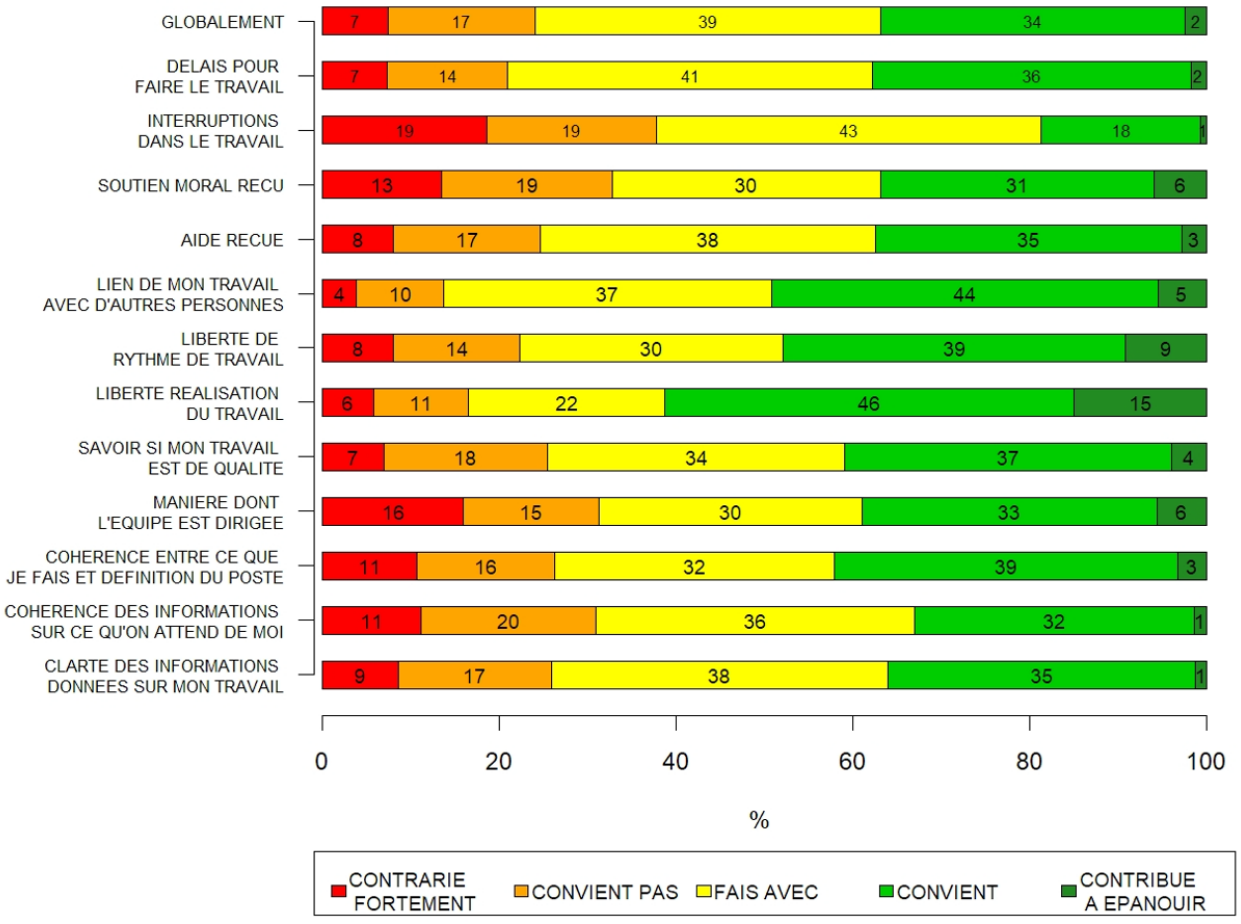
Figure 15. Satisfaction de l'activité elle-même (en % ; N = 1 350 soignants)



Sur les éléments de cadrage de l'activité dans leur appréciation globale, 36,8 % disent qu'ils leur conviennent ou qu'ils contribuent à leur épanouissement. Les points forts concernent la liberté dans la réalisation (61,3 % "convient" ou "contribue à l'épanouissement"), les relations impliquées par l'activité professionnelle (49,3 %) et la liberté dans le rythme de travail (47,9 %).

Les interruptions dans le travail génèrent le plus de mécontentement (37,7 % de « Ne me convient pas » ou « Me contrarie fortement). D'autres éléments sont une source de mécontentement pour un quart à un tiers des répondants : le soutien moral reçu au travail (32,8 %), la manière dont l'équipe est dirigée (31,3 %), la cohérence des informations précisant ce qui est attendu du professionnel (31,1 %), la cohérence entre l'activité réalisée et la définition du poste (26,2 %), la clarté des informations données pour réaliser le travail (25,9 %), la possibilité de savoir si le travail est de qualité ou non (25,5 %), et l'aide reçue pour mener à bien le travail (24,7 %).

Figure 16. Cadrage de l'activité (en % ; N = 1 350 soignants)

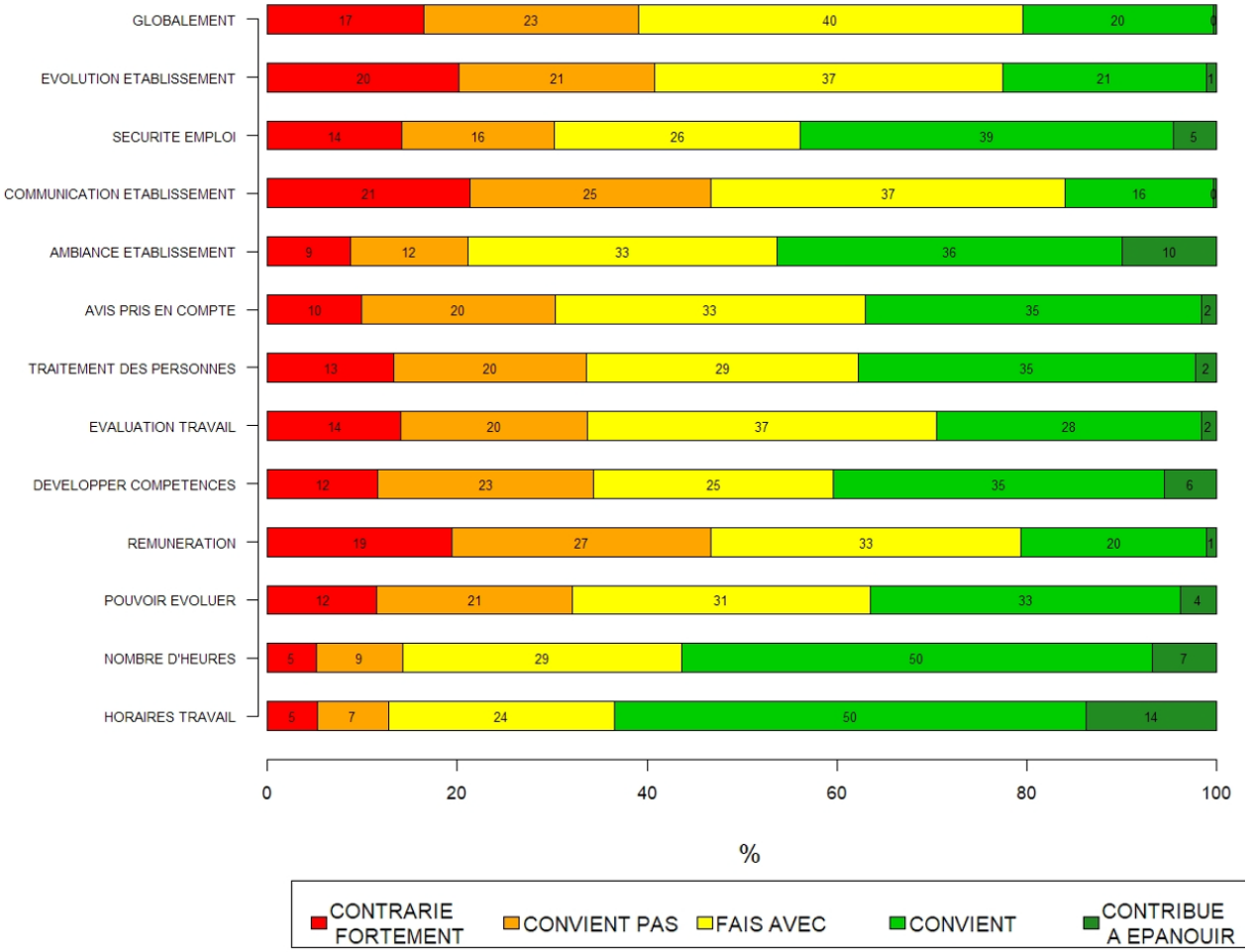


En termes de contexte organisationnel, les résultats sont très contrastés.

Les soignants sont majoritairement satisfaits de leurs horaires (63,4 % “convient” ou “contribue à l’épanouissement”) et du nombre d’heures de travail (56,4 %). L’ambiance dans l’établissement et la sécurité de l’emploi sont également des éléments positifs pour les soignants.

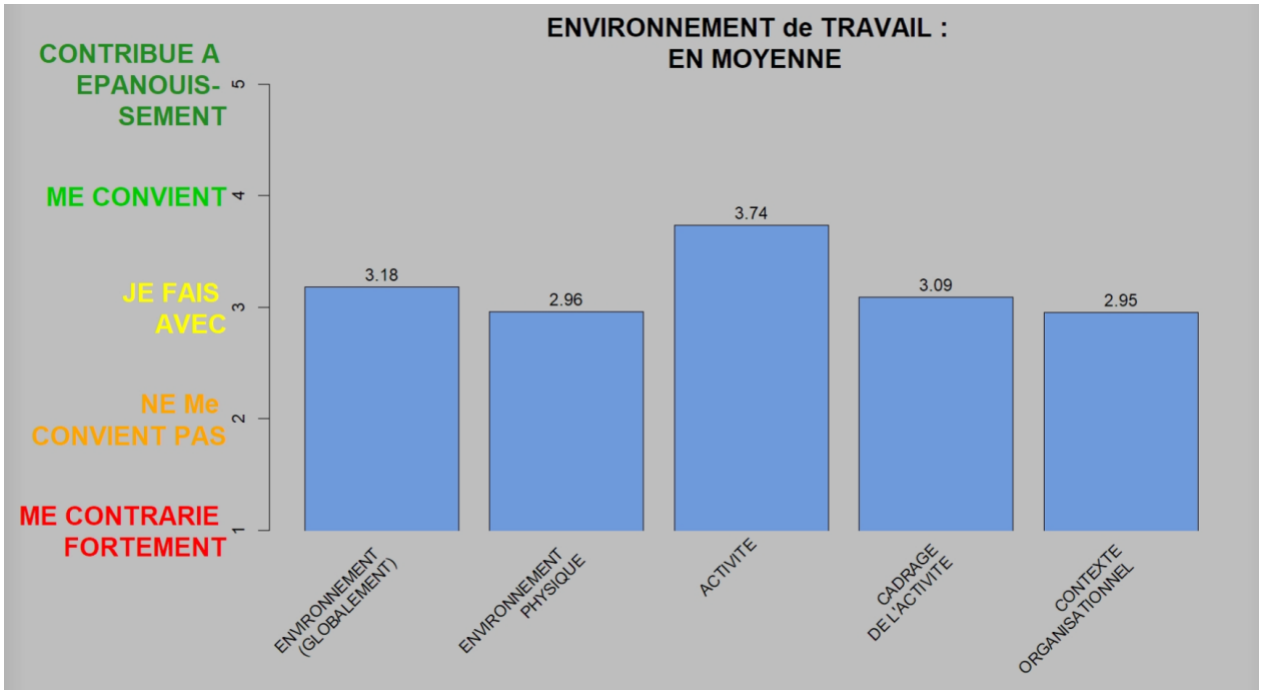
En revanche, presque la moitié sont insatisfaits de la rémunération (46,8 % de « Ne me convient pas » ou de « Me contrarie fortement ») et de la communication de l’établissement sur ses choix et ses objectifs (46,7 %). Les autres éléments d’insatisfaction pour trois à quatre personnes sur dix sont : les évolutions de l’établissement et du service (40,8 %), les possibilités de développer ses compétences, via notamment des formations (34,4 %), la manière dont les usagers sont traités dans les services (33,6 %), les modalités d’évaluation du travail (33,8 %), la manière dont il est possible d’évoluer dans l’établissement (32,2 %) et la manière dont les avis des patients sont pris en compte dans les services (30,3 %).

Figure 17. Contexte organisationnel (en % ; N = 1 350 soignants)



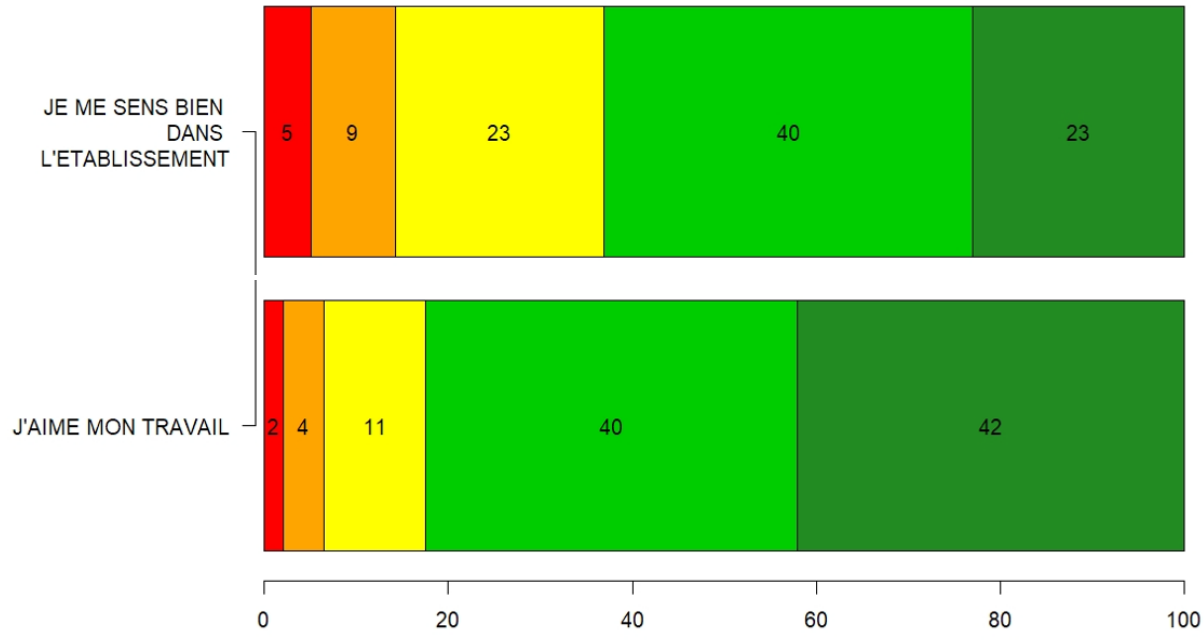
Si les personnes interrogées sont donc majoritairement plutôt satisfaites de leur activité, l'avis est plus mitigé sur le cadrage, le contexte organisationnel et sur l'environnement physique.

Figure 18. Jugement moyen des soignants sur les différents éléments de leur activité (score moyen entre 1 et 5 ; N = 1 350 répondants)



A l'affirmation « J'aime mon travail », ils sont 82,4 % à répondre favorablement ("plutôt oui" ou "tout à fait") et 63,0 % pour la question « Je me sens bien dans l'établissement ».

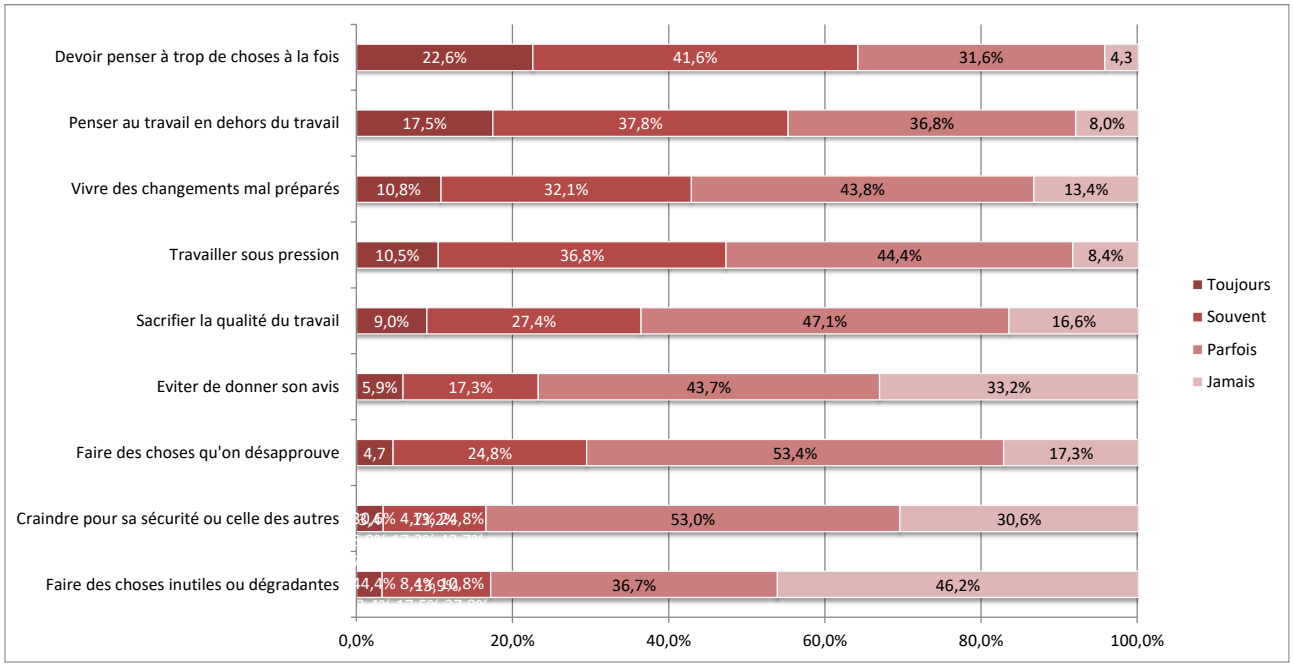
Figure 19. Appréciation générale du travail (en % ; N = 1 350 soignants)



1.2.6 Autres sources d'insatisfaction au travail

Plus de la moitié des soignants déclarent devoir souvent ou toujours penser à trop de choses à la fois (94,1 %), et penser au travail même en dehors du travail (55,2 %). Dans les autres sources d'insatisfaction au travail viennent ensuite le travail sous pression (47,3 % souvent ou toujours), le fait de vivre des changements mal préparés (42,7 %), l'impression de devoir sacrifier la qualité du travail (36,4 %), puis le fait de devoir faire des choses qu'ils désapprouvent (29,4 %).

Figure 20. Fréquence de la confrontation à des situations négatives (en % ; N = 1 350 soignants)



1.2.7 Analyse des questions ouvertes

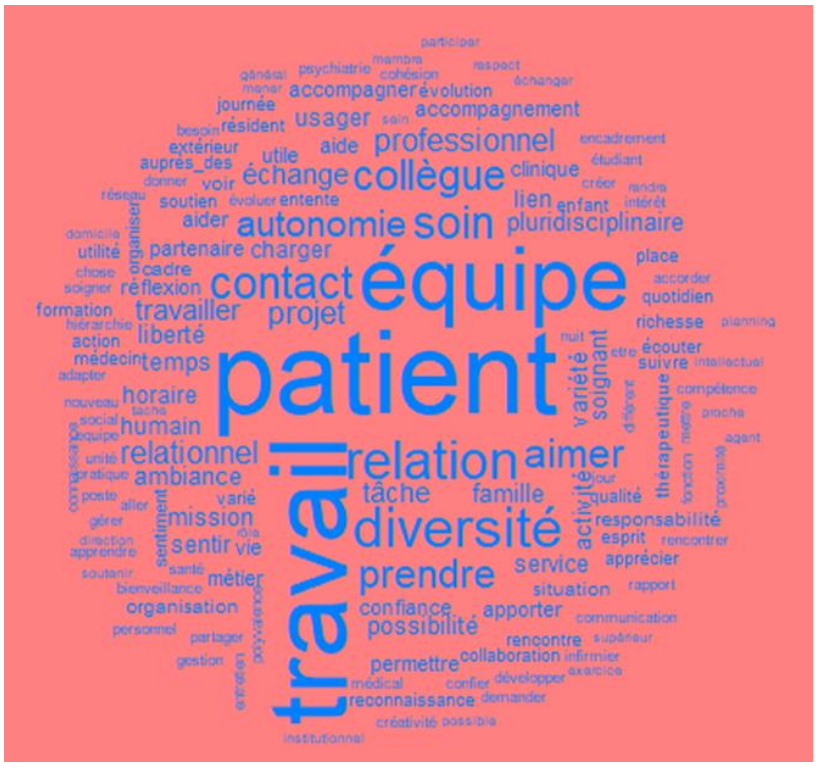
Le questionnaire comportait plusieurs questions ouvertes où les répondants avaient la possibilité de s'exprimer librement sur les points positifs et négatifs de leur travail, ainsi que sur l'impact potentiel qu'avait eu l'épidémie COVID-19 sur la qualité de vie professionnelle.

Le corpus ainsi obtenu a été formaté pour procéder à une analyse lexicométrique assistée par le logiciel IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).

Pour l'analyse de ces questions ouvertes, nous avons retenu l'utilisation d'un nuage de mots où les termes les plus cités sont ceux qui apparaissent en plus grand. Ce type d'analyse permet d'obtenir une bonne représentation de la tendance générale.

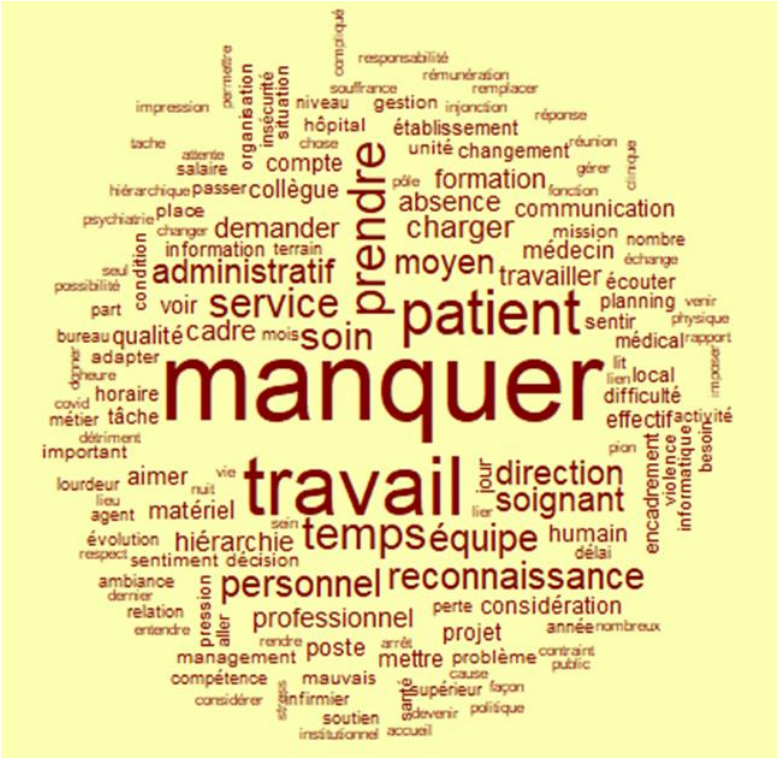
La première question explore les éléments positifs exprimés par les soignants sur leur travail. Le mot « patient » arrive en tête, suivi des mots « travail » et « équipe ». On rencontre ensuite les mots « diversité », « relation », « soin », « contact » et « collègue ».

Figure 21. Nuage des mots les plus cités pour la question : « Dans mon travail, ce que j'aime »



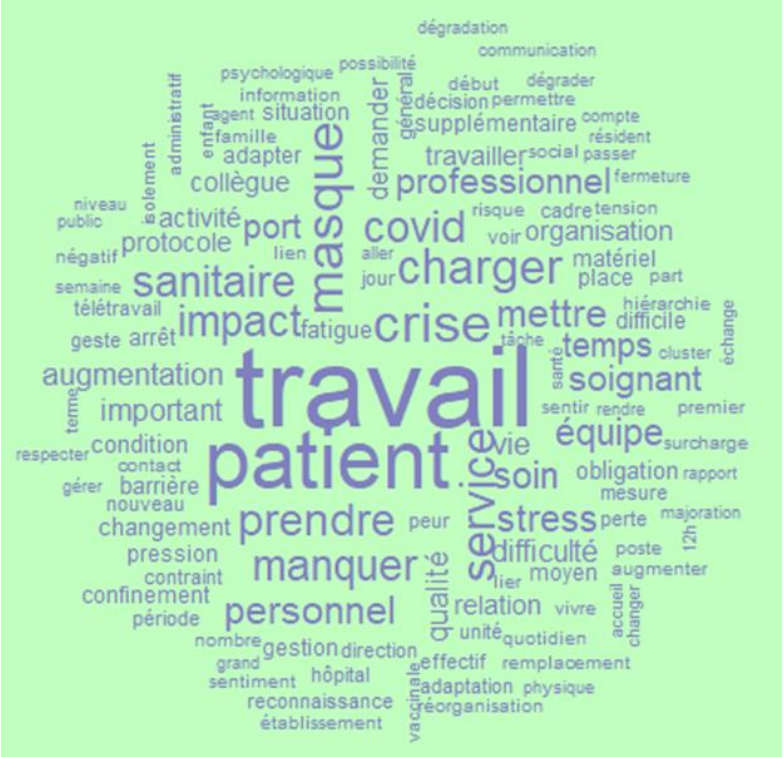
La deuxième question explore les éléments négatifs exprimés par les soignants sur leur travail. L'analyse est plus délicate, car les notions sont souvent composées de plusieurs mots. On retrouve ainsi en premier lieu le fait de manquer (de temps, de reconnaissance, de moyens). On retrouve également les notions « travail », « patient », « administratif », « service », « direction », « soignant », « personnel ». Ces mots semblent liés au cadrage et à l'organisation du travail, conformément à ce qu'on retrouve dans les questions fermées précédentes.

Figure 22. Nuage des mots les plus cités en réponse à la question : « Dans mon travail, ce que je n'aime pas »



La troisième question explore l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'activité professionnelle. Là encore, l'analyse est délicate, avec des fragments partiels d'expressions. Le COVID-19 semble avoir eu un impact ressenti (on retrouve les termes « crise », « impact », « important » et « augmentation ») sur le « travail », le « patient » et le « service ». Les notions pertinentes souvent citées concernent le masque, le soin, le fait de « manquer », le stress, ainsi que le télétravail.

Figure 23. Nuage des mots les plus cités pour la question : « Diriez-vous que la crise sanitaire du Covid 19 a eu un impact sur votre qualité de vie professionnelle, et si oui, en quoi ? »



1.2.8 Données médicales

Le tableau ci-dessous présente les données médicales anonymes également recueillies lors de la passation du questionnaire SATIN. Les déclarations font état d'une hygiène de vie plutôt favorable à la santé ; 75,4 % bénéficient d'un suivi médical régulier par un médecin généraliste (une fois par an ou plus). Une majorité des soignants déclarent ne pas prendre de traitements médicamenteux, psychoactifs, ni consommer de drogues. Moins de 4,3 % des répondants déclarent une consommation "importante" ou "excessive" d'alcool. Le tabagisme reste modéré avec 24,1 % de fumeurs, réguliers ou occasionnels. 37,0 % des soignants rapportent une activité physique faible ou très faible.

Tableau 1. Données médicales déclarées d'hygiène de vie (N = 1 350 soignants)

	N = 1 350
Consultation d'un médecin généraliste (NA*=0)	
Plus d'une fois par an	666 (49,3 %)
Une fois par an	352 (26,1 %)
Moins d'une fois par an	332 (24,6 %)
Nombre d'arrêts moyens (NA*=0)	0,82 ± 5,95
Nombre de jours d'arrêts moyen si arrêt (NA*=1 216 sans arrêt)	26,2 ± 39,6
Traitement médicamenteux (NA*=0)	
Non	950 (70,4 %)
Oui	400 (29,6 %)
Traitement psychotrope (NA*=0)	
Non	1 196 (88,6 %)
Oui	154 (11,4 %)
Prise de somnifères ou de tranquillisants (NA*=0)	
Jamais depuis 6 mois	1 029 (76,2 %)
1 ou 2 fois depuis 6 mois	118 (8,7 %)
1 ou 2 fois par mois	93 (6,9 %)
1 ou 2 fois par semaine	64 (4,7 %)
Tous les jours ou presque	46 (3,4 %)
Consommation de tabac (NA*=0)	
Jamais	687 (50,9 %)
Passée occasionnelle	30 (2,2 %)
Passée quotidienne	308 (22,8 %)
Actuelle et occasionnelle	81 (6,0 %)
Actuelle et quotidienne	244 (18,1 %)
Nombre moyen de cigarettes fumées (NA*=687 non-fumeurs)	
Entre 1 et 4 cigarettes	162 (12 %)

Entre 5 et 15 cigarettes	**339 (25,1 %)**
Environ un paquet de 20	**148 (11,0 %)**
Deux paquets de 20 ou plus	**14 (1,0 %)**
Consommation d'alcool (NA*=0)	
Nulle ou presque	**601 (44,5 %)**
Modérée	**534 (39,6 %)**
Moyenne	**157 (11,6 %)**
Importante	**41 (3,0 %)**
Excessive	**17 (1,3 %)**
Consommation de drogues (NA*=0)	
Nulle ou presque	**1 299 (96,2 %)**
Modérée	**34 (2,5 %)**
Moyenne	**8 (0,6 %)**
Importante	**7 (0,5 %)**
Excessive	**2 (0,2 %)**
Activité physique (NA*=0)	
Très importante	**45 (3,3 %)**
Importante	**208 (15,4 %)**
Moyenne	**597 (44,2 %)**
Faible	**350 (25,9 %)**
Très faible	**150 (11,1 %)**

**NA = Données manquantes ou non applicables*

1.3 Étude des liens entre qualité de vie au travail et exposition à la contrainte chez les soignants

Chez les soignants, le score moyen de santé perçue s'élève à 3,17 ± 0,74. Le score de perception et d'évaluation de l'environnement de travail s'élève à 3,18 ± 0,62 et le score d'appréciation générale du travail à 3,91 ± 0,88. Si on observe les scores par établissement, on constate que le Centre hospitalier Val de Lys-Artois a toujours les scores les plus hauts des six établissements étudiés (respectivement 3,30 ± 0,73 ; 3,33 ± 0,61 et 4,06 ± 0,84). Les hôpitaux Paris Est Val-de-Marne ont le score de santé perçue le plus faible (3,08 ± 0,75), le Centre hospitalier de Guillaume Régnier a le score de perception et d'évaluation de l'environnement de travail le plus faible (3,07 ± 0,63) et le Centre hospitalier de Rouffach a le score d'appréciation générale du travail le plus faible (3,78 ± 0,96) (cf. Tableau 3).

En bivarié, de moins bons scores SATIN sont liés avec tous les types d'exposition à la contrainte étudiés (exceptés le score de santé perçue, non lié à l'exposition aux soins sans consentement et aux programmes de soins, et le score d'appréciation générale du travail, non lié à l'exposition aux programmes de soins), ainsi qu'avec l'exposition à la violence, qu'elle soit physique ou verbale.

Par ailleurs, la classe d'âge intermédiaire a des scores inférieurs à ceux des autres classes d'âge. Les femmes ont un moins bon score de santé globale, mais un meilleur score d'appréciation du travail. Enfin, on observe les meilleurs scores chez les soignants ayant une activité mixte (hospitalisation et ambulatoire), tandis que les moins bons scores sont retrouvés chez les soignants d'hospitalisation fermée ou ouverte.

Lorsqu'on ajuste les liens sur l'ensemble des variables, un score de santé perçue plus faible reste significativement lié à un âge intermédiaire par rapport aux moins de 35 ans, aux genres féminin et non binaire, ainsi qu'à l'exposition à la violence verbale.

Un score de perception et d'évaluation de l'environnement de travail faible est significativement lié à un âge intermédiaire par rapport aux classes des plus jeunes et des plus âgés, à un contact plus fréquent avec les usagers, à une exposition fréquente à la contention, à la violence verbale et physique.

Un score d'appréciation générale du travail faible est significativement lié à un âge intermédiaire par rapport aux moins de 35 ans, à une exposition fréquente à la contention, à la violence verbale et physique, ainsi qu'au travail en hospitalisation ouverte par rapport au travail en hospitalisation fermée (cf. Tableau 4).

Tableau 3. Moyenne des scores principaux des soignants par établissement (moyenne ± écart-type)

	CH de Dijon	CH de Rouffach	CH Guillaume Régnier	EPS Barthélemy Durand	EPSM Val de Lys-Artois (Saint-Venant)	Hôpitaux Paris Est Val de Marne (HSM-CHM)	Total général
Score de santé perçue	3,21 ± 0,79	3,11 ± 0,78	3,16 ± 0,71	3,20 ± 0,74	3,30 ± 0,73	3,08 ± 0,75	**3,17 ± 0,74**
Score général lié à l'environnement de travail	3,25 ± 0,66	3,18 ± 0,65	3,07 ± 0,63	3,29 ± 0,58	3,33 ± 0,61	3,23 ± 0,57	**3,18 ± 0,62**
Score de l'appréciation générale du travail	3,90 ± 0,99	3,78 ± 0,96	3,89 ± 0,87	4,00 ± 0,88	4,06 ± 0,84	3,94 ± 0,80	**3,91 ± 0,88**

Tableau 4. Evaluation du lien entre exposition à la contrainte chez les soignants par des tests bivariés sur les scores SATIN globaux, ainsi que par une régression linéaire multiple avec effet mixte par établissement

	Score de santé globale perçue				Score d'environnement global				Appréciation générale du travail			
	Moyenne (Ecart-type)	p-value	OR ajusté	IC 95%	Moyenne (Ecart-type)	p-value	OR ajusté	IC 95%	Moyenne (Ecart-type)	p-value	OR ajusté	IC 95%
Age												
35 à 54 ans	3,15 ± 0,75		-	-	3,15 ± 0,65		-	-	3,87 ± 0,89		-	-
Moins de 35 ans	3,22 ± 0,74	0,348	0,15	**[0,05 ; 0,25]**	3,19 ± 0,61	**<0,01**	0,15	**[0,07 ; 0,23]**	3,94 ± 0,92	**<0,05**	0,15	**[0,04 ; 0,27]**
55 ans ou plus	3,17 ± 0,71		-0,02	[-0,13 ; 0,10]	3,34 ± 0,50		0,11	**[0,02 ; 0,21]**	4,04 ± 0,79		0,11	[-0,03 ; 0,24]
Genre												
Homme	3,29 ± 0,77		-	-	3,15 ± 0,61		-	-	3,84 ± 0,90		-	-
Femme	3,13 ± 0,72	**<0,001**	-0,21	**[-0,30 ; -0,12]**	3,20 ± 0,63	0,067	-0,03	[-0,10 ; 0,05]	3,94 ± 0,88	**<0,05**	0,03	[-0,07 ; 0,14]
Non binaire	2,61 ± 0,71		-0,74	**[-1,19 ; -0,29]**	2,87 ± 0,64		-0,27	[-0,63 ; 0,10]	3,55 ± 0,50		-0,27	[-0,81 ; 0,28]
Contact usagers												
Pas ou peu	3,32 ± 0,69	**<0,05**	-	-	3,36 ± 0,65	**<0,001**	-	-	3,99 ± 0,80	0,379	-	-
Souvent	3,16 ± 0,74		-0,05	[-0,22 ; 0,13]	3,17 ± 0,62		0,01	[-0,13 ; 0,15]	3,91 ± 0,89		-0,07	[-0,14 ; 0,18]
Soins sans consentement												
Jamais / Rarement	3,20 ± 0,73		-	-	3,28 ± 0,59		-	-	3,98 ± 0,84		-	-
Plusieurs par mois	3,20 ± 0,71	0,076	0,03	[-0,10 ; 0,17]	3,19 ± 0,59	**<0,001**	-0,01	[-0,11 ; 0,10]	3,88 ± 0,91	**<0,05**	-0,01	[-0,17 ; 0,15]
Quotidien ou presque	3,10 ± 0,76		0,04	[-0,08 ; 0,17]	3,03 ± 0,66		-0,04	[-0,14 ; 0,06]	3,80 ± 0,94		0,00	[-0,16 ; 0,15]
Programme de soin	,											
Jamais / Rarement	3,20 ± 0,74		-	-	3,25 ± 0,60		-	-	3,96 ± 0,87		-	-
Plusieurs par mois	3,20 ± 0,70	0,091	0,02	[-0,09 ; 0,14]	3,16 ± 0,60	**<0,001**	-0,01	[-0,10 ; 0,09]	3,93 ± 0,83	0,181	0,04	[-0,09 ; 0,18]
Quotidien ou presque	3,11 ± 0,76		0,00	[-0,10 ; 0,10]	3,11 ± 0,66		0,05	[-0,03 ; 0,13]	3,85 ± 0,93		0,01	[-0,10 ; 0,13]
Contention												
Jamais / Rarement	3,20 ± 0,73		-	-	3,28 ± 0,58		-	-	4,00 ± 0,84		-	-
Plusieurs par mois	3,15 ± 0,71	**<0,01**	-0,04	[-0,19 ; 0,12]	3,09 ± 0,61	**<0,001**	-0,06	**[-0,18 ; -0,06]**	3,80 ± 0,92	**<0,001**	-0,15	[-0,33 ; 0,03]
Quotidien ou presque	3,02 ± 0,78		-0,01	[-0,17 ; 0,15]	2,86 ± 0,67		-0,18	**[-0,30 ; -0,05]**	3,65 ± 0,96		-0,29	**[-0,49 ; -0,10]**
Isolement												
Jamais / Rarement	3,20 ± 0,73		-	-	3,27 ± 0,59		-	-	3,97 ± 0,86		-	-
Plusieurs par mois	3,18 ± 0,74	**<0,01**	0,00	[-0,16 ; 0,16]	3,11 ± 0,62	**<0,001**	-0,04	[-0,16 ; 0,09]	3,81 ± 0,91	**<0,01**	-0,07	[-0,26 ; 0,12]
Quotidien ou presque	3,01 ± 0,77		-0,02	[-0,19 ; 0,15]	2,92 ± 0,68		0,05	[-0,09 ; 0,19]	3,78 ± 0,93		0,19	[-0,02 ; 0,40]
Soins forcés												
Jamais / Rarement	3,20 ± 0,72		-	-	3,27 ± 0,58		-	-	3,97 ± 0,85		-	-
Plusieurs par mois	3,20 ± 0,71	**<0,001**	0,08	[-0,05 ; 0,22]	3,14 ± 0,62	**<0,001**	0,08	[-0,03 ; 0,19]	3,92 ± 0,85	**<0,001**	0,14	[-0,02 ; 0,31]
Quotidien ou presque	2,95 ± 0,83		-0,07	[-0,23 ; 0,10]	2,82 ± 0,68		-0,11	[-0,25 ; 0,02]	3,62 ± 1,02		-0,11	[-0,31 ; 0,09]
Violence verbale												
Jamais / Rarement	3,33 ± 0,70		-	-	3,39 ± 0,56		-	-	4,09 ± 0,82		-	-
Plusieurs par mois	3,16 ± 0,69	**<0,001**	-0,24	**[-0,35 ; -0,13]**	3,21 ± 0,57	**<0,001**	-0,16	**[-0,25 ; -0,07]**	3,88 ± 0,87	**<0,001**	-0,19	**[-0,32 ; -0,06]**
Quotidien ou presque	2,96 ± 0,78		-0,42	**[-0,56 ; -0,29]**	2,91 ± 0,65		-0,31	**[-0,42 ; -0,20]**	3,71 ± 0,92		-0,22	**[-0,38 ; -0,06]**
Violence physique												
Jamais / Rarement	3,24 ± 0,72		-	-	3,31 ± 0,57		-	-	4,01 ± 0,85		-	-
Plusieurs par mois	3,10 ± 0,73	**<0,001**	-0,02	[-0,14 ; 0,11]	3,08 ± 0,63	**<0,001**	-0,04	[-0,14 ; 0,06]	3,83 ± 0,87	**<0,001**	-0,05	[-0,20 ; 0,11]
Quotidien ou presque	2,94 ± 0,78		-0,08	[-0,24 ; 0,07]	2,83 ± 0,65		-0,19	**[-0,31 ; -0,07]**	3,62 ± 0,94		-0,20	**[-0,38 ; -0,02]**
Type de service												
Hospitalisation fermée	3,14 ± 0,79		-	-	2,99 ± 0,63		-	-	3,80 ± 0,85		-	-
Hospitalisation ouverte	3,15 ± 0,73		-0,11	[-0,24 ; 0,01]	3,11 ± 0,61		-0,09	[-0,19 ; 0,01]	3,76 ± 1,00		-0,21	**[-0,36 ; -0,06]**
Hospitalisation mixte	3,32 ± 0,70	**<0,001**	0,03	[-0,11 ; 0,16]	3,39 ± 0,55	**<0,001**	0,13	[-0,02 ; 0,24]	4,07 ± 0,71	**<0,001**	0,04	[-0,12 ; 0,21]
Ambulatoire	3,23 ± 0,71		-0,13	[-0,26 ; 0,01]	3,24 ± 0,61		-0,10	[-0,21 ; 0,01]	4,00 ± 0,88		-0,11	[-0,27 ; 0,06]
Autre	3,24 ± 0,73		-0,05	[-0,22 ; 0,11]	3,37 ± 0,61		0,12	[-0,01 ; 0,26]	4,04 ± 0,89		0,06	[-0,14 ; 0,26]

1.4 Discussion des résultats des soignants

1.4.1 Rappel des résultats principaux

Dans les six établissements, 1 350 professionnels ayant répondu au questionnaire se déclarent soignants. Trois quarts des soignants sont des femmes, et plus de la moitié des infirmiers. La grande majorité travaillent à temps complet, en journée, avec un type de contrat statutaire ou en CDI.

La santé déclarée des soignants est moyenne ou bonne selon les indicateurs, avec néanmoins des résultats moins bons concernant le ressenti psychique et la confiance dans l'avenir.

Les soignants se déclarent globalement satisfaits de leur activité, disent l'aimer et se sentir bien au travail. Mais les résultats sont plus mitigés concernant l'environnement, le cadrage et l'organisation de leur travail. Si certains aspects sont appréciés (relations à l'autre, liberté dans le rythme et la réalisation du travail, horaires, sécurité de l'emploi, ambiance, …) d'autres contrarient davantage le personnel (rémunérations, interruptions de tâches, direction de l'équipe, soutien et informations reçus…).

L'analyse lexicale des questions ouvertes conforte ces réponses, avec le travail, le soin, la diversité et les relations avec les autres (relation, contact, patients, collègues, équipe) cités comme points positifs, et des termes liés au cadrage et à l'organisation du travail comme points négatifs.

L'hospitalisation sans consentement et les programmes de soins sont rencontrés au moins une fois par mois pour plus de la moitié des soignants. En revanche, moins d'un tiers des soignants déclarent être confrontés à la contention, à l'isolement et aux soins forcés au moins une fois par mois.

La confrontation à la violence verbale est très fréquente.

Les scores composites SATIN de bien-être sur le lieu de travail sont toujours moins bons pour les personnes de la catégorie d'âge intermédiaire des 35 à 54 ans, ainsi que pour les personnes les plus fréquemment exposées à la violence verbale. L'exposition à la contention et à la violence physique semblent diminuer le score de perception et d'évaluation de l'environnement de travail et le score d'appréciation générale du travail. Les scores diffèrent selon les établissements.

1.4.2 Avantages et limites de l'étude

Cette étude a permis d'évaluer les ressentis dans leur travail et leur exposition à la contrainte de 1 350 soignants de psychiatrie publique dans six établissements de France métropolitaine.

18,8 % des 10 617 professionnels sollicités dans les différents établissements sollicités ont répondu à l'enquête. Sur les répondants, 67,7 % se déclarent soignants, ce qui est relativement proche des 70,3 % de proportion réelle des soignants interrogés. Néanmoins, la répartition est plutôt hétérogène entre établissements, avec souvent des proportions plus faibles qu'attendues (surreprésentation des administratifs), parfois équivalentes, et parfois supérieures aux proportions attendues.

Dans le questionnaire, il était demandé aux personnels interrogés le service où ils travaillaient. Cette question devait nous permettre d'observer des différences éventuelles entre services, mais également de regrouper les services et de pouvoir réaliser des analyses au niveau des secteurs de psychiatrie. Malheureusement, de nombreux services n'étaient pas classables en secteur, et par ailleurs, nombreux étaient les répondants qui déclaraient travailler dans plusieurs services. Afin de pouvoir tout de même prendre en compte les différences de pratiques en fonction des types de services, nous nous sommes servis de la variable sur le type d'activité principale qui permettait de statuer si le soignant travaillait exclusivement en ambulatoire, en hospitalisation (ouverte ou fermée), ou si son activité était mixte.

Le soignant est un professionnel qui donne des soins. Plutôt que de cibler les soignants en fonction de leur profession ou de leur lieu d'activité, nous avons choisi de sélectionner les personnes qui se définissaient elles-mêmes comme « soignantes ». Ainsi, un secrétaire au contact d'un patient, notamment en santé mentale, peut tout à fait se considérer comme soignant. Cela peut expliquer en partie la proportion non négligeable d' « autres » types d'activité principale dans les réponses des soignants.

1.4.3 Effet âge

Compte-tenu du fait que le questionnaire demandait le secteur de travail du répondant, il était impossible de demander l'âge précis de la personne sans que cette information ne lève l'anonymat. Pour éviter cette problématique, l'âge a été découpé en trois grandes catégories. La majorité des répondants se trouvent dans la catégorie 35 à 55 ans et ce sont les soignants de cette catégorie qui présentent les moins bons scores SATIN. Les soignants plus jeunes et plus âgés semblent avoir de meilleurs scores ; les plus jeunes ont le meilleur score de santé globale perçue et de leur activité en général dans les régressions tandis que les plus âgés se disent plus satisfaits de leur environnement global. On aurait aimé avoir un découpage plus fin pour mieux étudier l'effet de l'âge sur les risques psychosociaux et pouvoir faire des hypothèses.

1.4.4 Types de services

En bivarié, on observe les meilleurs scores chez les soignants ayant une activité mixte (hospitalisation et ambulatoire), tandis que les moins bons scores sont retrouvés chez les soignants d'hospitalisation fermée ou ouverte. Lorsqu'on ajuste les liens sur l'ensemble des variables, ces liens disparaissent, sauf pour le score d'appréciation générale du travail, signification plus faible en hospitalisation ouverte.

Concernant le moins bon score en hospitalisation ouverte par rapport à l'hospitalisation fermée, on peut faire l'hypothèse que c'est lié au fait que que l'hospitalisation ouverte est vécue comme plus exigeante par les soignants par rapport au travail en hospitalisation fermée, car nécessitant plus de temps de présence/ou de surveillance et donc selon eux plus d'effectifs ce qui n'est que rarement le cas ; dès lors cela ajoute du stress et de la tension, d'autant qu'en cas d'accidents ou événements graves leur responsabilité est engagée.

1.4.5 Exposition à la violence

L'exposition à la violence verbale est très fréquente chez les soignants ; 57,4 % y sont exposés au moins plusieurs fois par mois. Moins d'un soignant sur dix n'y est jamais exposé. Y sont plus exposés les hommes, les plus jeunes, les soignants d'hospitalisation fermé.

Il s'agit de la seule exposition professionnelle significativement liée à tous les scores de bien-être. Lorsqu'un soignant y est exposé au quotidien ou presque au quotidien, ses scores moyens de santé perçue, d'environnement et d'appréciation sont diminués respectivement de 0,43, 0,33 et 0,24 par rapport à ceux d'un soignant non exposé ou rarement exposé.

Le questionnaire ne permet pas de caractériser cette violence verbale ; s'il s'agit d'actes de langage directs ou de harcèlement, de violence de la part de supérieurs hiérarchiques, de collègues ou d'usagers.

La violence physique est plus rare, mais plus d'un tiers des soignants déclarent néanmoins y être exposés au moins plusieurs fois par mois. Elle est associée à des scores SATIN plus faibles s'il n'y a pas d'ajustement. Après ajustement en revanche, elle ne reste liée qu'à un plus faible score de perception et d'évaluation de l'environnement de travail, et ce uniquement pour les fréquences d'exposition à la violence les plus importantes, et avec des odds ratio plus faibles que ceux de la violence verbale. Bien moins fréquente que la violence verbale, la violence physique pourrait donc néanmoins aussi jouer un rôle dans l'émergence des risques psychosociaux.

1.4.6 Exposition à la contrainte

Les liens entre les scores SATIN et l'exposition à la contrainte varient en fonction du type de contrainte. Ainsi, les expositions à la contention, à l'isolement et aux soins forcés sont associées à un moins bon score de santé perçue. Les expositions aux soins sans consentement, aux programmes de soins, à la contention, à l'isolement et aux soins forcés sont liées avec un moins bon score d'environnement global. Enfin, les soins sans consentement, la contention, l'isolement et les soins forcés sont liés à un moins bon score moyen d'appréciation générale du travail.

Si la majorité des expositions sont liées à de moins bons scores en bivarié, lorsqu'on ajuste sur l'ensemble des contraintes, et sur la violence, la plupart des expositions ne sont plus liées aux scores. Ainsi, aucune contrainte ne joue sur la santé globale perçue par les soignants.

La contention reste liée au score d'environnement de travail et au score de satisfaction du travail. Les autres types de contrainte se font via les murs, l'extérieur, la loi, … Et bien que les descriptions des situations motivant une mise en chambre d'isolement montrent qu'elles sont aussi très souvent violentes, qu'elles mobilisent un nombre élevé de soignants et les exposent aussi physiquement, la pratique de la contention mécanique, réalisée directement par le soignant, est susceptible d'accroître davantage les risques psychosociaux.

1.4.7 Comparaison inter établissements

Six établissements de France métropolitaine ont fait passer le questionnaire SATIN à tous les personnels dont les soignants. A noter que l'EPSM Lille Métropole, qui participait à la phase quantitative préliminaire (le recueil d'indicateurs indirects) avait fait le choix de ne pas fait passer le questionnaire SATIN pour cette présente étude.

Compte-tenu du nombre d'établissements et du nombre d'indicateurs, il est difficile de faire des comparaisons entre établissements. D'autant plus que les répartitions d'âge, de genre, et de catégories socio-professionnelles diffèrent globalement de façon significative entre

établissements ; les déclarations des expositions aux pratiques de soins et les ressentis au travail sont elles aussi hétérogènes entre les établissements. Néanmoins, nous avons été étonnés de la faible variation des réponses entre établissements, ce qui laisse à penser que malgré des pratiques différentes, il existe une forte homogénéité dans le ressenti des soignants en psychiatrie.

Pour limiter l'effet centre qui pourrait introduire un biais dans nos analyses, nous avons réalisé des analyses linéaires multivariées mixtes. Ces modèles ne nous permettent pas de comparer les scores des établissements entre eux. Dans une analyse intermédiaire, nous avons réalisé une régression linéaire multiple incluant la variable de l'établissement. Ce modèle ne voit pas de modification des résultats observés dans le modèle mixte pour les variables précédemment exposées. Le Centre hospitalier Val de Lys-Artois ayant toujours les meilleurs scores SATIN alors que les scores les plus bas sont partagés entre trois établissements différents, nous avons choisi de prendre le Centre hospitalier Val de Lys-Artois comme référence dans ce modèle. A âge, genre, expositions à la contrainte et à la violence constants, les établissements de Rouffach et de Paris Est Val-de-Marne ont un score de santé perçue significativement plus bas que celui du Centre hospitalier Val de Lys-Artois. Pour les autres établissements, les différences ne sont pas significatives.

A âge, genre, expositions à la contrainte et à la violence constants, les établissements de Rouffach, Rennes et Paris Est Val-de-Marne ont un score d'environnement lié au travail significativement plus bas que celui du Centre hospitalier Val de Lys-Artois.

Enfin, à âge, genre, expositions à la contrainte et à la violence constants, les établissements de Rouffach et de Paris Est Val-de-Marne ont un score d'appréciation du travail significativement plus bas que celui du Centre hospitalier Val de Lys-Artois.

A noter que les établissements de Dijon et d'Étampes ne diffèrent du Val de Lys-Artois pour aucun des scores étudiés.

L'objectif principal de cette étude n'est pas de classer les établissements ; ces résultats sont à interpréter avec la plus grande prudence. Mais le fait de pouvoir se situer par rapport aux autres établissements revenait très souvent lorsque nous présentions les résultats individuels à chaque établissement.

II/ Enjeux et limites des indicateurs indirects (RH et DIM) pour approcher le lien entre RPS et contrainte

2.1 Objectifs et méthodologie

2.1.1 Objectifs, principal et secondaire

Cette étude quantitative exploratoire constituait le premier volet de l'étude RPSY. Son objectif était de recueillir des données facilement accessibles, puisque déjà recueillies en routine par les établissements. Les méthodes de mesures des différents indicateurs étant censées être homogènes, nous espérions avoir une vision approchée des pratiques de soins, et des risques psychosociaux au sein des établissements et de leurs secteurs, et également pouvoir les comparer entre eux.

L'objectif principal de cette étude exploratoire était d'évaluer le lien entre les pratiques de contrainte et les risques psychosociaux. L'objectif secondaire était de sélectionner pour le volet qualitatif de l'étude des établissements, voire des secteurs/services, dont les caractéristiques au niveau des ressources humaines et/ou des pratiques de soins seraient relativement contrastées.

2.1.2 Méthodologie initiale

1/ Type d'étude

Cette étude transversale multicentrique s'appuyait sur le recueil d'indicateurs collectés en routine. Les établissements inclus étaient des établissements publics de santé mentale faisant partie du groupement coopération sanitaire (GCS) pour la formation et la recherche en santé mentale. L'analyse était focalisée sur la psychiatrie générale adulte.

Tous les établissements n'étaient pas structurés de la même façon ; certains travaillaient préférentiellement en secteur et d'autres en pôles, certains encore regroupaient plusieurs secteurs, … Nous avions donc convenu avec les établissements de recueillir les données au niveau de l'unité fonctionnelle, structure élémentaire de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médicotechnique, et seule unité commune à tous les établissements. Cela nous permettait de pouvoir analyser ces unités d'échantillonnage, tout en gardant la possibilité de regrouper ensuite certaines d'entre elles afin de travailler au niveau du secteur, du pôle ou de l'établissement.

Un référent pour le projet recherche était désigné dans chaque établissement. D'autres personnes, responsables des différentes sources de données, pouvaient être contactées : professionnels des Département d'information médicale (DIM), professionnels des Ressources humaines (RH), médecins du travail, ...

2/ Recueils utilisés en routine par les établissements

Données de la médecine du travail

Certaines données de routine des services de médecine du travail, peuvent potentiellement être exploitées, notamment les indicateurs provenant des *Bilans d'activité annuels* générés par les

logiciels de suivi des médecins du travail : nombre total de visites, nombre de visites à la demande d'un salarié.

Données du PMSI RIM-P

Le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) permet de décrire de façon synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé. Il recueille pour chaque patient des données administratives (dates de séjour, de passage dans les unités médicales, modes d'entrée et de sortie, mode de soin légal …) mais également des données médicales (diagnostics, actes médicaux). Dans les établissements ayant une activité de psychiatrie, le PMSI RIM-P (Recueil d'information en psychiatrie) est obligatoire depuis 2007.

Données du registre des isolements et des contentions

Le registre d'isolement et de contention est un document obligatoire dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie. Il mentionne toutes les mesures d'isolement et de contention réalisées au cours de l'année ainsi que le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Il peut être établi sous forme numérique.

Données annuelles des ressources humaines

Les indicateurs recueillis au niveau des ressources humaines concernaient principalement les ressources en personnel (Nombre d'Équivalents temps plein : ETP), le niveau de développement des alternatives à l'hospitalisation (Taux ETP alloués à d'autres activités que l'hospitalisation temps plein) ainsi que les conséquences potentielles des risques psychosociaux (absentéisme, turn-over du personnel, accidents du travail…).

3/ Variables recueillies

Structure commune DIM/RH/médecins du travail

- Numéro d'unité fonctionnelle
- Libellé de l'unité fonctionnelle
- Numéro du secteur (ou du pôle)
- Libellé du secteur (ou du pôle)
- Nombre d'habitants du secteur
- Numéro du pôle
- Libellé du pôle
- Établissement
- Forme d'activité réalisée dans l'unité fonctionnelle (Hospitalisation temps plein, Hospitalisation partielle de nuit, Hospitalisation partielle de jour, Hospitalisation de crise, Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, Atelier thérapeutique, Centre médico-psychologique, Équipe mobile, Psychiatrie de liaison)
- Existence de Soins sans consentement dans l'unité
- Existence de Soins libres dans l'unité
- Ouverture de l'unité pendant la journée
- Nombre de chambres d'isolement dans l'unité

Activité – Données PMSI RIM-P

- File active du secteur : Nombre de patients pris en charge entre le 01/01 et le 31/12
- File active de l'unité fonctionnelle
- Taux d'occupation (Nombre de journées / Nombre de lits) de l'unité fonctionnelle, uniquement pour les unités d'hospitalisation temps plein
- Nombre de séjours temps plein dans l'unité fonctionnelle
- Durée moyenne de séjours dans l'unité fonctionnelle
- Durée médiane de séjours dans l'unité fonctionnelle
- Durée moyenne de présence d'un même patient sur l'année dans l'unité fonctionnelle
- Part de séjours en Soins libres (tous les modes légaux du séjour = 1)
- Part de séjours en en Soins sans consentement (au moins un mode légal du séjour ≠ 1)
- Durée moyenne des séjours en Soins sans consentement
- Part de séjours avec Soins à la demande d'un tiers (au moins un mode légal = 7 ou 8)
- Durée moyenne des séjours en Soins à la demande d'un tiers
- Part de séjours avec Soins à la demande d'un représentant de l'État (au moins un mode légal = 3, 4, 5 ou 6)
- Durée moyenne des séjours avec Soins à la demande d'un représentant de l'État

Données du registre des isolements/contentions

- Nombre de mesures d'isolement dans l'unité fonctionnelle
- Nombre de personnes avec une mesure d'isolement
- Durée moyenne de l'isolement
- Durée médiane de l'isolement
- Nombre de mesures de contention dans l'unité fonctionnelle
- Nombre de personnes avec une mesure de contention
- Durée moyenne de la contention
- Durée médiane de la contention

Données RH et médecine du travail

- Nombre d'équivalents temps plein (ETP) de l'unité fonctionnelle
- Taux d'ETP médical/non médical
- Taux d'ETP femme/homme
- Taux d'ETP hospitalier/ambulatoire
- Age moyen des ETP
- Taux d'absentéisme
- Taux d'absentéisme dans les unités d'hospitalisation temps plein
- Nombre d'accidents du travail sans arrêt de travail
- Nombre d'accidents du travail avec arrêt de travail
- Jours d'accidents du travail
- Taux de turn-over
- Taux de mobilité au sein du pôle
- Nombre de jours sur le Compte épargne temps (CET)

- Nombre de jours moyen par ETP sur le CET
- Nombre de formations demandées
- Nombre de formations acceptées
- Nombre de jours de formations acceptées
- Nombre d'heures de formation acceptées

4/ Périmètre

- Sept établissements :
  - Centre hospitalier La Chartreuse (Dijon)
  - EPSM Guillaume Régnier (Rennes)
  - Centre hospitalier de Rouffach
  - GHT 94 – Hôpitaux Paris Est Val de Marne
  - EPSM Lille Métropole
  - EPSM Val de Lys-Artois (Saint Venant)
  - EPS Barthélemy Durand (Étampes)
- Trois années : 2018 -2019 -2020

5/ Calendrier prévu initialement

- Mobilisation des établissements et préparation du terrain (six mois)
  - Sollicitation des établissements
  - Contact avec DIM, DRH et Médecine du travail de chaque établissement participant pour faire le point sur les indicateurs disponibles et s'accorder sur un calendrier.
  - Désignation d'un référent pour le projet de recherche au sein de chaque établissement
- Recueil des données auprès des DIM et des RH (six mois)

2.2 Les limites du recueil malgré la démarche de concertation engagée aux leviers pour les dépasser

2.2.1 Historique des réunions avec les acteurs ressources des EPSM

De fin 2020 à début 2021, des réunions en visioconférence ont eu lieu entre les chargés de missions de l'étude RPSY et les établissements. Dans chaque établissement, nous avons essayé d'avoir pour correspondants au moins un représentant du Département d'information médicale, un représentant du service des Ressources humaines, ainsi qu'un référent de l'étude. Au cours de ces réunions, chaque indicateur a été passé en revue afin de discuter de sa pertinence pour l'étude, de la possibilité de le recueillir au niveau des établissements, ainsi que de sa définition précise.

Suite à ces réunions, un tableur contenant la maquette des données à recueillir a été élaboré et transmis à l'ensemble des établissements. Des échanges entre établissements et l'équipe de coordination du projet ont eu lieu pour clarifier certaines données, jusqu'en janvier 2021.

Il était convenu que les services du DIM et des RH de chaque établissement devaient se rapprocher l'un de l'autre afin d'harmoniser au préalable la structure de l'établissement, et notamment les Unités fonctionnelle, sur lesquelles seraient recueillis les différents indicateurs. Le recueil proprement dit pourrait ensuite être réalisé.

Initialement la date butoir pour le retour des données était fixée au 1er mars 2021.

2.2.2 Difficultés dans le recueil des données

Très rapidement, des difficultés sont apparues sur un ou plusieurs champs de recueil, pour beaucoup des établissements participant à l'étude. L'objectif de ce paragraphe n'est pas de pointer du doigt les établissements qui ont eu des difficultés, mais de recenser les différentes difficultés rencontrées, afin de ne pas répéter les mêmes erreurs en cas de travail similaire.

1/ Structure

Comme déjà évoqué plus haut, certains établissements travaillaient préférentiellement en secteurs, et d'autres en inter-secteurs ou en pôles. Il semblait donc plus simple de recueillir les données au niveau de la structure la plus élémentaire des établissements de santé et commune à tous les établissements : l'unité fonctionnelle. Techniquement, cela ne devait pas poser de difficultés. Malheureusement, le travail a été sous-estimé, car cela représentait un nombre parfois très important de lignes dans les tableaux de recueil. Même si les données étaient disponibles, une extraction automatique n'était pas toujours possible, en particulier pour les données RH. Cela impliquait donc un recopiage des données à la main, avec un temps de recopiage important, mais également des risques d'erreurs inhérents à la saisie manuelle, comme nous avons pu le constater dans de nombreux fichiers récupérés, avec des données sporadiquement aberrantes.

Alors que nous pensions trouver une structure commune entre DIM et RH, la réalité s'est avérée très différente dans certains établissements. Une structure commune devait être la condition préalable au remplissage des données, mais cela n'a pas pu avoir lieu partout. Au-delà des difficultés liées à l'utilisation d'identifiants et d'intitulés parfois différents entre les deux services, les tableaux n'étaient pas toujours concordants sur la structure même des unités. Par exemple, certaines étaient fermées pour le DIM (absence de séjours), mais pas pour les RH (ressources humaines encore officiellement affectées). Autres exemples : le DIM séparait deux UF quand les RH regroupaient les deux, ou encore une même unité fonctionnelle appartenait à deux secteurs différents selon le DIM ou les RH.

Enfin, des changements de structure ont parfois eu lieu entre 2018 et 2020 (fermetures/ouvertures d'unités, fusion d'unités ou de secteurs, …), rendant compliquée toute comparaison entre les années.

2/ Données de la médecine du travail

L'objectif de récupérer des données issues de la médecine du travail a été abandonné dès les réunions préliminaires. Il s'avérait en effet difficile de trouver un interlocuteur capable d'extraire des données de médecine du travail dans l'ensemble des établissements.

3/ Difficultés liées aux données DIM

Les données du DIM sont celles qui ont posé le moins de difficultés. Le personnel des DIM des établissements était celui qui avait le plus participé aux réunions préalables. Les données par unité fonctionnelle semblaient plus faciles à extraire des systèmes d'information que les données des RH. Malgré tout, les difficultés n'ont pas été absentes.

Le taux d'occupation a été souvent difficile à récupérer. Il faut préciser qu'il s'agit d'une donnée d'activité qui n'est pas directement du ressort du DIM. Il a parfois fallu passer par le contrôle de gestion ou les cadres, … et parfois l'information a été impossible à récupérer sur une structure identique à celle du DIM.

Des discordances observées ont parfois jeté le doute sur la fiabilité des données recueillies. Par exemple des sommes de séjours en soins libre et de séjours en soins sans consentement supérieures à 100% dans certaines unité (le séjour en soin libre avait été défini comme le séjour avec l'ensemble de ses modes de soin légal égaux à 1, et le séjour en soins sans consentement comme le séjour avec au moins un mode de soin légal différent de 1, mais la définition n'a peut-être pas été bien comprise partout). Autre exemple, la durée moyenne d'hospitalisation (somme des durées de tous les passages d'un patient sur l'UF) était parfois inférieure à la durée de chaque passage.

4/ Difficultés liées aux données du registre isolement/contention

Certaines années du registre n'étaient pas accessibles du tout, en particulier l'année 2018. Les raisons étaient diverses : recueil non exhaustif, changement de logiciel en cours d'année, registre encore sous format papier…

Lorsque des données étaient présentes, on observait parfois des données aberrantes, comme des durées d'isolement et/ou de contention supérieures à 365 jours par an.

5/ Difficultés liées aux données RH

Les données RH sont celles qui ont été les plus difficiles à récupérer.

Les données sur les équivalents temps plein en personnel étaient à peu près correctes, malgré quelques discordances (exemple : somme des ETP femmes et ETP hommes différente des ETP totaux). La répartition entre ETP hospitalier et ambulatoire a parfois été impossible à récupérer dans certains établissements.

L'absentéisme était récupéré, mais semblait calculé très différemment d'un établissement à l'autre avec des chiffres extrêmement variables. Idem pour les variables sur les accidents du travail.

Concernant les formations, les définitions semblent différentes d'un établissement à l'autre. Par exemple, certains comptabilisaient toutes les formations acceptées alors que d'autres enlevaient les formations acceptées mais finalement non suivies par les agents. Parfois, le nombre de formations demandées étaient inférieur aux formations acceptées, car certains établissements ne comptabilisaient que les formations demandées via le plan de formation, et pas les demandes faites en cours d'année.

Les variables sur le turn-over et la mobilité interne ont été quasiment impossibles à récupérer. Les établissements semblent ne pas disposer de ces données en routine.

Lorsque toutes ces variables étaient complétées, elles manquaient parfois pour plusieurs unités fonctionnelles. Il était parfois difficile de trancher sur la signification des cases non remplies : données non applicables, chiffres égaux à 0, donnée manquantes… Il fallait alors faire préciser les établissements au cas par cas.

6/ Autres difficultés

Il a parfois été difficile de trouver le ou les interlocuteurs les plus à même de répondre à nos demandes. Les responsables du projet n'avaient pas toujours les capacités pour extraire les données et devaient sous-traiter les demandes. En cas d'incohérence dans les données, il nous a donc parfois fallu échanger avec des personnes de façon indirecte, en passant par une tierce personne, ce qui rendait l'échange plus long et plus compliqué.

Comme le calendrier de cette phase s'est déroulé sur un temps beaucoup plus long que prévu initialement, les interlocuteurs dans les établissements ont parfois changé. Au sein même du CCOMS, la durée de cette phase a été problématique ; en l'absence temporaire du chef de projet, le travail a été repris et réparti entre plusieurs chargés de mission du CCOMS, et notamment une répartition des différents établissements.

Les nombreux échanges de tableaux eux-mêmes ont parfois posé problème sur la durée de cette phase ; il est arrivé qu'on récupère deux tableaux à quelques mois d'intervalles, dont certaines données, précédemment validées, avaient changé, sans que personne dans l'établissement ne sache dire lesquelles étaient les bonnes.

2.2.3 Nouveau recueil simplifié

Après toutes ces difficultés, il a été décidé de limiter la récupération des données. Une nouvelle liste de variables a été établie, à partir des données qui semblaient les plus fiables dans les établissements. Le recueil s'est également limité à l'année 2019 (2018 étant trop loin, avec beaucoup de changements de logiciels, et 2020 une année très compliquée à cause du COVID). Enfin, le recueil ne s'est plus basé sur les unités fonctionnelles, mais sur les regroupements choisis par chaque établissement, c'est-à-dire au niveau du secteur et/ou de l'inter-secteur et/ou du pôle). Pour les établissements qui avaient correctement rempli le premier recueil, des calculs ont été faits pour reconstituer les nouveaux indicateurs : dans ce cas, les référents des établissements n'ont eu qu'à vérifier et éventuellement corriger les données. Dans le cas contraire, il leur a été demandé de renseigner les variables manquantes.

1/ Variables recueillies

Structure commune DIM/RH/médecins du travail

- Numéro de l'unité d'analyse (secteur, regroupement de secteurs en inter-secteurs ou pôles, selon les établissements)
- Établissement

Activité – Données PMSI RIM-P

- File active du secteur par 100 000 habitants
- Taux de recours aux soins sans consentement

Données du registre des isolements/contentions

- Nombre d'isolements par 100 000 habitants
- Nombre de contentions par 100 000 habitants

Données RH et médecine du travail

- Équivalents temps plein (ETP par 100 000 habitants)
- Taux d'ETP hospitalier/ambulatoire
- Taux d'absentéisme
- Taux d'absentéisme dans les unités d'hospitalisation temps plein
- Nombre d'accidents du travail sans arrêt de travail pour 100 000 habitants
- Nombre d'accidents du travail avec arrêt de travail pour 100 000 habitants
- Nombre de jours d'arrêt de travail pour 100 000 habitants

2/ Périmètre

Sept établissements.

Une seule année : 2019. Il s'agissait de l'année qui avait le meilleur taux de remplissage dans le premier tableau.

En dépit de toutes ces simplifications, il a encore fallu de nombreuses semaines et de nombreuses relances. Plusieurs personnes référentes de l'étude avaient changé entre temps au sein des établissements, et il a fallu leur expliquer tout le rationnel de l'étude, et parfois attendre qu'elles soient formées pour recueillir les données. Cette partie de l'étude a enfin pu être clôturée au 1er juillet 2022. Certaines informations sont malheureusement restées partiellement manquantes, et on peut s'interroger sur la fiabilité de certaines variables.

2.3 Analyses et résultats

2.3.1 Analyses

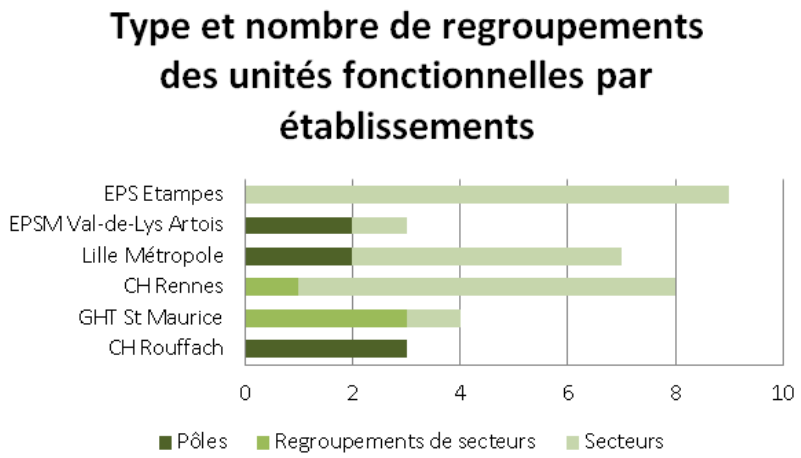
Le recueil a été réalisé selon le regroupement choisi par chaque établissement : secteur, inter-secteur ou pôle ; pour des raisons pratiques, nous appellerons « secteur » les unités choisies dans la suite du rapport.

Sept établissements et 39 secteurs ont participé à cette première phase quantitative. Les tailles des secteurs étant très variées, tous les chiffres absolus ont été rapportés à la population du secteur (nombre par 100 000 habitants), afin de pouvoir les comparer.

Les variables et leur distribution étaient décrites grâce à leur médiane, leurs extremums, ainsi que par un histogramme. Cette phase étant exploratoire, aucune hypothèse particulière n'a été testée : toutes les variables recueillies ont été croisées deux à deux grâce à des tests de corrélation de Pearson. Les seuils de significativité des tests étaient définis à 0,05. Les statistiques ont été réalisées sur R version 3.5.1.

2.3.2 Résultats

1/ Établissements inclus dans l'étude



Les données ont été recueillies pour 39 secteurs, dans sept établissements. Néanmoins, les cinq secteurs du Centre hospitalier de Dijon n'ont pas pu être inclus dans les analyses parce que l'établissement n'a pas pu fournir les données d'isolement et de contention (non accessibles en 2019 du fait d'un changement de logiciel) et que ces données étaient essentielles à l'étude. Leurs autres indicateurs ont néanmoins été présentés dans les tableaux.

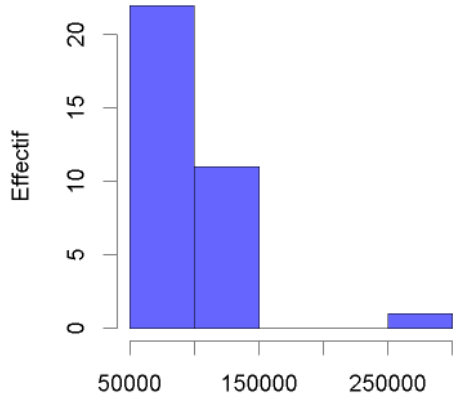
A noter que le recueil n'a pas été réalisé pour les informations DIM de l'hôpital Les Murets du GHT 94 ; nous n'avons donc gardé que les quatre regroupements de secteurs des hôpitaux Saint-Maurice de Paris Est Val-de-Marne.

On observait une répartition très variable dans le choix des regroupements d'unités fonctionnelles en fonction des établissements. Ainsi, le Centre hospitalier de Rouffach et l'EPSM Val de Lys-Artois n'avaient que trois « secteurs » car le premier avait la majorité de

ses secteurs regroupés, et le second avait ses secteurs regroupés en pôles. Le plus grand nombre d'unités était observé à l'EPS Barthélemy Durant, avec neuf secteurs. La plupart des autres établissements de santé avaient choisi une répartition mixte, avec certains secteurs présentés indépendamment les uns des autres, et d'autres regroupés.

2/ Distribution des variables et lien entre elles

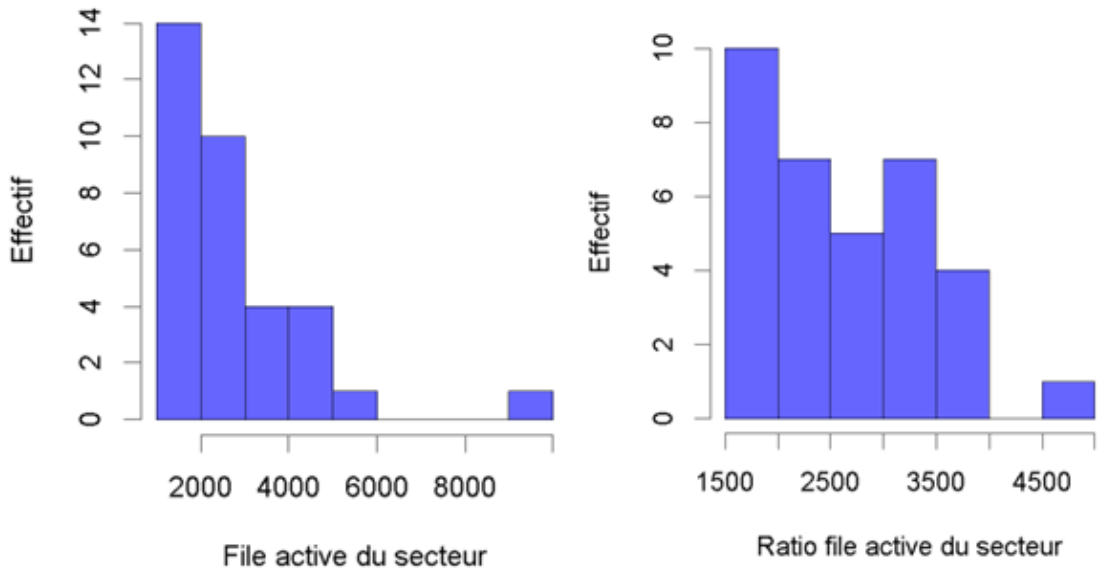
Nombre d'habitants par secteur



Les unités sélectionnées dans l'étude couvraient en moyenne une zone de 95 000 personnes, avec un écart-type de 40 000. La médiane était à 87 617 personnes. Une des unités sélectionnées couvrait un nombre atypique de personnes ; il s'agissait du pôle ALR de l'établissement Val-de-Lys Artois, qui couvrait une zone particulièrement grande au niveau du nombre de personnes.

Sans surprise, cette variable était statistiquement corrélée avec quasiment toutes les variables. Ainsi, plus le secteur était important en taille, plus il y avait de file active, mais aussi d'isolements, de contentions, de nombre de personnels, de lits d'hospitalisation, d'absentéisme et d'accidents du travail.

File active



La file active correspondait au nombre de patients différents pris en charge sur le secteur. La médiane de la file active s'élevait à 2 195 patients. On retrouvait la valeur extrême pour le pôle ALR de l'établissement Val-de-Lys Artois et on observait une répartition plutôt tassée sur des petites files actives, du fait du nombre importants dans l'étude de secteurs isolés, par rapport au nombre, moins important, de regroupements de secteurs ou de pôles.

En rapportant la file active au nombre d'habitants du secteur (pour 100 000 habitants), on obtenait une répartition beaucoup moins tassée et il n'y avait plus de valeur aberrante. La médiane s'élevait à 2 633 patients pour 100 000 habitants par secteur.

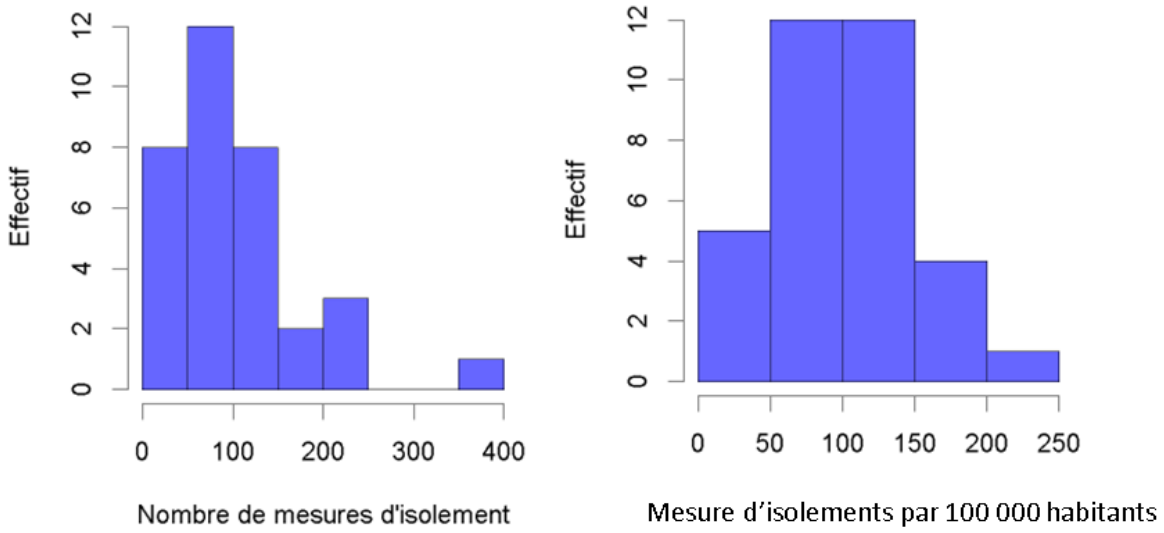
En croisant la file active avec les autres variables en absolu, comme avec le nombre d'habitants, on retrouvait beaucoup de liens significatifs. Après pondération, une file active importante par rapport au nombre d'habitants restait significativement liée à davantage de de contentions et à davantage de personnel, hospitalier ou non.

Soins sans consentement

Initialement, cette variable correspondait au pourcentage de séjours sans consentement dans chaque unité, c'est à dire la part des séjours qui avaient au moins un mode légal différent de 1 (c'est-à-dire différent de « soins libres ») par rapport au nombre de séjours totaux.

Cette variable ayant été très bien complétée par les établissements, nous avions choisi de ne pas la redemander au niveau du secteur et avions essayé de la recalculer. Malheureusement, la moyenne des pourcentages des unités était forcément fausse et donnait beaucoup trop de poids aux petites unités. Faire une moyenne pondérée selon la taille de l'unité pouvait nous rapprocher du taux réel, mais compte-tenu des résultats complètement aberrants obtenus (taux de soins sans consentement non corrélé à la contention, et même inversement corrélé à l'isolement), nous avons préféré ne pas tenir compte de cette variable, trop peu fiable.

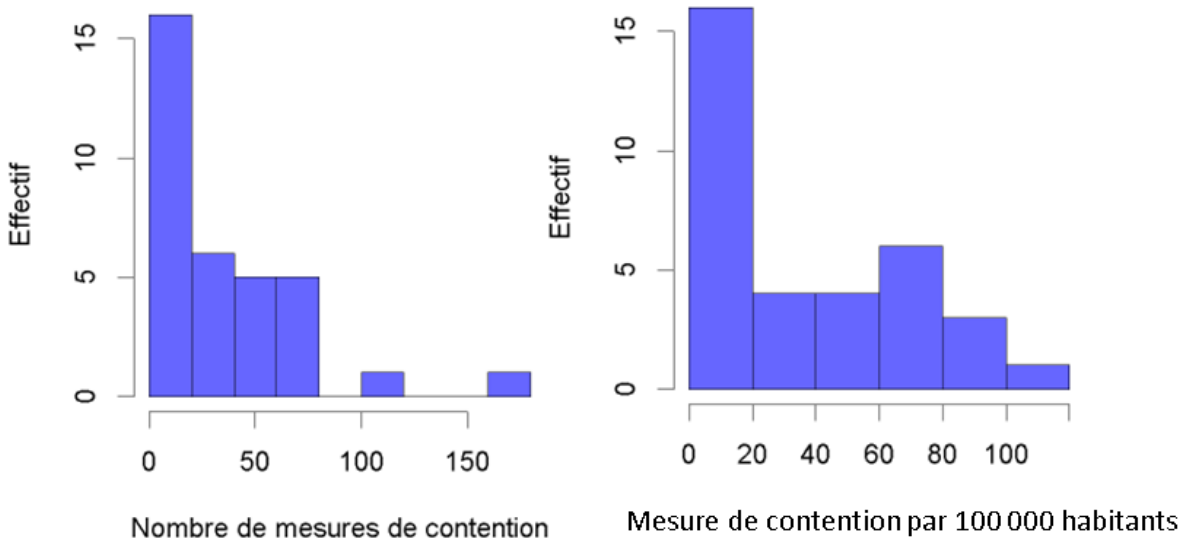
Mesures d'isolement



La distribution de la variable des mesures d'isolement présentait plusieurs valeurs aberrantes. En rapportant cette variable pour 100 000 habitants, la variable retrouvait un aspect normal, sans valeur aberrante. Elle avait une médiane de 104 mesures d'isolements pour 100 000 habitants par secteur. Aucun secteur ne déclarait une absence de mesures d'isolement. Le nombre minimum était de un isolement par 100 000 habitants et le maximum de 200, ce qui montrait des habitudes très différentes vis-à-vis de l'isolement en fonction des services.

Le nombre de mesures d'isolement par rapport à la population était lié avec le nombre de mesures de contention, mais également le nombre de lits.

Mesures de contention

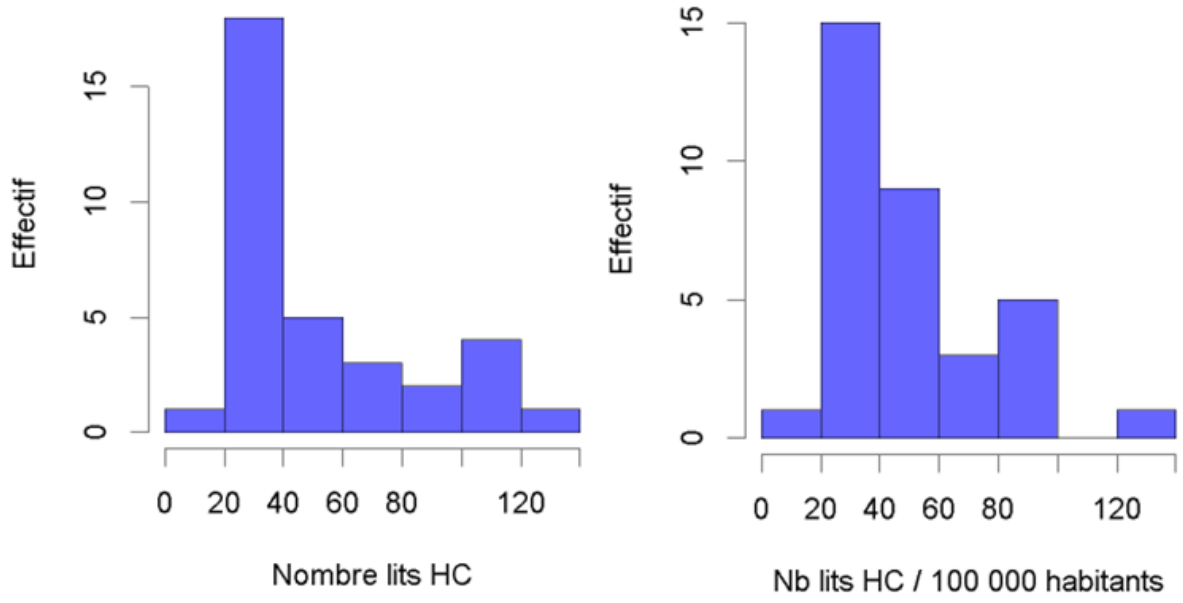


L'étude de la distribution de la variable des mesures de contention retrouvait à nouveau la valeur aberrante pour le pôle ALR de l'établissement Val-de-Lys Artois. Le nombre de mesures de contention rapporté à 100 000 habitants permettait de faire disparaître cette valeur aberrante.

Le nombre de contentions variait également beaucoup, avec un nombre important d'établissement n'utilisant pas, ou peu, cette mesure et d'autres l'utilisant fréquemment (minimum de 0 et maximum de 108, avec une médiane de 25 mesures pour 100 000 habitants).

Un nombre plus important de mesures de contention par rapport à la population, était lié à un nombre plus important d'isolements, à un nombre plus important de lits, ainsi qu'à un nombre plus important d'accidents du travail rapportés à la population.

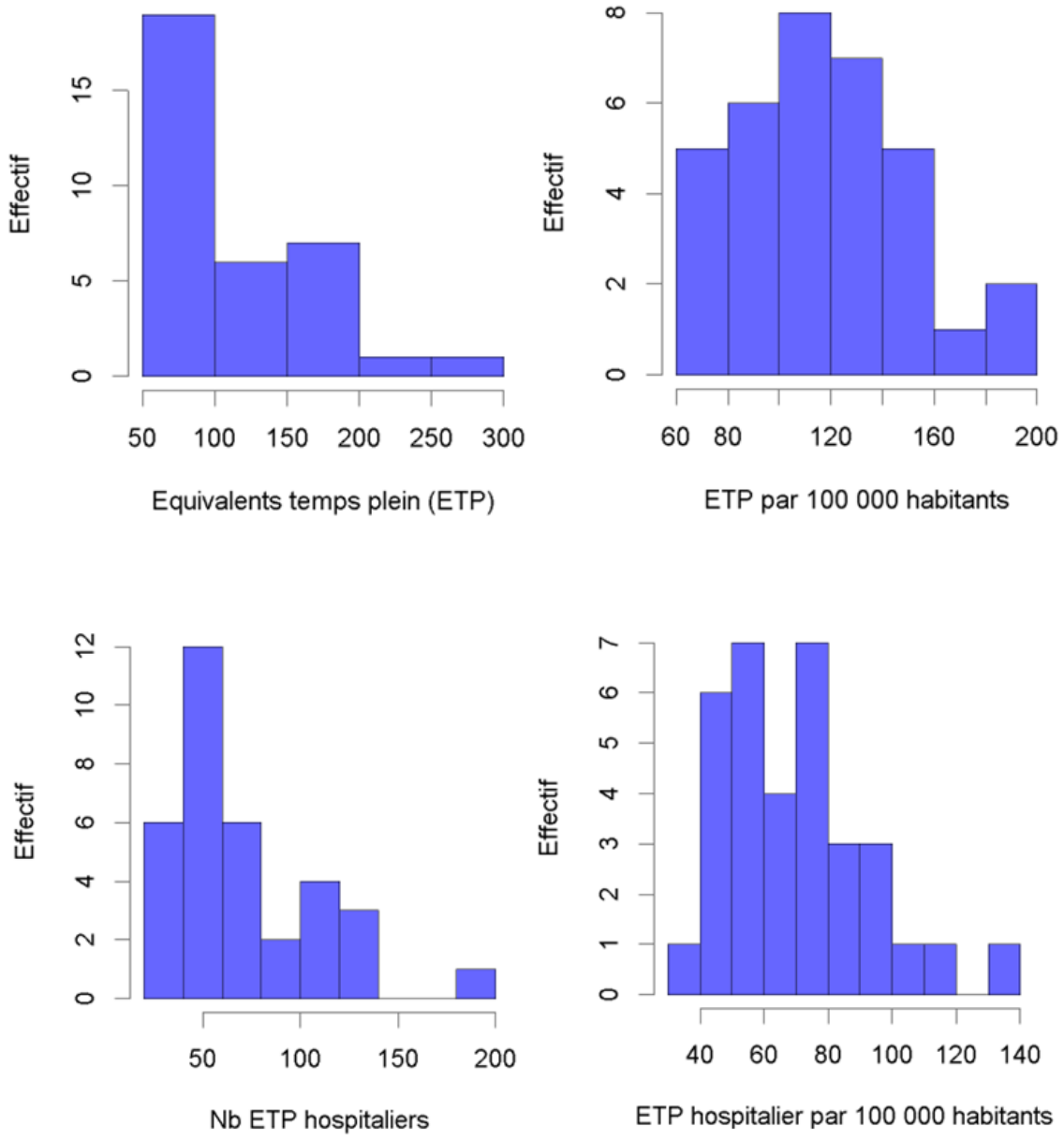
Nombre de lits d'hospitalisation complète



La médiane du nombre de lits d'hospitalisation complète était à 38 lits par secteur. Rapportée pour 100 000 habitants, cette médiane s'élevait à 42, avec un minimum de 11 et un maximum de 129 (valeur extrême pour le secteur G07 de Guillaume Régnier, qui ne modifiait cependant pas le résultat des corrélations).

Le nombre de lits d'hospitalisation complète pour 100 000 habitants était significativement lié au nombre de mesures d'isolement et de contention par 100 000 habitants, ainsi qu'au nombre d'accidents du travail avec arrêt pour 100 ETP. Cette variable était également inversement corrélée au nombre d'ETP par lit ainsi qu'à l'absentéisme : plus il y avait de lits, moins il y avait de personnels par lit et moins il y avait d'absentéisme.

Équivalents temps plein

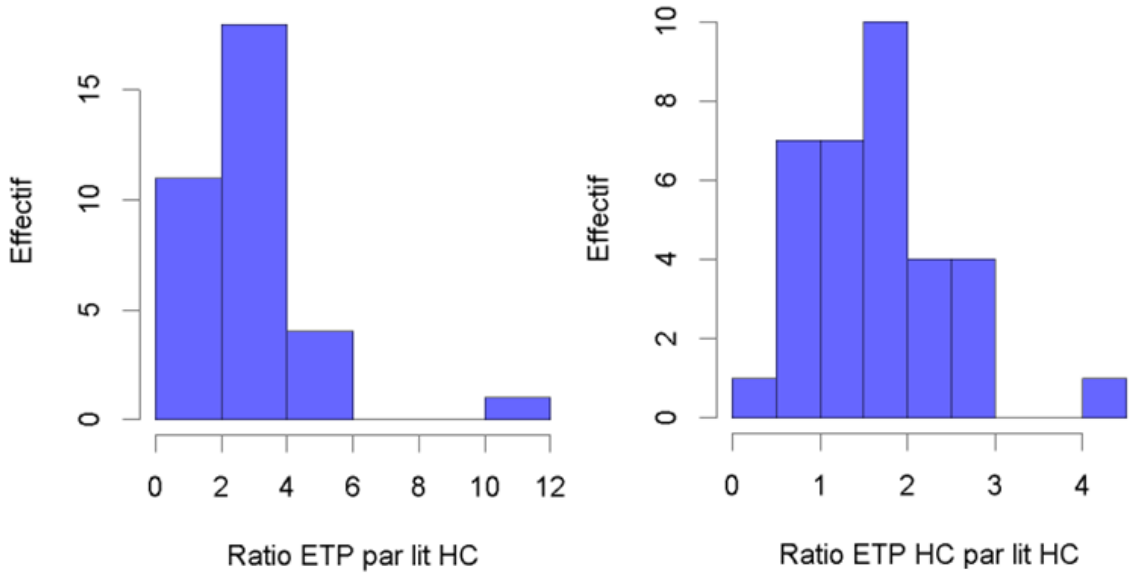


Il s'agissait du nombre d'Équivalents temps pleins rémunérés dans chaque secteur, ainsi que du nombre d'Équivalents temps plein hospitaliers rémunérés.

Le nombre d'ETP pour 100 000 habitants avait une médiane de 116 ETP, avec un minimum de 66 et un maximum de 139 ETP. Les ETP hospitaliers pour 100 000 habitants avaient une valeur médiane de 69, un minimum de 38 et un maximum de 131.

Ces deux variables sur le nombre d'ETP pour 100 000 habitants n'étaient liées qu'à la file active pour 100 000 habitants. Par ailleurs, la proportion de personnel hospitalier ou ambulatoire dans le secteur n'était liée à aucune des autres variables.

Équivalents temps pleins hospitaliers par lit

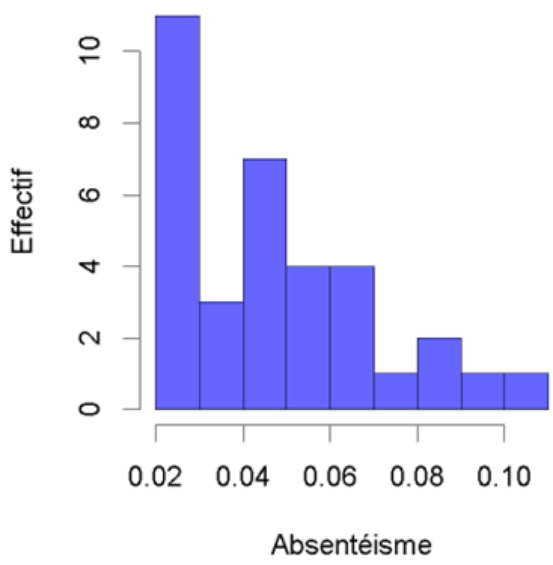


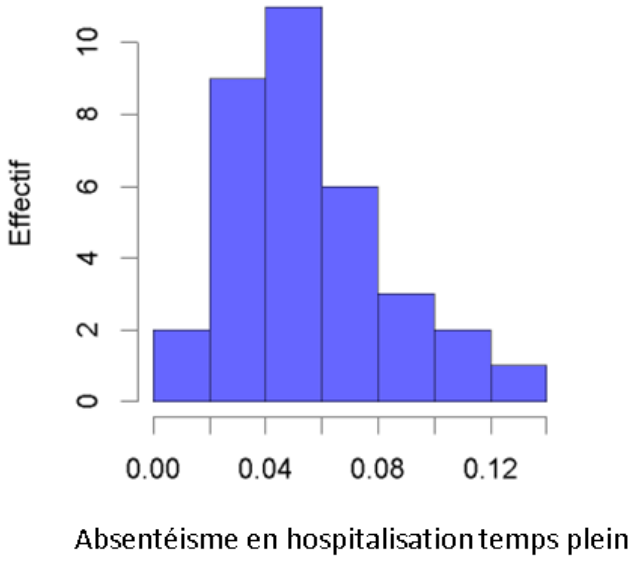
Il s'agissait du nombre du nombre d'ETP par lit d'hospitalisation conventionnelle, ainsi que du nombre d'ETP hospitaliers par lit d'hospitalisation conventionnelle.

La valeur extrême observée était celle du secteur G21 de Lille, qui avait presque 12 personnels déclarés pour un lit, et 4,4 personnels hospitaliers pour un lit. Cette valeur restait extrême quand on pondérait la variable pour 100 000 habitants. Néanmoins, nous avons choisi de ne pas l'exclure de l'analyse, parce qu'elle ne modifiait pas les résultats des corrélations.

L'analyse des corrélations montrait pour les deux variables un lien entre un nombre important d'ETP par lit et un absentéisme élevé. Par ailleurs, plus il y avait d'ETP par lit, moins on observait d'isolements, de contentions, et d'accidents du travail.

Absentéisme



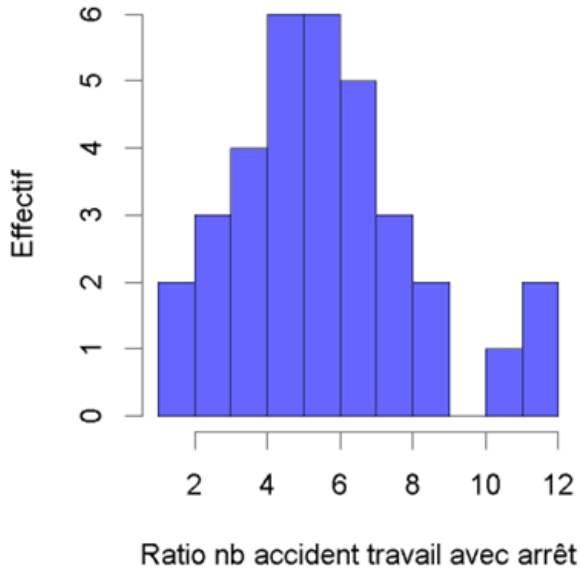


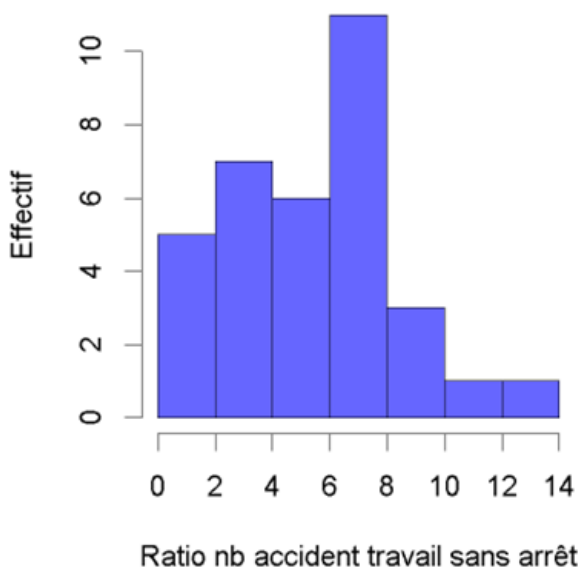
L'absentéisme lié à la maladie ordinaire était calculé via le quotient du nombre de jours effectifs d'absence x 100 par le nombre d'ETP annuel x 365. Il était calculé sur toutes les structures de soins des secteurs, ainsi que sur les seuls services d'hospitalisation à temps plein des secteurs.

La médiane de l'absentéisme global était à 5 %, avec un minimum à 2 % et un maximum à 11 %. La répartition de l'absentéisme en hospitalisation temps plein était plus étendue, avec une médiane de 6 %, avec un minimum de 1 % et un maximum de 13 %.

Un absentéisme important était corrélé avec un nombre important de personnels par lits, ainsi qu'avec un nombre de lits faible pour 100 000 habitants.

Accidents du travail





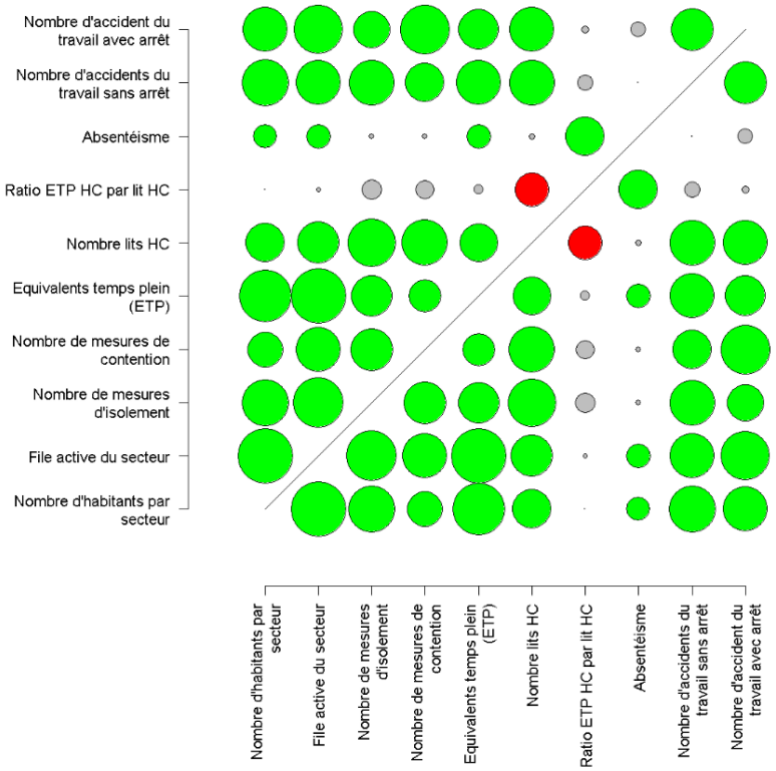
Il s'agissait du nombre d'accidents du travail avec ou sans arrêt de travail, ainsi que du nombre de jours d'accidents du travail. Afin de pouvoir assurer une comparaison entre secteurs de tailles très différentes, ces chiffres ont été rapportés sur 100 ETP.

Le nombre d'accidents sans arrêt avait une médiane de 5,5 pour 100 ETP, avec un minimum de 0,84 et un maximum de 12,49.

Le nombre d'accidents avec arrêt avait une médiane de 5,5 pour 100 ETP, avec un minimum de 1,67 et un maximum de 11,28. Il y avait une médiane de 142 journées d'arrêt pour ces accidents.

3/ Corrélations principales

Corrélogramme des variables brutes



Coefficient de corrélation de Pearson
(Rayons des cercles proportionnels à la valeur du coefficient de corrélation)

Gris : Coefficient non significatif
Vert : Corrélation positive significative
Rouge : Corrélation négative significative

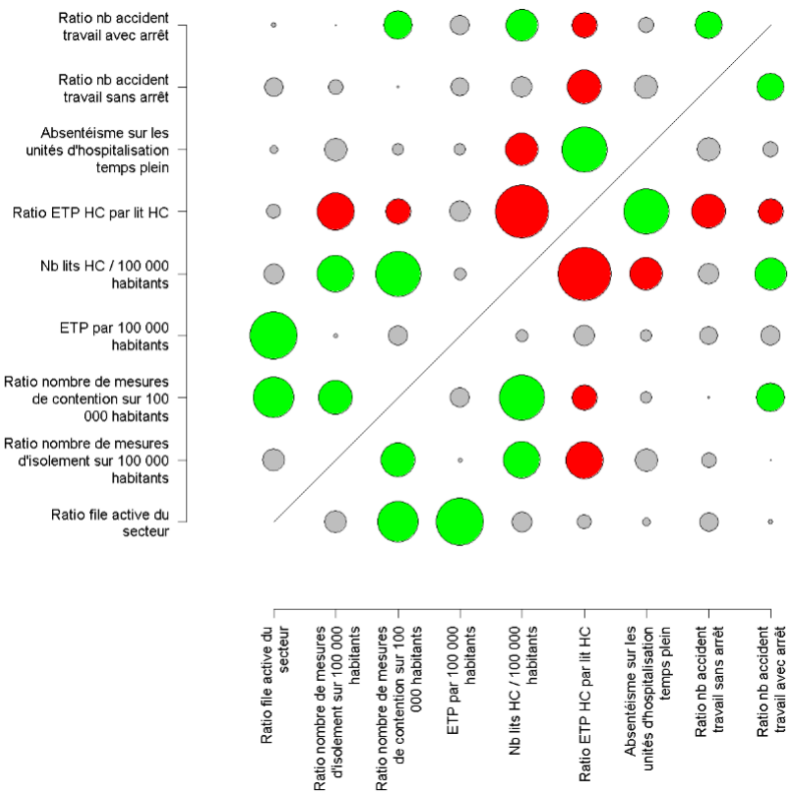
Cette analyse des coefficients de corrélation entre les variables recueillies au niveau brut n'avait pas d'intérêt majeur. On y constatait en effet que la plupart du modèle s'expliquait par un effet taille du secteur. Ainsi un secteur couvrant une population importante, avait une file active importante, beaucoup de lits et de personnels, beaucoup de mesures d'isolement et de contention et d'accidents du travail.

Seules deux variables n'avaient pas cet effet taille systématique. Il s'agissait de l'absentéisme, lié à la population du secteur, la file active et les ETP, mais pas aux mesures de contrainte ou aux accidents du travail. La variable des ETP par lit n'était, elle, reliée à rien, en dehors d'une corrélation inverse avec le nombre de lits.

Corrélogramme des variables pondérées par la taille du secteur

Coefficient de corrélation de Pearson
(Rayons des cercles proportionnels à la valeur du coefficient de corrélation)

Gris : Coefficient non significatif
Vert : Corrélation positive significative
Rouge : Corrélation négative significative



Les corrélations entre les variables pondérées par la taille du secteur ont été détaillées plus haut.

4/ Résultats des établissements par secteur

Synthèse des résultats préliminaires de l'étude RPSY, basée sur les données des DIM et des RH de l'année 2019

Etablissement et secteur	Nombre d'habitants par secteur	Nb lits	File active du secteur	SSC*	Nombre de mesures d'isolement	Nombre de mesures de contention	Equivalents temps plein (ETP)	ETP par lit	Proportion des ETP hospitaliers	ETP H par lit	Absentéisme	Absentéisme en hospitalisation temps plein	Nombre d'accidents du travail sans arrêt	Nombre d'accident du travail avec arrêt	Nombre total d'accidents du travail	Nombre de jours d'arrêt pour accident du travail
EPSM Lille Métropole	**649 880**	**225**		**27,1%**	**497**	**302**	**900**	**4,00**	**59,8%**	**2,39**	**7,4%**	**8,0%**	**22**	**58**	**80**	**2023**
POLE PEVELE ET CAREMBAULT	138 910	39	3 943	21,3%	43	52	164	4,21	60,2%	2,53	6,2%	7,2%	7	12	19	480
POLE TOURQUENNOIS	120 772	66	4 533	35,8%	147	73	171	2,59	64,0%	1,66	9,6%	8,7%	3	15	18	454
SECTEUR G07	71 150	36	2 827	26,7%	78	70	130	3,62	71,4%	2,59	6,9%	7,9%	4	8	12	263
SECTEUR G18	84 010	28	2 678	17,7%	62	5	104	3,72	60,7%	2,26	5,1%	6,1%	3	7	10	222
SECTEUR G19	81 749	23	1 921	25,5%	45	40	98	4,24	64,5%	2,74	7,2%	7,8%	2	4	6	221
SECTEUR G20	72 675	23	2 315	32,2%	56	35	100	4,37	60,7%	2,65	5,3%	4,9%	2	5	7	65
SECTEUR G21	88 864	10	3 217	31,7%	1	1	119	11,92	37,0%	4,42	11,3%	12,8%	1	6	7	315
EPSM Val de Lys-Artois (Saint-Venant)	**463 986**	**218**		**22,9%**	**670**	**217**	**505**	**2,31**	**71,3%**	**1,65**	**8,9%**	**8,5%**	**34**	**26**	**60**	**2543**
Secteur du Ternois	53228	30	1 411	18,3%	45	8	70	2,35	80,4%	1,89	6,1%	6,4%	5	4	9	99
UNITE INTERSECTORIELLE POLE ALR	278465	132	9 018	22,1%	375	170	290	2,20	67,3%	1,48	9,1%	9,0%	29	21	50	2336
UNITE INTERSECTORIELLE POLE AUDOMAROIS	132293	56	4 959	26,4%	250	39	144	2,57	74,5%	1,92	8,6%	9,9%	5	5	10	207
CH Guillaume Régnier	**882 986**	**582**		**26,4%**	**970**	**597**	**892**	**1,53**	**54,0%**	**0,83**	**3,7%**	**4,6%**	**61**	**73**	**134**	**2221**
SECTEUR G04	69 380	40	1 919	45,9%	139	75	72	1,81	49,5%	0,89	3,5%	4,8%	4	4	8	132
SECTEUR G05	70 283	70	2 118	26,9%	77	58	90	1,28	49,4%	0,63	4,7%	4,6%	5	6	11	285
SECTEUR G06	86 359	49	2 071	27,5%	37	23	76	1,56	47,6%	0,74	3,4%	4,3%	6	6	12	71
SECTEUR G07	80 001	103	1 956	39,6%	107	50	80	0,77	40,8%	0,32	2,7%	3,5%	4	9	13	302
SECTEUR G08	89 442	60	2 352	31,2%	103	55	88	1,47	56,6%	0,83	4,2%	4,6%	1	5	6	35
SECTEUR G10	55 019	45	1 709	33,3%	44	33	84	1,87	47,5%	0,89	1,6%	2,3%	4	4	8	426
SERVICE DE PSYCHIATRIE GENERALE G09	97 635	96	2 271	36,5%	126	69	108	1,13	66,4%	0,75	6,4%	8,0%	12	9	21	266
SHU PSYCHIATRIE GENERALE G03 G12 KRAEPELIN	128 079	119	3 527	20,7%	187	116	127	1,07	50,6%	0,54	2,9%	3,7%	12	13	25	279
CH de Rouffach	**369006**	**296**		**33,0%**	**647**	**162**	**587**	**1,98**	**62,3%**	**1,24**	**2,4%**	**2,3%**	**40**	**26**	**66**	**758,2**
POLE 2/3	131 791	102	4 163	36,1%	222	54	189	1,85	64,9%	1,20	3,6%	3,0%	13	9	22	84
POLE 8/9	110 119	86	5 099	32,3%	188	78	210	2,44	62,8%	1,54	1,9%	2,7%	13	7	20	271
POLE LTD - 4/5	127 096	108	4 346	30,6%	237	30	189	1,75	59,1%	1,03	1,8%	0,9%	14	10	24	403
EPS Barthélemy Durand	**707 180**	**252**		**44,0%**	**650**	**34**	**998**	**3,96**	**59,7%**	**2,37**	**4,4%**	**5,0%**	**51**	**35**	**86**	**897**
Chaslin G01	85 287	30	1 596	37,5%	126	4	66	2,20	74,1%	1,63	5,3%	6,4%	3	2	5	13
Giacometti G08	61 537	25	1 147	43,9%	84	5	64	2,56	59,4%	1,52	5,8%	6,3%	8	4	12	48
Magnan G07	66 882	25	1 296	49,6%	58	2	75	3,01	59,2%	1,78	2,6%	3,2%	5	2	7	20
Moreau de Tours G05	71 775	25	1 159	40,4%	81	6	66	2,63	63,8%	1,68	3,3%	4,5%	5	3	8	38
Peupliers G06	67 062	25	1 173	46,2%	76	4	93	3,73	40,0%	1,49	4,6%	5,6%	2	2	4	26
Primevères G09	81 484	25	1 504	48,5%	76	6	63	2,53	64,3%	1,63	2,6%	2,8%	5	4	9	278
Regis G03	86 309	33	1 316	39,1%	55	3	86	2,61	57,3%	1,50	4,6%	6,8%	6	5	11	83
Seglas G02	90 459	31	1 471	47,1%	20	1	71	2,31	64,4%	1,48	3,1%	4,1%	7	8	15	245
Tilleuls G04	96 385	33	1 717	44,8%	74	3	64	1,94	64,1%	1,24	4,9%	5,5%	4	2	6	84
Hôpitaux Paris Est Val de Marne	**499 686**	**191**		**48,5%**	**369**	**2**	**649**	**3,40**	**55,8%**	**1,90**	**6,3%**	**9,4%**	**24**	**16**	**40**	**269**
75G01/02	101 486	36	2382	60,4%	50	0	183	5,08	41,0%	2,08	6,6%	11,1%	11	5	16	109
75G08/09	146 028	54	3242	50,4%	127	2	179	3,32	63,0%	2,09	7,6%	10,7%	6	3	9	94
75G10/11	140 237	64	2891	40,6%	82	0	200	3,13	66,0%	2,07	6,6%	7,7%	6	4	10	34
94G16	111 935	27	2114	46,1%	110	0	87	3,21	49,0%	1,57	4,3%	6,0%	1	4	5	32
Minimum	**53 228**	**10**	**1 147**	**17,7%**	**1**	**0**	**63**	**0,77**	**37,0%**	**0,32**	**1,6%**	**0,9%**	**1**	**2**	**4**	**13**
Maximum	**278 465**	**132**	**9 018**	**60,4%**	**375**	**170**	**290**	**11,92**	**80,4%**	**4,42**	**11,3%**	**12,8%**	**29**	**21**	**50**	**2 336**
Médiane	**87 612**	**37,5**	**2 195**	**36,0%**	**79,5**	**26,5**	**95**	**2,55**	**60,7%**	**1,55**	**4,8%**	**5,8%**	**5**	**5**	**10**	**169**
CH de Dijon**	**308500**	**187**		**25,4%**	**NA**	**NA**	**500**	**2,67**	**80,7%**	**2,16**	**4,9%**	**4,7%**	**18**	**14**	**32,0**	**386**
21G02	76 634	30	3 699	24,2%	NA	NA	110	3,68	83,6%	3,08	7,7%	8,8%	5	6	11,0	125
21G04	53 353	0	2 555	0,0%	NA	NA	56	NA	64,4%	NA	8,7%	2,9%	3	0	3,0	0
21G05	51 090	69	2 473	26,1%	NA	NA	76	1,10	73,5%	0,81	4,2%	4,9%	6	4	10,0	223
21G06	59 953	45	3 488	23,0%	NA	NA	109	2,42	89,2%	2,15	1,5%	2,2%	2	2	4,0	19
21G07	67 476	43	2 593	55,2%	NA	NA	60	1,40	56,4%	0,79	4,5%	2,2%	2	2	4,0	19

**SSC = Moyenne pondérée de la part des séjours sans consentement de l'unité (au moins 1 RPS avec mode légal ≠ 1) sur le nombre total de séjours de l'unité*

*** CH de Dijon exclu faute de données d'isolement et de contention*

Synthèse des résultats préliminaires de l'étude RPSY, basée sur les données des DIM et des RH de l'année 2019 (chiffres ramenés à la taille du secteur pour pouvoir les comparer entre eux)

Etablissement et secteur	Nb lits /100 000 hab	File active /100 000 hab	SSC*	Isolements /100 000 hab	Contentions /100 000 hab	ETP /100 000 hab	% ETP hospitaliers	Absentéisme	Absentéisme en hospitalisation temps plein	Accident travail sans arrêt /100 ETP	Accident travail avec arrêt /100 ETP	Accident travail total /100 ETP	Jours arrêts pour accident travail /100 ETP
EPSM Lille Métropole	**35**		**27,1%**	**76,5**	**46,5**	**138**	**59,8%**	**7,4%**	**8,0%**	**2,4**	**6,4**	**8,9**	**224,9**
POLE PEVELE ET CAREMBAULT	28	2 839	21,3%	31,0	37,4	118	60,2%	6,2%	7,2%	4,3	7,3	11,6	292,7
POLE TOURQUENNOIS	55	3 753	35,8%	121,7	60,4	142	64,0%	9,6%	8,7%	1,8	8,8	10,5	265,5
SECTEUR G07	51	3 973	26,7%	109,6	98,4	183	71,4%	6,9%	7,9%	3,1	6,1	9,2	201,6
SECTEUR G18	33	3 188	17,7%	73,8	6,0	124	60,7%	5,1%	6,1%	2,9	6,7	9,6	213,2
SECTEUR G19	28	2 350	25,5%	55,0	48,9	119	64,5%	7,2%	7,8%	2,0	4,1	6,1	226,4
SECTEUR G20	32	3 185	32,2%	77,1	48,2	138	60,7%	5,3%	4,9%	2,0	5,0	7,0	64,7
SECTEUR G21	11	3 620	31,7%	1,1	1,1	134	37,0%	11,3%	12,8%	0,8	5,0	5,9	264,2
EPSM Val de Lys-Artois (Saint-Venant)	**47**		**22,9%**	**144,4**	**46,8**	**109**	**71,3%**	**8,9%**	**8,5%**	**6,7**	**5,2**	**11,9**	**503,9**
Secteur du Ternois	56	2 651	18,3%	84,5	15,0	132	80,4%	6,1%	6,4%	7,1	5,7	12,8	140,6
UNITE INTERSECTORIELLE POLE ALR	47	3 238	22,1%	134,7	61,0	104	67,3%	9,1%	9,0%	10,0	7,2	17,2	805,5
UNITE INTERSECTORIELLE POLE AUDOMAROIS	42	3 748	26,4%	189,0	29,5	109	74,5%	8,6%	9,9%	3,5	3,5	6,9	143,6
CH Guillaume Régnier	**66**		**26,4%**	**109,9**	**67,6**	**101**	**54,0%**	**3,7%**	**4,6%**	**6,8**	**8,2**	**15,0**	**249,0**
SECTEUR G04	58	2 766	45,9%	200,3	108,1	104	49,5%	3,5%	4,8%	5,5	5,5	11,1	182,1
SECTEUR G05	100	3 014	26,9%	109,6	82,5	128	49,4%	4,7%	4,6%	5,6	6,7	12,2	316,7
SECTEUR G06	57	2 398	27,5%	42,8	26,6	89	47,6%	3,4%	4,3%	7,9	7,9	15,7	92,6
SECTEUR G07	129	2 445	39,6%	133,7	62,5	100	40,8%	2,7%	3,5%	5,0	11,3	16,3	378,1
SECTEUR G08	67	2 630	31,2%	115,2	61,5	99	56,6%	4,2%	4,6%	1,1	5,7	6,8	39,5
SECTEUR G10	82	3 106	33,3%	80,0	60,0	153	47,5%	1,6%	2,3%	4,8	4,8	9,5	506,1
SERVICE DE PSYCHIATRIE GENERALE G09	98	2 326	36,5%	129,1	70,7	111	66,4%	6,4%	8,0%	11,1	8,3	19,4	245,6
SHU PSYCHIATRIE GENERALE G03 G12 KRAEPELI	93	2 754	20,7%	146,0	90,6	99	50,6%	2,9%	3,7%	9,4	10,2	19,7	219,1
CH de Rouffach	**80**		**33,0%**	**175,3**	**43,9**	**159**	**62,3%**	**2,4%**	**2,3%**	**6,8**	**4,4**	**11,2**	**129,1**
POLE 2/3	77	3 159	36,1%	168,4	41,0	143	64,9%	3,6%	3,0%	6,9	4,8	11,7	44,4
POLE 8/9	78	4 630	32,3%	170,7	70,8	191	62,8%	1,9%	2,7%	6,2	3,3	9,5	129,1
POLE LTD - 4/5	85	3 419	30,6%	186,5	23,6	148	59,1%	1,8%	0,9%	7,4	5,3	12,7	213,8
EPS Barthélemy Durand	**36**		**44,0%**	**91,9**	**4,8**	**141**	**59,7%**	**4,4%**	**5,0%**	**5,1**	**3,5**	**8,6**	**89,9**
Chaslin G01	35	1 871	37,5%	147,7	4,7	77	74,1%	5,3%	6,4%	4,5	3,0	7,6	19,7
Giacometti G08	41	1 864	43,9%	136,5	8,1	104	59,4%	5,8%	6,3%	12,5	6,2	18,7	74,9
Magnan G07	37	1 938	49,6%	86,7	3,0	113	59,2%	2,6%	3,2%	6,6	2,7	9,3	26,6
Moreau de Tours G05	35	1 615	40,4%	112,9	8,4	92	63,8%	3,3%	4,5%	7,6	4,6	12,2	57,8
Peupliers G06	37	1 749	46,2%	113,3	6,0	139	40,0%	4,6%	5,6%	2,1	2,1	4,3	27,9
Primevères G09	31	1 846	48,5%	93,3	7,4	78	64,3%	2,6%	2,8%	7,9	6,3	14,2	439,3
Regis G03	38	1 525	39,1%	63,7	3,5	100	57,3%	4,6%	6,8%	7,0	5,8	12,8	96,3
Seglas G02	34	1 626	47,1%	22,1	1,1	79	64,4%	3,1%	4,1%	9,8	11,2	21,0	342,8
Tilleuls G04	34	1 781	44,8%	76,8	3,1	66	64,1%	4,9%	5,5%	6,2	3,1	9,4	131,2
Hôpitaux Paris Est Val de Marne	**38**		**48,5%**	**73,8**	**0,4**	**130**	**55,8%**	**6,3%**	**9,4%**	**3,7**	**2,5**	**6,2**	**41,4**
75G01/02	35	2 347	60,4%	49,3	0,0	180	41,0%	6,6%	11,1%	6,0	2,7	8,7	59,6
75G08/09	37	2 220	50,4%	87,0	1,4	123	63,0%	7,6%	10,7%	3,3	1,7	5,0	52,4
75G10/11	46	2 062	40,6%	58,5	0,0	143	66,0%	6,6%	7,7%	3,0	2,0	5,0	17,0
94G16	24	1 889	46,1%	98,3	0,0	77	49,0%	4,3%	6,0%	1,2	4,6	5,8	36,9
Minimum	**11**	**1 525**	**17,7%**	**1,1**	**0,0**	**66**	**37,0%**	**1,6%**	**0,9%**	**0,8**	**1,7**	**4,3**	**17,0**
Maximum	**129**	**4 630**	**60,4%**	**200,3**	**200,0**	**191**	**80,4%**	**11,3%**	**12,8%**	**12,5**	**11,3**	**21,0**	**805,5**
Médiane	**44**	**2 537**	**36,0%**	**103,9**	**25,1**	**115**	**60,7%**	**4,8%**	**5,8%**	**5,5**	**5,4**	**10,1**	**142,1**
CH de Dijon	**61**		**25,4%**	**NA**	**NA**	**162**	**80,7%**	**4,9%**	**4,7%**	**3,6**	**2,8**	**6,4**	**77,2**
21G02	39	4 827	24,2%	NA	NA	144	83,6%	7,7%	8,8%	4,5	5,4	10,0	113,2
21G04	0	4 789	0,0%	NA	NA	106	64,4%	8,7%	2,9%	5,3	0,0	5,3	0,0
21G05	135	4 840	26,1%	NA	NA	149	73,5%	4,2%	4,9%	7,9	5,2	13,1	292,6
21G06	75	5 818	23,0%	NA	NA	181	89,2%	1,5%	2,2%	1,8	1,8	3,7	17,5
21G07	64	3 843	55,2%	NA	NA	89	56,4%	4,5%	2,2%	3,3	3,3	6,6	31,5

**SSC = Moyenne pondérée de la part des séjours sans consentement de l'unité (au moins 1 RPS avec mode légal ≠ 1) sur le nombre total de séjours de l'unité*

*** CH de Dijon exclu faute de données d'isolement et de contention*

2.4 Commentaires et conclusions

2.4.1 Commentaires

1/ Résultats principaux

Les données ont été analysées pour six établissements et dans 34 « secteurs », pouvant correspondre à un secteur classique, ou un regroupement de secteurs ou à un pôle, selon le choix de l'établissement.
Les chiffres montraient des modes de fonctionnement et des pratiques de la contrainte extrêmement variables d'un établissement à l'autre et même au sein d'un même établissement d'un secteur à l'autre.

Un nombre de lits important était lié à davantage d'isolements, de contentions et d'accidents du travail, mais moins d'absentéisme. Un nombre important d'ETP par lits était lié à moins d'isolements, de contentions et d'accidents du travail

Cette phase quantitative exploratoire de l'étude RPSY a été difficile à mener à son terme, nécessitant beaucoup d'énergie pour recueillir des données moins complètes que ce qui était initialement prévu.

2/ Avantages et limites

Une telle étude croisant données du PMSI psychiatrie et données des ressources humaines n'avait encore jamais, à notre connaissance, été réalisée. Elle n'a cependant pas été simple à mener. Alors que nous pensions récupérer des données faciles d'accès, cela a pris beaucoup plus de temps que prévu, et la fiabilité des données finales restait interrogeable. Les comparaisons entre établissements, mais également l'analyse exploratoire qui croisait les pratiques de contrainte et les autres données étaient donc à interpréter avec la plus grande prudence.

Par ailleurs, les variables sélectionnées pour illustrer les conséquences des risques psychosociaux n'étaient qu'un marqueur indirect et biaisé de ces risques, mais il s'agissait des seules données disponibles dans tous les établissements.

3/ Difficultés à recueillir des données issues de sources différentes en psychiatrie publique

Malgré un travail en amont du recueil des données, avec plusieurs réunions entre le CCOMS et les établissements, les données ont été extrêmement difficiles à récupérer. Une des hypothèses est que la réalisation de réunions globales en visioconférences (contexte de confinement), n'a pas permis à toutes les personnes clés des établissements d'exprimer leurs potentielles difficultés sur les variables à recueillir ; il est possible que ceux qui savaient extraire les données ont donné leur accord et participé à la discussion des définitions de variables, tandis que les autres sont restés en retrait de la discussion, sans qu'on puisse repérer les personnes et les établissements concernés.

La réalisation de réunions préalables au lancement d'une telle étude reste une bonne idée, mais le format est à revoir. Des réunions individuelles pour chaque établissement semblent indispensables. Cela permettrait d'éviter l'écueil des personnes en retrait. Cela devrait

permettre également de réunir l'ensemble des personnes clé de l'établissement, afin de coordonner la construction d'une structure d'établissement commune à tous les services de l'établissement, qui nous a fait défaut en début d'étude.
Par ailleurs, nous savons désormais que si certaines données sont recueillies en routine dans les établissements, elles ne sont pas forcément exportables automatiquement *a posteriori*. L'exploitation de ces données nécessite du temps de la part des établissements, et il semble donc nécessaire d'avoir des objectifs modérés, avec un nombre de variables limité.

Dans cette étude, les données concernant la mesure de la contrainte sont à prendre avec beaucoup de précaution. Outre le taux de soins sans contention, inexploitable ici, il faut également faire attention aux mesures de contention et d'isolement. Initialement, nous devions recueillir le nombre de ces mesures, mais aussi leur durée. En effet, la durée des isolements et des contentions peut être très variable, de quelques minutes à plusieurs semaines. Il existe un biais à comparer un établissement qui aurait des mesures très courtes et un autre qui aurait des mesures très longues. Malheureusement, la durée des mesures de contention et d'isolement était assez mal renseignée dans les registres, et il a fallu se limiter au nombre de mesures, tel qu'il est présenté dans ce rapport. Les retours des établissements nous permettent néanmoins de penser que la qualité du recueil du registre s'est grandement améliorée ces dernières années.

Enfin, cette phase de l'étude RPSY était une étude exploratoire : l'objectif était d'explorer les données, plutôt que de confirmer des hypothèses statistiques. C'est pourquoi nous nous sommes permis de croiser les données de contrainte avec toutes les autres variables disponibles, sans hypothèses particulières sur ces dernières. La normalité des variables n'a pas été testée avant de faire les tests des coefficients corrélation ; le coefficient de corrélation de Pearson n'ayant pas de condition de validité mais seulement des limites d'interprétation dans certaines situations en cas de non-normalité (on peut avoir une corrélation forte et un coefficient de corrélation très faible).

4/ Structure des établissements de psychiatrie publique

L'hétérogénéité dans l'organisation des services et secteurs de psychiatrie est la conséquence de la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) de 2009 et de l'organisation de la médecine par pôles, imposant ce modèle à la sectorisation psychiatrique. De nombreux hôpitaux ont conservé l'organisation en secteurs, plus logique du fait de la proximité nécessaire pour les pratiques. Certains ont fusionné les secteurs en pôles, d'autres ont créé des pôles en maintenant les secteurs qui les composaient, et enfin, d'autres ont créé un pôle par secteur. La diminution démographique des psychiatres depuis quelques années a accéléré le fonctionnement en pôles. Ceci n'aide pas les analyses, d'autant que certains pôles regroupent les hospitalisations sous contrainte ou libres des secteurs qui le composent.

Le plus simple est de considérer que le fonctionnement en « secteur » est l'unité pertinente, d'autant que les inflexions récentes tendent à remettre sur le devant de la scène les secteurs et services, et que c'est la même équipe de soins de l'ambulatoire à l'hospitalisation.

5/ Lien entre contrainte, ETP et nombre de lits

Il apparaît que le nombre de lits installés est la variable la plus pertinente pour expliquer le nombre d'isolements, de contentions, d'accidents de travail avec arrêt. Elle semble l'être davantage que les ETP, qui jouent eux aussi un rôle, dans le sens inverse du nombre de lits.

Pour les ETP, il semble évident dans les pratiques qu'un établissement gèrera le nombre d'ETP par unité. Par exemple, cinq ETP présents pour 10, 25, ou 35 lits dans la même unité a des conséquences de fonctionnement très importantes, surtout si l'unité est fermée et si elle comporte des chambres d'isolement. A noter que certains secteurs reçoivent toutes les personnes dans le même lieu ouvert, et d'autres accueillent tous les patients dans des unités fermées, et parfois semi ouvertes, semi fermées. Cette variable aurait aussi pu être prise en compte, mais il aurait fallu se rendre sur place pour l'illustrer sans trop de biais et éviter un déclaratif qui ne correspond pas toujours aux pratiques réelles.

Le fait de travailler sur des « secteurs » parfois regroupés nous a donné un nombre relativement faible d' « unités statistiques» à analyser. La puissance des tests de corrélation s'en est donc retrouvée limitée. Le faible nombre d'unités statistiques (N=34) ne nous permet pas de réaliser des modèles de régression statistiques avec de nombres variables explicatives. Par ailleurs, cette étude n'avait pas initialement vocation à tester la moindre hypothèse. Néanmoins, devant les liens observés entre mesures de contraintes, nombre de lits et ETP par lit, nous avons réalisé une analyse complémentaire mettant ces deux variables explicatives dans un modèle de régression linéaire. Dans ces modèles, le nombre de lits par 100 000 habitants reste significativement lié à la contention (OR = 0,95 ; IC [0,38 ; 1,52)] et à l'isolement (OR = 0,76 ; IC [0,42 ; 1,10]), à nombre d'ETP par lit constant. En revanche, le nombre d'ETP par lit n'est plus significatif (OR = -0,05 ; IC [-0,53 ; 0,44] et OR = 0,18 ; IC [- 0,12 ; 0,47] respectivement pour la contrainte et pour l'isolement). Cela semble souligner un peu plus l'importance du nombre de lits dans les mesures de contrainte, mais nécessite un travail complémentaire afin de confirmer cette hypothèse.

6/ Lits, personnels, contraintes et politique de sectorisation

Les résultats doivent nous faire réfléchir sur la politique de sectorisation et son lien entre besoins de la population et réponses en termes d'offre de soins, mais aussi d'organisation des soins et accès aux soins, en lien avec les mesures coercitives et la stigmatisation qui y est liée.

Depuis 60 ans, la politique de sectorisation en France n'a pas résolu ces questions. Les moyens mis à disposition de la psychiatrie restent très hétérogènes et la réponse aux besoins de la population très fluctuante. Quoique les différences se soient réduites, passant de 1 à 3 (antérieurement de 1 à 5) en 30 ans, cette étude atteste d'inégalités encore flagrantes.

Malgré l'effort inhérent à la politique de sectorisation pour réduire les hospitalisations et le nombre de lits, ce dernier reste encore conséquent. Certains lits sont occupés par des personnes au long cours, d'autres par des personnes qui ne peuvent sortir de l'hôpital rapidement du fait de décisions préfectorales. Les durées moyennes de séjours sont très variables, et beaucoup de pavillons sont fermés pour accueillir les mesures de contraintes. Jusqu'aux années 2010, les isolements et contentions étaient ignorées et non illustrées, voire passées sous silence dans de nombreux hôpitaux. Ce n'est qu'avec la loi de 2016, et avec l'action du CGLPL que la situation est devenue visible et commence à être documentée. Mais le lien de la qualité de vie au travail, autre question d'actualité, avec les modifications de la valeur travail et avec la crise Covid, n'avait pas encore été appréhendé. Là aussi, pour avoir des données fiables et significatives, cela n'est pas facile (cf. plus haut). Nous avons dû réduire considérablement les ambitions que nous nous étions fixées au départ pour ne prendre que des données par secteur. Aller plus finement par unité ou catégorie socioprofessionnelle nécessiterait une étude en soi. Or l'intérêt est ici de pouvoir analyser des données standardisées, pour espérer les disséminer par la suite.

Des donnés comme le *turn over*, l'âge moyen des personnels ou leur ancienneté dans le secteur, n'a pas été possible à relever systématiquement. Toujours est-il qu'à l'avenir, un rapprochement des DIM et RH devrait être utile pour le pilotage des secteurs.

Même si des résultats intéressants émergent aujourd'hui de cette étude, ils devront être fortifiés par la suite. Ils devront être complétés par l'orientation générale de l'établissement et du service, et en particulier de la philosophie du chef de secteur qui reste un facteur clef, tel que nous avons pu observer dans toutes les expériences pilotes en France, repérées avec le GCS de recherche et de formation. Là aussi, il faudrait créer une variable qui ne pourrait être remplie qu'avec l'aide d'un chercheur externe aux établissements pour la quantifier objectivement.

Diminuer les lits va dans le sens de la politique de sectorisation, et est lié à la dynamique des équipes et du chef de pôle. C'est travailler résolument dans la communauté, c'est réduire les durées de séjour, et limiter les enfermements dans un système contraint. Les risques de passage à l'acte sont d'autant plus grands que le système est fermé. Si la liberté fait partie de la thérapie, il y a dans notre système de soins psychiatriques une contradiction que la psychiatrie ne peut résoudre seule, mais qui met en tension les pratiques. Les psychiatres nous disent souvent qu'ils sont contraints à la contrainte pour des raisons médico légales. N'empêche que dans ce système contraint, les réponses restent multiples.

Ces résultats sont aussi à mettre en perspective avec l'étude sur les Soins sur décision d'un représentant de l'état (SDRE) et l'Hospitalisation d'office (HO) que nous avions menée sur 114 secteurs de quatre régions françaises, les taux d'HO variant de 1 à 10 suivant les régions. Elle a montré, un lien entre taux de HO élevés et un nombre de lits élevé, des durées moyennes de séjour à l'hôpital importantes, un nombre de personnels et de psychiatres élevé, des files actives faibles et une organisation plus centrée sur l'hôpital que dans la communauté (Roelandt et *al.*, 2017).

Si ces résultats se confirment, ils devraient orienter les politiques vers des services de psychiatrie plus petits, avec un fort suivi communautaire, qui permettrait de diminuer à la fois les pratiques restrictives des libertés et améliorer les droits de l'homme mais aussi bénéficier à l'ensemble du personnel de soins.

2.4.2 Conclusions

Nous avons été mis en face de chiffres montrant une hétérogénéité très importante entre secteurs, pôles et services de psychiatrie. Hétérogénéité tant dans la taille des secteurs, de 55 000 à 135 000 habitants desservis, et ramenée à 100 000 habitants, pour les files actives de 1 500 à 4 500, les isolements de 1 à 200, les contentions de 0 à 108, les lits de 11 à 139, les équivalents temps plein de personnels de 66 à 139, et les données RH ramenées à 100 ETP, l'absentéisme de 2 à 13 jours par agent, les accidents du travail de 0,84 à 12,49 jours, les accidents de travail avec arrêt de 1,67 à 11,28. Les secteurs sont inégaux entre eux et souvent à l'intérieur d'un même établissement, même s'il existe des différences entre établissements globalement.

Des hypothèses semblent se dégager de cette étude préliminaire exploratoire autour d'un lien entre mesures de contrainte, isolement et contention et un nombre plus faible de personnels par lit, mais aussi et surtout entre la contrainte et le nombre de lits lui-même, confirmée par une première analyse bivariée. Un grand nombre de lits dans le secteur pourrait entrainer une plus forte utilisation des pratiques de contention et d'isolement, plus que le nombre d'ETP par lits.

Et un nombre important de contentions serait lié à un nombre plus important d'accidents de travail avec arrêts.

Quoiqu'il en soit, il sort de cette première analyse que plus le nombre de lits est élevé, plus il y a de (mal)chance pour les usagers d'être isolés, contenus, et pour les personnels de signaler un accident de travail avec arrêt. Un nombre de lits faible rime avec absentéisme élevé, plus d'ETP par lits, mais moins d'accidents de travail avec ou sans arrêt.

Néanmoins, les données de cette étude sont fragiles compte-tenu du contexte de leur recueil et des difficultés rencontrées. Recueillir les mêmes données sur l'année 2022 sur les mêmes établissements permettrait de conforter nos hypothèses, et de réintégrer la notion essentielle des soins sans consentement, qui n'a pas pu être évaluée ici. Si les mêmes résultats sortaient de l'étude 2022, nous pourrions dans un second temps nous servir des données PMSI et RH en étendant le recueil à d'autres établissements, avec un protocole légèrement modifié, afin d'avoir une plus grande puissance statistique et davantage de secteurs, ce qui permettrait de tester les hypothèses élaborées ici. Si ces résultats se confirmaient, ils pourraient guider les politiques publiques dans un pays où le nombre de lits par habitants est un des plus élevés au monde.

Partie III : Du vécu de la contrainte aux préconisations des soignants pour en réduire l'usage et améliorer la QVT/qualité des soins : résultats de l'étude qualitative approfondie

L'ensemble des résultats présentés ci-dessus confortent la pertinence de notre proposition d'engager une étude qualitative sur deux sites présentant des configurations-types selon les pratiques de soins (recours faible/fort à la contrainte) pour approfondir avec des soignants, le vécu des pratiques de soins, notamment la contrainte, et ses effets sur la santé mentale/souffrance au travail, afin d'identifier les facteurs et processus en jeu, et de co-élaborer des pistes et propositions d'actions visant à améliorer la QVT des soignants et la qualité des soins des usagers des services.

Cette partie en livre les principaux résultats au travers de trois chapitres.

Le premier chapitre rend compte des conditions d'engagement et de faisabilité de cette étude qui n'a pu aboutir que sur l'un des deux sites auxquels elle a été proposée, en l'occurrence l'EPS Barthélemy Durand.

Le second chapitre présente, pour ce terrain principal, les modalités de mise en œuvre de la démarche participative proposée dans le cadre d'un *focus group* investi comme un espace de travail collaboratif avec des soignants volontaires de l'EPS B. Durand qui ont accepté de s'engager dans ce volet de la recherche, soutenus et accompagnés par une sociologue et une stagiaire en sciences de l'éducation rattachées au GCS-CCOMS, et la manière dont le groupe s'en est saisi et emparé.

Le troisième et dernier chapitre présente, d'abord, l'aboutissement de la démarche, à savoir le document de travail co-produit avec les soignants, contenant les principales propositions d'actions issues de la dynamique de réflexion et de co-construction collective engagée dans le *focus group*. Il ouvre, ensuite, sur les suites données à ce travail au regard des attentes des participants, les pistes et perspectives qui se dessinent, et les enjeux restant à relever.

I/ Conditions d'engagement et de faisabilité

1.1 Phasage et choix des sites

Rappelons que l'engagement de cette étude qualitative centrée sur deux sites présentant des configurations-types en fonction des pratiques de soins (faibles/forts taux de recours aux mesures de contrainte) dépendait de l'avancée de la première phase de la recherche dont les premiers résultats ont été disponibles en mai 2022.

L'encadré 5 ci-dessous précise les critères d'inclusion et d'exclusion ayant présidé au choix des deux sites.

<u>Encadré 5</u> : Critères d'inclusion et d'exclusion à la base du choix des sites

Plusieurs indicateurs/critères d'inclusion (parmi ceux alors disponibles/recueillis et fournis par les EPSM) ont été retenus pour sélectionner les sites :

- Les données DIM et RH, notamment les taux de soins sans consentement, taux d'isolement et taux de contention, la répartition des effectifs ETP entre intra/extrahospitalier, les taux d'arrêts de travail, ont permis d'opérer un premier tri et de retenir plusieurs EPSM/services présentant des configurations contrastées sur le plan des pratiques de soins (faible ou fort taux d'isolement et/ou de contention).

- Les photographies/ambiances de la qualité de vie et des conditions de travail et de la santé perçue au sein des EPSM établies via les résultats de l'enquête SATIN, avec un focus sur les EPSM préalablement identifiés, sans négliger les autres EPSM, et l'identification des variables principales pour déterminer le choix des deux sites (score global du contexte organisationnel + santé perçue pour déterminer voir si des catégories de professionnels ressortaient ou en lien avec les conditions de travail ou recours à la contrainte ou services d'intra/unités fermées).

- Les monographies construites sur la base des données qualitatives recueillies lors de l'étude qualitative préliminaire ont permis d'abonder dans le même sens et de conforter ces choix.

Les critères d'exclusion qui ont été définis sont les suivants :

- Données DIM et RH trop incomplètes, malgré des relances et délais supplémentaires accordés.

L'analyse croisée des résultats disponibles a conduit à retenir deux sites : le CH G. Régnier, de grande taille (+ ou – 2 500 salariés), et l'EPS B. Durand, de taille moyenne (+ ou – 1 500 salariés)[93], présentant des configurations contrastées sur le plan des pratiques des soins – le tableau ci-dessous en donne un aperçu.

[93] Il nous est apparu important de retenir le critère de taille des établissements qui paraît constituer une ligne de clivage importante, les établissements de grande taille se caractérisant, par comparaison à ceux de taille moyenne, par des tensions sensiblement plus fortes en personnel, soignant et médical, retentissant sur les conditions de travail, décrites comme plus difficiles ou plus dégradées, mais également par des relations sociales plus tendues voire conflictuelles avec certaines organisations syndicales.

Indicateurs*/ EPSM	**Terr. géodémographique File active (FA) / secteur / 100000 hab.**	**Nbre lits / 100000 hab.**	**ETP / 100000 hab.**	**% ETP hospitaliers**	**Moy. Part séjour SSC/ 100000 hab.**	**Ratio nbre ISO/ 100000 hab.**	**Ratio nbre CT/ 100000 hab.**	**Taux moyen absentéisme total /HTP**	**Nbre AT sans/avec arrêt/ 100 ETP**
EPS B. DURAND	707 180 FA entre 1 500 & 2 000	36	141	59,7	44	91,9	4,8	4,4 / 5	5,1 / 3,5
CH G. REGNIER	882 986 FA entre 2 300 et 3 100	66	101	54	26,4	109,9	67,6	3,7 / 4,6	6,8 / 8,2
EPSM PARTICI-PANTS (écart : mini-maxi)	308 500 Dijon - 882 986 Rennes	35 Lille - 80 Rouffach	101 Rennes - 159 Rouffach	54 Rennes - 71,3 Val de Lys Artois	22,9 St-Venant / 48,5 GHT94	76,5 Lille - 203,5 GHT94	0,4 GHT94 - 67,6 Rennes	2,4 / 2,3 Rouffach - 8,9 / 8,5 St-venant	2,4 Lille-6,8 Rennes / 2,5 GHT94-8,2 Rennes

*D'après les indicateurs RH et DIM disponibles en décembre 2022, qui restent à interpréter avec précaution mais permettent de repérer les grandes tendances dans les EPSM participants.

Sur le plan des pratiques de soins, si l'on se fie aux données DIM (dont nous n'ignorons pas qu'elles présentent des limites – traçabilité inégale et imparfaite), les secteurs/pôles de psychiatrie adulte et filière intersectorielle de ces deux établissements couvrent un territoire géo-démographique parmi les plus étendus et les plus importants des établissements participants (plus de 707 000 habitants pour l'EPS B. Durand, et près de 883 000 habitants pour le CH G. Régnier). Pour 100 000 habitants, le CH G. Régnier compte un nombre plus important de lits et un nombre d'ETP moins élevé que l'EPS B. Durand (respectivement 66 lits contre 36, et 101 ETP contre 141). La distribution des ETP au sein de ces deux établissements est à peu près comparable mais la proportion des ETP hospitaliers est plus élevée à l'EPS B. Durand qu'au CH G. Régnier (respectivement 59,7 % contre 54 %).

Par ailleurs, le CH G. Régnier est un établissement dont la part des séjours sans consentement semble plutôt basse (26,4 %) par rapport aux autres établissements participants. Dans le même temps, cet établissement enregistre un des taux de mesures de contention les plus élevés (67,6 %), alors que le taux de mesures d'isolement se situe dans une fourchette intermédiaire plutôt basse (109,9 %). Par contraste, l'EPS B. Durand fait partie des établissements dont le taux des séjours sans consentement se situe plutôt dans la fourchette haute (44 %), et dans le même temps, il enregistre des taux de mesures d'isolement et, surtout, de contention parmi les plus faibles (respectivement 91,9 % et 4,8 %) – soit des résultats assez remarquables, dans le sens positif du terme.

Enfin, si l'on se fie aux données RH (dont le niveau de fiabilité interroge également), les taux d'absentéisme sont dans ces établissements plutôt moins élevés que dans les autres établissements participants. En revanche le nombre d'accidents du travail sans arrêt pour 100 ETP n'y est pas négligeable par comparaison aux autres établissements et le CH G. Régnier est

l'établissement qui enregistre des nombres d'accidents du travail avec et sans arrêt pour 100 ETP les plus élevés des établissements participants.

1.2 Conditions de mise en œuvre de la démarche proposée

La démarche proposée (présentée dans l'encadré 6) a été soumise fin juin 2022 aux deux sites, libres à eux de s'en emparer, avec la possibilité de faire évoluer au besoin la méthodologie aux réalités du terrain et à ce qui leur apparaissait faisable – par exemple la possibilité de constituer un groupe composé de soignants issus d'un même service ou bien de plusieurs services et secteurs a été laissée à l'appréciation des directions.

Encadré 6 : Démarche proposée pour mettre en œuvre ce volet de la recherche

Dans ce volet qualitatif approfondi, il s'agira de saisir le vécu des soignants à partir de leur expérience des pratiques de soins recourant à la contrainte (isolement, contention) et de leur impact sur la santé (physique, mentale) au travail, et d'aboutir à l'élaboration de pistes-solutions qui permettraient d'améliorer la qualité de vie au travail et la qualité des soins (et réciproquement).

A cette fin, la méthodologie, essentiellement qualitative, repose sur cinq séances de travail en *focus group* et sur une quinzaine d'entretiens semi-directifs avec des soignants (infirmiers, aides-soignants) intéressés par ce travail.

Modalités pratiques d'organisation du travail :

1/ Le *focus group*

Constituer un groupe composé de 6 à 12 soignants (infirmiers, aides-soignants, pas de supérieur ou de responsable hiérarchique) volontaires pour s'inscrire dans la démarche proposée.

Deux possibilités :
- Soit constituer un groupe intersectoriel, avec des infirmiers et des aides-soignants issus de différents services/unités d'intra ;
- Soit constituer un groupe composé d'infirmiers et d'aides-soignants d'un même secteur ou d'un même service d'intra.

Réunir ce groupe à raison de 5 séances de 2h à programmer entre septembre/octobre 2022 et février 2023 (soit environ une séance par mois). Le calendrier des séances sera à définir avec les participants.

Afin de favoriser une dynamique d'échange, de réflexion et de co-construction collective, il est attendu une stabilité du groupe (toujours les mêmes soignants, pas de rotation) et un engagement régulier des participants aux séances de travail.

2/ Les entretiens semi-directifs

Ils seront réalisés avec les soignants participant au *focus group* et d'autres n'y participant pas, recrutés par cooptation ou la méthode de proche en proche.

La durée moyenne d'un entretien est estimée à 1h30 (plus ou moins). Au besoin, un entretien avec un même soignant pourra être reconduit pour approfondir certains points qui le mériteraient.

L'entretien sera programmé soit lors des séances de travail en focus group (avant ou après la séance), soit en dehors de ces séances, selon les convenances de chacun des soignants.

Il pourra se dérouler sur site, ou bien à distance, par téléphone ou par visioconférence, selon les préférences des soignants.

Les données recueillies dans les entretiens seront anonymisées.
Le calendrier de travail couvre la période septembre 2022 à février 2023 (à réajuster au besoin).

La faisabilité s'est avérée différente selon les sites et inscrite dans un temps plus long que celui imaginé au départ. Il a fallu tenir compte de la temporalité et des contraintes propres aux EPSM, étroitement liées à leur singularité, ainsi qu'à la qualité du dialogue social.

La phase de négociation engagée après la période estivale avec les directions (RH, Soins, Information Médicale, Recherche), présidents de CME et acteurs du SST (dans le cas d'un EPSM) sur chaque site n'a pu aboutir que sur un seul d'entre eux.

A l'EPS B. Durand, moyennant la remise des résultats partiels de la première phase de la recherche, les directions ont donné leur accord pour s'engager dans la démarche proposée, a contrario du CH G. Régnier où les rapports sociaux, plus tendus et plus conflictuels, ont conduit les directions à conditionner l'acceptation de cette proposition à la remise complète des résultats de la première phase de la recherche afin d'en débattre avec les partenaires sociaux et de convenir avec eux des suites à donner, conditions que nous n'avons pu satisfaire dans les temps[94].

[94] Un autre site sollicité de manière informelle n'a pas souhaité donner une suite positive. Ensuite, vu les moyens (financiers, humains et de temps) contraints dont nous disposions pour mettre en œuvre ce volet, il nous est apparu plus pertinent de concentrer l'investigation sur un seul site.

II/ Modalités de mise en œuvre de la démarche sur le site de l'EPS Barthélemy Durand

La première étape de ce travail impliquait de constituer un *focus group* composé de 6 à 12 soignants volontaires pour s'engager dans une démarche de réflexion et de co-élaboration collective.

Cette méthodologie de travail nous semblait plus particulièrement pertinente dans une logique de recherche action participative se proposant d'explorer le vécu subjectif de la contrainte dans les soins et se donnant pour objectif de faire émerger des propositions d'action pour améliorer la santé au travail des professionnels et la qualité des soins.

Dans le sillage de la recherche intervention issue de la clinique sociologique (Roche, 2016), l'enjeu était de redonner la parole aux « premières lignes » et, par-là, de transformer la subjectivation de ceux qui vivent la contrainte dans les soins, d'accroître leur pouvoir d'agir au travail et de co-construire des savoirs.

Toutefois, dans le contexte de l'hôpital où le personnel et le temps soignant font défaut, la faisabilité de cette proposition pouvait interroger[95]. Sa mise en place a été rendue possible grâce au soutien et à la mobilisation des directions et de leur personnel qui en ont accepté le principe et ont joué un rôle facilitateur.

2.1 Constitution d'un groupe intersectoriel de soignants volontaires recrutés par cooptation

La proposition (assortie d'une présentation des résultats et de la démarche), relayée aux cadres des secteurs de psychiatrie adulte via l'adjointe de la Direction des Soins, a permis d'aboutir assez rapidement (fin octobre 2022) à la constitution d'un groupe de 10 soignants.

Le choix des directions a été d'opter pour la constitution d'un groupe multisectoriel, réunissant des soignants issus de différents secteurs plutôt que d'un même secteur ou service d'intra (option qui leur paraissait plus difficile à mettre en œuvre pour des raisons tenant à l'organisation du service dont il importait d'assurer la continuité).

Sur les 10 soignants qui se sont portés volontaires, 8 issus de 4 secteurs de psychiatrie adulte sur les 9 que comptent l'EPS ont maintenu leur engagement[96]. Leurs profils variés en termes d'âges, de niveaux d'expérience et d'ancienneté dans leur profession (aide-soignant ou infirmier) et au sein de l'EPS B. Durand, font toute la richesse du groupe (cf. l'encadré 7 ci-dessous sur la composition et le profil du groupe).

<u>Encadré 7</u> : Composition et profil du groupe de soignants

A l'image de la féminisation du personnel en psychiatrie (à 80 %), le groupe est majoritairement constitué de soignantes (initialement 8 femmes et 2 hommes, puis 7 et 1), dont 3 sont aides-soignants (AS) et 5 infirmières (IDE).

[95] Ce point nous avait été signalé par le financeur comme une limitation possible. Cela nous avait conduit à envisager la possibilité de faire évoluer la méthodologie aux réalités du terrain, et de privilégier une investigation par entretiens semi-directifs auprès d'un nombre plus important de soignants dans le cas où les conditions de mise en place de *focus group* n'auraient pu être réunies.

[96] Deux soignants ont fait le choix de se retirer du projet pour des raisons non clairement explicitées.

Le mode de recrutement privilégié reposant sur la cooptation explique l'interconnaissance existant entre une partie des participants, 6 d'entre eux ayant une expérience de travail, actuelle (pour 3 d'entre eux) et/ou passée (pour les 3 autres), dans un même service intrahospitalier dépeint comme faisant partie des secteurs pionniers de l'EPS[97], bénéficiant d'une plus grande stabilité du personnel (moindre *turn over* du personnel médical et encadrant par comparaison aux autres secteurs) et d' « *un gros investissement de la part des professionnels* », en partie attribuées à l'impulsion donnée par le chef de service décrit comme très investi et à une période président de CME, une position jugée porteuse à la fois pour apporter une vision politique et défendre/obtenir des moyens.

L'expérience dans la profession et l'ancienneté dans l'EPS B. Durand est de près ou plus de 20 ans pour les aides-soignants. Elle varie entre 2 ans (plus ou moins) et 15 ans pour les infirmières, et deux d'entre elles ont eu une expérience professionnelle antérieure dans d'autres EPS, en psychiatrie (unité fermée à Paul Guiraud) ou en MCO (oncologie et soins palliatifs).

L'expérience de travail des participants concerne très majoritairement la psychiatrie adulte intra-hospitalière. Deux IDE ont fait le choix d'exercer en psychiatrie adulte ambulatoire après une expérience de travail en intra hospitalier de 10 ans ou plus au sein de l'EPS, une autre a rejoint depuis peu la psychiatrie adulte en intra après avoir exercé 6 années durant en psychiatrie infanto-juvénile au sein de l'EPS.

2.2 Négociation de la démarche avec le groupe de participants et ajustements

Une première rencontre avec les 8 participants a permis de faire connaissance, de présenter la recherche (objectifs, méthodes, étapes, résultats), de s'entendre sur la démarche proposée et les objectifs visés, puis de convenir des modalités pratiques d'organisation du travail.

2.2.1 Planification de séances de travail plus longues et des entretiens individuels

Dès cette première rencontre et à plusieurs reprises au cours de la démarche, les participants ont exprimé le regret de n'avoir pas la possibilité de prolonger la réflexion et d'inscrire la dynamique de travail sur une temporalité plus longue.

Conscients des objectifs ambitieux et des enjeux du travail à réaliser en l'espace de 5 séances de travail, les participants ont opté pour un allongement du format des séances (à 3h au lieu du format de 2 h initialement proposé, jugé trop court).

Les contraintes de chacun (emplois du temps, congés) ont conduit le groupe à retenir un rythme de réunion mensuel et à définir un calendrier convenant à la majorité mais ne permettant pas à tous les membres de participer à toutes les séances et obligeant certains d'entre eux à prendre sur leurs congés pour pouvoir y participer.

Le groupe s'est donc réuni à raison d'une séance mensuelle de 3 h (de 9h30 à 12 h 30)[98] à compter du mois de décembre 2022 jusqu'au mois d'avril 2023 inclus, sur un seul et même site[99]. Le tableau ci-dessous permet de visualiser le calendrier de travail établi et, pour chacune des séances, son objet et le nombre effectif de participants.

[97] C'est l'un des premiers, par exemple, à avoir accueilli des aides-soignants et investi la formation en l'inscrivant et en l'intégrant dans une politique de service.
[98] Le temps de réunir tout le monde, les séances ont souvent commencé avec 15 ou 30 mn de retard, généralement récupérées en fin de séance.
[99] Pour des questions de facilités/commodités d'accès, un seul lieu de réunion a été préféré à une alternance de lieux (l'EPS étant réparti sur deux sites).

Date	Objet de la séance	Nombre de participants
Mercredi 23 novembre 2022	Se rencontrer pour faire connaissance, présenter la recherche, s'entendre sur la démarche proposée et convenir des modalités pratiques d'organisation	8
Vendredi 9 décembre 2022	Définir un cadre de travail commun Amorcer l'exploration du vécu de la contrainte dans les soins et de son impact sur la santé mentale au travail des soignants	4
Jeudi 26 janvier 2023	Impulser une dynamique d'échanges et de réflexion à partir de l'intérêt ou des préoccupations de chacun pour la problématique étudiée, de leurs motivations à s'inscrire dans la démarche proposée et de leurs attentes vis-à-vis de la démarche/recherche	6
Jeudi 16 février 2023	Poursuivre la dynamique d'échange, de partage et de réflexion collective sur la notion de contrainte en psychiatrie et les changements à opérer pour réduire l'usage de la contrainte (isolement et contention) dans les soins	6
Jeudi 16 mars 2023	Co-élaborer des pistes et propositions d'action à partir des éléments ressortis des précédentes séances	6
Jeudi 13 avril 2023	Finaliser le document de travail synthétisant les pistes et propositions d'action et organiser la séance de restitution et d'échange autour du document produit (20 avril)	8

En parallèle, des entretiens semi-directifs ont été programmés avec chacun des participants, un autre avec un soignant ne participant pas au *focus group*[100]. Au total, 9 entretiens individuels ont été réalisés, entre les mois de décembre 2022 et mars 2023. Ils ont eu lieu en présentiel, sur leur lieu de travail (site d'affectation) dans le cas des soignants participants au *focus group*, par visioconférence, dans l'autre cas, pour des questions de commodité (gain de temps, gain de déplacement). Ils ont été conduits à partir d'un guide d'entretien structuré autour de différentes thématiques servant de trame et de fil conducteur, sans en suivre nécessairement l'ordre afin de laisser s'exprimer les personnes interviewées et de s'ajuster à leur propos pour les relancer sur différents points qui méritent approfondissements afin de renseigner les différents thèmes. Ils ont ainsi permis d'approfondir certains des points discutés en *focus group* comme les conceptions des soins/perception de la contrainte et leurs vécus/expériences individuelles, et d'aborder d'autres aspects, notamment tout ce qui est de l'ordre des parcours individuels et projections dans le futur. D'une durée moyenne de 144 mn (108 mn pour le plus court, 190 mn pour le plus long), les entretiens ont, avec l'accord des intéressés, tous été enregistrés parallèlement à une prise de notes, puis retranscrits par une prestataire de services ou par nos soins.

[100] Le projet initial prévoyait l'interview d'une quinzaine de soignants, ceux participant au *focus group* et d'autres n'y participant pas. La méthode de proche en proche privilégiée pour recruter ces derniers via les soignants investis dans la démarche, n'a permis d'accéder qu'à un seul soignant (infirmier) ayant donné son accord pour être interviewé. D'autres auraient été intéressés mais ne se sont pas manifestés et n'ont pas laissé leurs coordonnées pour être contactés.

2.2.2 Explicitation de la démarche participative : clarification des rôles attendus et élaboration d'un contrat

Le cadre de travail proposé était celui d'un *focus group* s'inscrivant dans une recherche d'un type particulier, en raison d'une part de la démarche privilégiée, participative et s'inscrivant dans une recherche-action la distinguant de la recherche académique, et d'autre part des objectifs visés, orientés vers les valeurs défendues par le porteur du projet (GCS-CCOMS). Cela a impliqué d'en expliciter les enjeux et d'en clarifier les tenants et aboutissants (1ère séance) – ces exigences éthiques nous semblent devoir accompagner une démarche participative et ont guidé notre travail.

Ont ainsi été rappelés les déplacements opérés par la recherche participative, sur le plan des savoirs (impliquant d'établir d'autres rapports aux savoirs et aux transformations des situations de travail), du rôle et des postures des acteurs impliqués dans le processus de recherche (impliquant d'établir d'autres rapports entre chercheurs et acteurs sociaux), ainsi que des valeurs et des objectifs visés (impliquant d'accepter la perspective de changement social), suivant ici les valeurs du CCOMS (impliquant de les assumer).

Ces éléments de clarification apportés, ont permis de préciser, de s'accorder et de s'entendre sur le rôle attendu de chacun des membres du groupe et d'établir une sorte de contrat avec des règles minimales communes visant à régir le fonctionnement du groupe (cf. l'encadré 8 ci-dessous extrait du compte-rendu de la première séance de travail).

<u>Encadré 8</u> : Le cadre de travail proposé en *focus group* dans cette recherche-action participative

1/ Explicitation du cadre de la démarche proposée et des objectifs visés

Le travail proposé en *focus group* relève d'une démarche participative s'inscrivant dans le cadre d'une recherche-action inspirée par les valeurs du CCOMS (rappelées à cette occasion). Par rapport à la recherche académique en sciences sociales, ce type de recherche opère plusieurs déplacements.

⇒ **Sur le plan des savoirs :** elle ne repose pas que sur des savoirs académiques mais accorde également une place centrale aux savoirs pratiques/d'expérience dans l'idée de favoriser une coproduction de savoirs dans un lien de circulation des uns aux autres. En l'occurrence ici, les savoirs issus de l'expérience professionnelle et du vécu des soignants relativement à l'usage de la contrainte dans les pratiques de soins en psychiatrie et son impact sur les RPS/la santé au travail contribueront à alimenter le processus de production des connaissances, en articulation avec les connaissances et expériences des chercheurs.

⇒ **Sur le plan du rôle et des postures des acteurs impliqués dans le processus de recherche**, cette logique de coproduction des connaissances change la donne : il est attendu des acteurs professionnels sollicités qu'ils prennent une part active dans le processus de production de connaissances, et des chercheurs professionnels, qu'ils les soutiennent et les accompagnent dans ce processus.

⇒ **Sur le plan des valeurs et des objectifs visés** : ce type de recherche repose sur des valeurs de démocratie participative et est tourné vers le changement social. En l'occurrence, il s'agit d'ici d'aboutir à une co-élaboration de pistes-solutions visant à réduire l'usage de la contrainte dans les pratiques de soins – suivant les valeurs du CCOMS[101] – afin d'améliorer la qualité de vie au travail pour les soignants et la qualité des soins pour les patients.

[101] Ces valeurs sont notamment de favoriser le développement de services de santé mentale diversifiés dans la communauté, orientés vers la réhabilitation et le rétablissement, l'*empowerment* (reprise du pouvoir d'agir) et la participation des usagers de santé mentale dans tous les domaines qui les concernent (les services, les politiques publiques, la recherche…).

En découle un ensemble de principes à la base du contrat et des règles de fonctionnement sur lesquels les membres du groupe se sont accordés.

2/ Définition du cadre et des règles de fonctionnement du groupe

Les fonctions et rôles des membres du groupe

- Les **professionnel.le.s soignant.e.s**, doté.e.s d'un savoir pratique, lié à leur expérience professionnelle et à leur vécu, sont mis.e.s **dans une position de réflexivité sur leurs pratiques professionnelles** dans la perspective d'en tirer des enseignements, d'élaborer des préconisations ou recommandations, et de convenir de leurs modalités de diffusion (format, supports, échelles, etc.) ; à ce titre, ils peuvent être considérés comme des « auteur.e.s-acteur.ice.s » de la recherche (et pas seulement objet ou sujet).

- **La sociologue et la stagiaire** sont pour leur part positionnées comme des **chercheures-accompagnatrices de la démarche** engagée ; à ce titre, elles sont amenées à occuper différentes fonctions (animateurs, facilitateurs, traducteurs, médiateurs critiques…) dans le but, entre autres, de **soutenir et stimuler** auprès des participants les savoirs issus de leurs expériences et **le processus de réflexivité** sur les pratiques.

Le cadre de la confidentialité

Il a été convenu pour tout ce qui a trait au vécu des pratiques de soins :

- le **respect de l'intimité/du vécu** conduisant à faire que rien des histoires personnelles ne sorte du groupe,

- l'**anonymisation** des journaux d'ateliers ou comptes-rendus de séance.

Les règles de fonctionnement pour le groupe

Les règles et valeurs devant régir les conduites à tenir sont les suivantes :

- Une **égalité de parole** quelle que soit la position/le rôle de chacun : la parole de chacun a autant de valeur
- Le **respect** de chaque participant
- Une **écoute attentive** des propos des uns et des autres (éviter de couper la parole)
- Le **non-jugement** : il n'y a pas de mauvaise ou bonne réponse, pas de jugement négatif à avoir
- La **prise en compte des émotions difficiles**, avec une attention et un soutien
- Un **processus de décision démocratique** pour ce qui a trait aux choix et décisions à prendre quant au travail engagé dans la démarche proposée – cela n'exclut pas débats et contradictions[102].

L'élaboration de ce contrat autour de règles communes visait aussi à instaurer des conditions favorisant l'établissement de relations de confiance facilitatrices de l'expression et de l'exploration des expériences vécues par les soignants.

Avec l'accord des participants, toutes les séances de travail en *focus group* ont été enregistrées (parallèlement à une prise de notes). Pour des questions pratiques (d'expérience, de disponibilité et de temps), la rédaction des comptes-rendus des séances a été confiée et assurée par la sociologue. Dans une logique de de feed-back et de rétroaction inhérente à la démarche participative, les comptes-rendus ont été relus et validés par l'ensemble des participants et permis à ceux n'ayant la possibilité de participer à l'une des séances, de suivre l'avancée du travail et de la réflexion. Cette étape était essentielle à la dynamique de travail engagée. Elle permettait de s'assurer que chacun s'y retrouvait, d'éviter d'éventuels contre-sens, malentendus ou interprétations erronées, de préciser ou clarifier certains points pouvant faire débat, et d'apporter si nécessaire des modifications ou compléments ; et elle participait à la logique de réflexivité du groupe.

[102] L'écriture inclusive a été privilégiée dans les comptes-rendus de séance, justifiée par la composition du groupe. Nous avons fait le choix de ne pas la retenir dans ce rapport pour ne pas en alourdir la lecture.

2.3 Enjeux d'implication des soignants dans une démarche participative : processus de travail

L'enjeu de la participation des soignants était de favoriser une démarche de co-production des connaissances prenant appui sur leurs savoirs pratiques, liés à leurs vécu et expérience de l'activité de soins dont la contrainte et de leur impact sur la santé mentale des soignants dans les conditions de travail actuelles, et impliquant de la part des chercheurs de renoncer à leur pouvoir-savoir pour réduire l'asymétrie entre les interactants.

2.3.1 Un espace de travail collaboratif entre « soignants-acteurs » et « chercheurs-accompagnateurs »

Le cadre de travail proposé dans le *focus group* a été conçu et investi comme un espace de travail se voulant réflexif et collaboratif, un lieu d'échanges, de partage, des savoirs professionnels et académiques et/ou techniques, permettant des apprentissages croisés favorables à une co-élaboration collective entre :

- Les « soignants-acteurs », placés dans une posture de réflexivité sur leurs pratiques professionnelles pour en tirer des enseignements et élaborer des propositions d'actions ;
- Les « chercheurs-accompagnateurs » de la démarche, dans une posture de médiation contributive critique (explicitée dans la partie introductive), pour favoriser le débat, la contradiction, et une posture de médiation scientifique pour nourrir et alimenter la réflexion du groupe sur les alternatives possibles au recours à la contrainte dans les soins psychiatriques.

Cela supposait de partir non pas des savoirs théoriques mais des savoirs professionnels, de les mettre en avant et de les valoriser, tout en cherchant à favoriser des allers retours entre les uns et les autres, pour favoriser un processus de travail reposant sur une co-élaboration collective.

L'instauration d'un dialogue entre ces différents savoirs au sein de cet espace de travail a permis d'explorer et d'appréhender la dialectique / tension (dynamique) entre plaisir et souffrance au travail et entre travail prescrit et travail réel (quand l'activité est empêchée, le travail jugé « ni fait ni à faire »), saisie à partir d'une interrogation portant sur :

- Les « situations-problème », sources de tensions/souffrances, vécues et identifiées comme telles par les professionnels, et mises en perspective avec l'organisation du travail et le type d'activités réalisées ;
- Leurs manières d'y faire face, individuellement et/ou collectivement : ressources, pratiques, stratégies (défensives, sublimatoires, de résistance), modalités d'action, dispositifs ;
- Les formes de coopération entre professionnels et des conditions favorables au vécu de plaisir au travail / de la qualité du travail bien fait ;
- La conception de la qualité des soins/les critères de la qualité du « travail bien fait » (Clot et *al.*, 2021).

2.3.2 Une posture de médiation, critique et scientifique

La posture de médiation contributive critique a été l'occasion de confronter et mettre en débat des points de vue différents, mettre en réflexion et questionner ce qui pouvait parfois être perçu par les participants comme « allant de soi » dans les organisations de travail, les pratiques, les manières de travailler, de penser et d'agir, la conception des soins qui les sous-tendent, les représentations et « routines » du métier, normalisées, intégrées comme faisant partie des

exigences, contraintes ou pratiques en psychiatrie, pour certaines héritées d'un passé » lointain, asilaire, dont il n'apparait pas simple de se départir. Les justifier ne leur était pas toujours facile. « *On a du mal à toujours trouver nos arguments* ». « *On ne peut pas tout justifier sous prétexte que c'est fait depuis des années* ».

La posture de médiation scientifique a consisté à apporter au groupe des savoirs et des connaissances nouvelles concernant notamment les alternatives possibles à la contrainte, les agencements et modalités d'action plus favorables à la réduction de l'isolement et de la contention dans les pratiques de soins, que ce soit les équipements (par exemple les espaces d'apaisement), les outils (par exemple les mesures d'anticipation en psychiatrie), les dispositifs d'action (comme les conseils locaux en santé mentale et les groupes de réflexion autour des situations complexes qu'ils ont parfois permis d'impulser), ou encore les nouveaux métiers (comme les médiateurs de santé pairs). Il s'est avéré que tous les participants n'en avaient pas nécessairement connaissance. Les en informer, diffuser ces connaissances, leur permettre de se les approprier était donc nécessaire pour leur laisser entrevoir d'autres perspectives possibles, favoriser un processus de réflexivité permettant d'envisager des changements des pratiques et d'ouvrir de nouvelles pistes. Les connaissances transmises se sont appuyées sur celles produites par la littérature scientifique (les quelques études disponibles sur la question), et celles issues de la formation Quality Rights (QR) de l'OMS sur la réduction de l'isolement et de la contention dans les pratiques de soins en psychiatrie.

La dynamique de travail engagée s'est apparentée à un processus de type *work in progress* suivant une logique endo-formative, où le chemin n'est pas défini à l'avance mais se fait en marchant, au fil des échanges et interactions entre les participants et les chercheurs-accompagnateurs, et implique un engagement et des ajustements, de part et d'autre.

2.4 Participation, prise de parole et dynamique de groupe

Dès la première rencontre, la dynamique d'échange s'est avéré très riche, laissant augurer une dynamique de travail prometteuse avec un groupe motivé pour s'investir dans la démarche. Restait à savoir si les soignants allaient (pouvoir) se mobiliser dans un contexte de travail marqué par un manque d'effectif et de temps soignant et s'y investir. Ils avaient été soutenus et incités (plus ou moins fortement) par les cadres à s'y engager. Les contraintes de l'organisation allaient-elles leur permettre ? Face à la gestion du manque de personnel et à la nécessité d'assurer une continuité de service, les cadres allaient-ils pouvoir les soutenir ?

2.4.1 Une démarche investie, avec des niveaux de participation et d'engagement variables

De prime abord, la démarche proposée requérant un engagement dans le temps avec une régularité et une implication, elle pouvait paraître exigeante, contraignante, chronophage et difficilement compatible avec les exigences organisationnelles, les conditions et la charge de travail pesant sur les soignants – amplifiées par l'actualité récente (la crise sanitaire et l'article 84) accentuant les phénomènes d'absentéisme, arrêts de travail, fuites des médecins et des soignants (infirmiers, aides-soignants).

Dans les faits, elle a plutôt été très investie et suivie par les participants, même si des contraintes professionnelles ou familiales (décès d'un proche, maladie d'un enfant), ont parfois empêché ou limité la participation de certains d'entre eux. Les changements de dernière minute (changement d'horaires ou de plannings, réunion de service, activité imposée par le cadre),

opérés par les cadres et obligeant à renoncer à participer au groupe ont été signalés comme des injonctions paradoxales, les cadres incitant les soignants à s'engager dans ce type de démarche sans toujours leur donner les moyens de remplir leur engagement, souvent pour répondre aux nécessités et besoins du service.

A l'exception de la première séance qui a réuni la moitié du groupe pour les raisons évoquées ci-dessus et impliqué de réajuster son objet pour ne pas engager la démarche de réflexion sans une majorité de participants, la plupart des séances ont mobilisé six participants. La première rencontre et la dernière séance du groupe de travail ont mobilisé l'ensemble du groupe. Sur les huit participants, seuls deux d'entre eux ont pu participer à toutes les séances. Deux autres n'ont pu assister qu'à deux séances. Pour les quatre autres, la participation a oscillé entre trois et quatre séances.

2.4.2 Une prise de parole inégale, pas toujours simple à réguler

La prise et le temps de parole se sont avérés assez inégaux selon les participants, et en partie liés à leur niveau de participation. Ceux moins présents et pour certains peut-être moins à l'aise à l'oral et/ou plus réservés et discrets se sont moins autorisés à prendre la parole que les collègues les plus assidus et les plus prolixes. Ceux présents à toutes les séances ou presque ont évidemment eu plus d'occasion de prendre la parole et d'exprimer leurs points de vue. Ce sont aussi souvent ceux qui étaient le plus à l'aise oralement ou pour s'exprimer en groupe, ce qui a eu un effet de renforcement. Leur participation à chacune des séances leur permettait un meilleur suivi de la réflexion et leur conférait en quelque sorte une légitimité plus grande à intervenir dans les débats. Leur assiduité leur permettant de s'impliquer plus, d'être des membres plus actifs, de prendre un temps de parole plus important et/ou d'échanger entre eux, ils ont parfois eu tendance à s'imposer comme leaders.

Le statut d'un des participants, représentant du personnel/d'une organisation syndicale, rompu à la prise de parole, a aussi joué. Si sa formation et son expérience professionnelle de soignant le rapprochaient du reste du groupe, ce statut l'en distinguait et lui conférait une place différente, ne le positionnant pas à égal niveau des autres participants. Il reste difficile de saisir pleinement l'impact que cela a pu produire sur la prise de parole du reste du groupe mais l'on ne peut exclure des effets d'autocensure ou inhibant pour certains, voire une certaine méfiance eu égard aux jeux de pouvoirs et stratégies d'acteurs au sein de l'institution (Crozier et Friedberg, 2007). Sa présence dans le groupe était sans doute une manière d'occuper une place privilégiée pour suivre la démarche engagée, saisir les problématiques remontées par les soignants et s'en faire le relais tant auprès des membres du syndicat que des directions – dans la logique syndicale de recenser les plaintes et griefs pour améliorer les conditions de travail. Plus au fait de l'actualité de l'institution, elle permettait aussi d'apporter des précisions et des informations au groupe, par exemple sur les orientations prises et les actions engagées par l'établissement sur une certain nombre de sujets sensibles (politique de recrutement, politique de prévention des RPS, etc.). Si celles-ci n'étaient pas toujours connues par les soignants, certaines n'étaient pas non plus toujours perçues et appréhendées de la même manière par ces derniers qui pouvaient en avoir une autre appréciation et/ou considérer que, dans l'immédiat, cela avait peu ou pas d'effets dans le quotidien de leurs pratiques.

Les échanges engagés entre les participants n'en ont pas moins été très riches et présenté de l'intérêt puisqu'ils leur ont permis de se répondre en étoile, de croiser et confronter leurs points de vue, d'en débattre, ou d'abonder dans le même sens. Ils donnaient ainsi à voir leur appropriation de la démarche et l'autonomisation du groupe. Si un certain nombre de valeurs

comme l'écoute attentive de l'autre, ne pas se couper la parole, étaient censés régir les conduites de tout un chacun, leur mise en œuvre n'a pas toujours été simple. Et pour les chercheurs-animateurs, intervenir pour réguler la prise de parole ou recentrer les débats sur la problématique au centre de la recherche, lorsqu'ils pouvaient paraître s'en écarter, s'est parfois avéré un exercice complexe.

Le rôle d'animateur et de médiateur endossé par la sociologue a consisté à susciter les questionnements pour lancer les discussions, favoriser la diversité des points de vue, la réflexion et la compréhension, en s'efforçant de comprendre le point de vue de chacun, sans jugement négatif, et en se montrant à l'écoute, bienveillant, empathique vis-à-vis de chacun des membres. Cela n'excluait pas de s'impliquer dans le débat, d'y prendre part pour le stimuler, et d'intervenir pour faire le lien entre les différentes interventions, renvoyer des questionnements, interroger des positionnements ou conceptions (des soins, de la contrainte, du métier, de l'activité soignante), pour permettre à chacun de préciser son point de vue ou d'interroger ses représentations ou pratiques, mais d'une manière qui se voulait la plus respectueuse possible du point de vue de chacun, et soucieuse de ne pas empêcher les membres de prendre leur place et de s'investir.

La sociologue a cherché autant que possible à cadrer les discussions pour qu'elles soient le plus productives possibles, à favoriser une prise de parole à tour de rôle et à impliquer ceux intervenant moins dans les échanges. Cet exercice n'est toutefois pas toujours apparu simple[103]. Certaines techniques d'animation privilégiées ont été plus facilitantes[104].

2.4.3 Un espace investi comme un exutoire, lieu d'expression et de partage du malaise au travail des soignants…

La manière dont les participants se sont emparés du *focus group* et la dynamique d'échange qui en a émergé – dès la première rencontre – sont d'emblée venues souligner un point crucial : l'importance pour les soignants de disposer d'un espace d'expression et de dialogue afin de partager, à partir de leur expérience vécue, leurs observations et analyses, et de confronter leurs points de vue sur l'usage de la contrainte/l'évolution des conditions de travail en psychiatrie et la santé/QVT, dans un contexte où les espaces d'échange et d'analyse sur les pratiques sont globalement en recul au sein de l'institution (avec des variations selon les services/secteurs), les liens entre management et communication lacunaires (manque de liens et de communication entre les équipes soignantes et l'encadrement, aussi bien les cadres dont l'évolution et la multiplication des missions les éloignent de plus en plus du terrain, que les médecins), et

[103] La présence d'un accompagnateur expérimenté dans l'animation de groupe aurait été précieuse, il était difficile pour la sociologue-accompagnatrice de la démarche d'être sur tous les fronts à la fois et d'assurer la multiplicité des rôles qu'exige ce type de démarche, et pour la stagiaire l'accompagnant de s'autoriser à intervenir et de se sentir légitime pour prendre cette posture d'animateur régulant les échanges.

[104] Par exemple, lors de la deuxième séance, les participants ont été invités à inscrire sur trois post-it différents les mots-clés pour préciser, d'abord leur intérêt ou préoccupation pour la problématique de l'usage de la contrainte dans les soins et son impact sur la santé mentale au travail, ensuite, leurs motivations à s'inscrire dans le groupe/la démarche proposée, enfin, leurs attentes vis-à-vis de cette recherche/cette démarche. Ce temps de réflexion et d'écriture individuel a permis à chacun de se centrer sur son désir, son implication dans ce projet et la manière de s'y projeter. Puis chacun à tour de rôle a été invité à lire et expliciter au groupe les idées retenues par écrit, d'identifier en quoi elles faisaient écho à ce qui était exprimé par les autres membres du groupe, puis de les organiser dans un tableau rendant compte de ce qui comptait pour le groupe et de ce qu'il attendait de ce travail. Cet exercice a permis à chacun de participer d'une manière plus active à l'échange et au débat, tout en respectant leur singularité (propension plus ou moins forte à prendre la parole).

l'expertise, les ressources et compétences des soignants peu valorisées et peu reconnues. Les pistes et propositions d'actions émises par le groupe en témoignent.

L'espace de travail offert par le *focus group* a été investi comme un lieu d'expression de leur malaise au travail, au regard de leurs conditions de travail et de la qualité de vie au travail, vécues comme de plus en plus dégradées, empêchant la réalisation d'un travail de qualité et impactant la qualité des soins des patients – tels qu'ils le conçoivent. Ce sont avant tout ces préoccupations qui, pour la plupart, ont motivé leur inscription dans la démarche de réflexion proposée et c'est d'ailleurs la perspective d'améliorer la prévention des RPS et la QVT des soignants/qualité des soins qui, dans la formulation de la problématique de recherche, a retenu l'attention et convaincu les soignants de s'engager dans la démarche de recherche. A l'exception d'une participante tourmentée par l'usage qu'il était fait de la contrainte dans son service (fermeture des portes des chambres et/ou de l'unité, recours à l'isolement), et soucieuse de pratiques plus respectueuses des droits des usagers, la question de la contrainte en tant que telle, et la perspective d'en réduire l'usage dans les pratiques de soins, pour un meilleur respect des usagers en santé mentale, n'ont pas primé ou pas fait partie des motivations premières. Elles ont même pu produire des effets rebutants plus que mobilisateurs, comme l'exprimera une participante lors de la dernière séance, dont une partie a d'ailleurs été consacrée à débattre assez longuement de l'intitulé du document de travail qui se devait d'être suffisamment accrocheur pour être lu par le plus grand nombre de soignants – cela donne une idée de la manière dont la contrainte/la question des droits sont perçus et appréhendés par les soignants (ce point est développé plus loin).

C'est ce qui explique que cet espace a pu être investi comme un exutoire, permettant de déverser un trop-plein, d'exprimer sa colère, son ras-le-bol vis-à-vis de l'évolution des conditions de travail en psychiatrie, mais aussi son incompréhension vis-à-vis des attentes sociales et sociétales pesant sur la psychiatrie, les plaçant face à des exigences difficiles à concilier, et les émotions que cela peut générer (peur, insécurité, culpabilité, …). Des participants le souligneront à l'issue de la première séance, vécue comme un moyen de « *vider son sac* », de « *se décharger* », d'exprimer une « *souffrance* » (pour reprendre leurs expressions), d'oser dire ce qu'ils ne s'autorisent pas toujours à partager en équipe ou à faire remonter à leur hiérarchie, d'émettre un regard critique ou de faire part d'incompréhensions sur un certain nombre de transformations/évolutions législatives affectant le métier/la psychiatrie, des changements pour beaucoup vécus comme des contraintes supplémentaires s'ajoutant aux contraintes (organisationnelles, bureaucratiques…), et de pointer un ensemble de contradictions avec lesquelles le personnel doit composer au quotidien, se répercutant sur les conditions/la qualité de vie au travail, complexifiées, et sur la qualité des soins, empêchée et questionnant le sens du travail.

Dès la deuxième séance, ils souligneront un autre intérêt majeur de ce que représente, à leurs yeux, cet espace ouvert aux soignants issus de différents services de psychiatrie adulte, qui est d'échanger, à partir de leur vécu des conditions de travail, d'une autre manière qu'avec les collègues de travail (du même service) et de s'apercevoir, par le partage et la confrontation des expériences, points de vue et regards des uns et des autres, que indépendamment de leur service d'affectation, c'est bien une même réalité de travail et un même ressenti qui se dégagent de leurs descriptions et analyses. Le fait de se rendre compte que ce n'est pas une vue de l'esprit, quelque chose de fictif qui n'aurait rien de réel, ou un biais d'analyse propre à un service, mais qu'ils ont affaire à une réalité commune dont ils partagent l'analyse (tout ou en partie), produit des effets de réassurance. « *Des fois on se dit ''peut-être qu'il y a que moi qui le perçoit et qui le pense comme ça''. Et on se rend compte finalement que c'est partout pareil, on a le même*

ressenti. Et ça fait du bien, en fait. Ça fait du bien d'en discuter autrement qu'avec ses collègues de travail du même service où on a vécu les mêmes situations et où on a les mêmes problèmes, de voir que c'est général. Alors c'est pas rassurant de se dire que c'est général (et pas l'exception), *mais c'est rassurant dans le sens où on se dit que c'est pas nous qui sommes négatifs ou qui voyons le mal partout, que ça existe réellement et qu'on est très motivée.e.s tout.te.s pour que ça change* ». La mise en commun de ce qui est vécu individuellement sur tout un ensemble de problématiques, permet de changer sa vision ou sa perception, de passer à un autre niveau d'appréhension/de compréhension d'un problème, qui dépasse les individualités et ne s'y réduit pas, mais est collectivement partagé et produit structurellement. L'importance accordée au vécu/à l'expérience/à l'expertise des soignants, détenteurs d'un savoir pratique adossé à leur connaissance du terrain, permet aussi d'éveiller une prise de conscience de la puissance du collectif et de sa capacité transformatrice.

Le fait de pouvoir ou d'oser mettre des mots sur des éprouvés, des ressentis, parfois des non-dits, déverser un trop plein, conduit plusieurs participants à conférer à cet espace-temps d'expression animé par un tiers une vertu « *psychothérapique* », susceptible de produire des effets positifs pour sa propre santé mentale, d'accroître ses compétences et de renforcer ses capacités d'action, individuelles et collectives.

2.4.4 Un espace de dialogue entre savoirs ouvrant à une prise de conscience et une posture de réflexivité sur la contrainte dans les soins…

C'est à ces conditions d'instaurer un dialogue entre les savoirs favorisé par une posture de médiation contributive critique et scientifique – et donc d'opérer ces déplacements dans le positionnement des chercheurs et d'établir d'autres rapports cherchant à réduire l'asymétrie dans les relations entre chercheurs et acteurs – qu'ont pu émerger une prise de conscience et une posture de réflexivité parmi les participants, plus favorables à une interrogation et une remise en question des pratiques de contrainte dans les soins, à la possibilité d'entrevoir d'autres pratiques et à la recherche d'alternatives possibles.

Comme l'ont reconnu des participants lors de la dernière séance, leur réaction première – manifeste lors de la première séance – était plutôt défensive. Les mesures de contrainte comme l'isolement et la contention étant intégrées comme faisant partie des exigences du métier et des outils dont il est difficile d'imaginer pouvoir se passer, ils ont plutôt eu tendance à adopter une posture de résistance au changement de pratiques, assortie d'un ensemble d'arguments (moraux) justifiant selon eux l'usage de la contrainte dans les soins. Donner à voir l'existence d'alternatives possibles (espace d'apaisement, mesures d'anticipation en psychiatrie prenant appui sur les médiateurs de santé pairs, etc.), dont tous n'avaient pas connaissance, a pu surprendre, étonner, interroger et déstabiliser. Cela a pu être mal vécu, sur le mode du reproche, car cela pouvait apparaître comme une remise en question ou une critique de ces pratiques et renvoyer l'idée qu'ils faisaient mal leur travail, même si ce n'était pas l'intention.

Dans le même temps, la possibilité d'être dérangé, étonné, surpris a aussi pu constituer un élément important dans la possibilité d'engager un processus réflexif sur ses pratiques, de se remettre en question – et le cadre des entretiens a aussi pu fournir le support d'une distanciation et d'une prise de conscience, comme l'exprimeront des participants reconnaissant s'être renseignés sur des dispositifs évoqués (comme les espaces d'apaisement) lors des entretiens. D'autant que si de prime abord ils ont tendance à vouloir les justifier, ils les vivent globalement très mal, reconnaissent avoir peu connaissance des alternatives à leur usage et sont en demande d'améliorer leurs savoir-faire et savoir-être professionnels par la formation, des colloques, des

journées ou voyages, rencontres… et d'élargir leur connaissance des alternatives promues/existantes et des expériences conduites ailleurs afin de s'en inspirer, et pour cela d'« *aller voir ce qui se fait ailleurs et ce qui fonctionne, de voir comment les autres travaillent* », notamment à l'étranger (par exemple au Canada).

L'opportunité qu'a représenté la participation à cette recherche, de prendre connaissance de l'existence d'alternatives possibles et d'avoir pu ou osé exprimer un tant soit peu les ressentis négatifs que généraient ces pratiques leur a donc aussi permis de prendre de la distance et d'envisager d'autres possibles. Peu à peu, au fil des séances, un travail de déconstruction/reconstruction de leurs propres représentations et pratiques a pu s'opérer, plus favorable à des repositionnements. Bien sûr il resterait encore beaucoup à faire car les repositionnements peuvent paraître timides tant les représentations ont la vie dure (par exemple l'idée selon laquelle la contrainte est un soin, fortement ancrée dans les esprits de certains soignants). Favoriser des repositionnements plus profonds aurait supposé de pouvoir inscrire ce travail dans une temporalité plus longue. C'est d'ailleurs dans ce sens qu'il faut comprendre la demande exprimée par les participants et leur regret qu'elle ne puisse aboutir. Au regard de l'intérêt porté à la problématique traitée et de la dynamique d'échange et de réflexion collective engagée, ils auraient souhaité pouvoir prolonger la démarche au-delà des 5 séances proposées et continuer à bénéficier d'un accompagnement par un tiers. Ce travail doit donc être vu comme une première étape d'un processus qu'il a permis d'amorcer et qui resterait à consolider.

2.4.5 …favorable à la co-production de savoirs d'actions

Le document produit est le fruit de cette dynamique de réflexion, d'échange de savoirs, de co-élaboration collective et de co-construction de savoirs « d'actions », en grande partie issus de l'action et conçus pour l'action. Il intègre des propositions émanant directement des participants et/ou tirés de leurs analyses et expertises prenant appui sur le vécu/l'expérience, d'autres tirées de la dynamique de réflexion impulsée au fil des séances au gré des questionnements soulevés et des connaissances amenées par la sociologue-accompagnatrice de la démarche, toutes validées par les participants.

Sa rédaction a été facilitée par les comptes-rendus de la première rencontre et des trois premières séances qui se sont efforcés de mettre en évidence et de faire émerger les pistes ou axes d'amélioration possibles identifiés par les participants ou que l'on pouvait tirer des problématiques abordées et de la dynamique de réflexion engagée au fil des échanges, dans cette optique de faciliter le travail de co-élaboration des propositions d'action ou « recommandations » visant à améliorer la QVT des soignants et la qualité des soins des patients par la diminution du recours à la contrainte/de la santé au travail des professionnels.

Premier élément de contact avec le lecteur, la première de couverture qui comprend le titre du document, ses auteurs et leurs affiliations, représente un enjeu majeur sur le plan de la communication. Elle a été assez longuement débattue lors de la dernière séance. Tout l'enjeu pour les participants était de s'assurer qu'elle reflétait bien l'identité du document, de ses auteurs, et que son titre était suffisamment accrocheur pour capter l'attention, éveiller la curiosité et donner envie au plus grand nombre de lire le document. Il leur importait qu'elle ne produise pas des effets inverses, dissuasifs, conduisant les soignants à s'en détourner. C'est dans cette optique qu'elle a été repensée et retravaillée avec les participants.

La proposition initiale – formulée par les chercheurs – était la suivante :

Recherche « RPSY » **EPS Barthélemy Durand**

Recherche portant sur les risques psychosociaux au travail et
explorant les liens entre l'usage de la contrainte dans les soins et la santé au travail
des soignants de psychiatrie adulte

GCS-CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale

Groupement de coopération sanitaire
Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé

Réduire l'usage de la contrainte dans les soins psychiatriques pour améliorer la prévention des risques psychosociaux (RPS), la qualité de vie au travail (QVT) des soignants et la qualité des soins des patients
- Propositions d'actions -

Recherche financée par la DREES **Groupe de travail collaboratif**

Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques *Avril 2023*

Cette présentation, assez conventionnelle, avait pour effet de mettre en avant le porteur du projet de recherche et l'établissement participant plus que le groupe de travail qui en était à l'initiative. Et la pertinence du titre proposé interrogeait car il mettait trop en avant l'objectif de réduction de la contrainte dans les soins. De l'avis des participants, cette présentation risquait de produire des effets inverses à ceux recherchés, plus susceptibles de détourner que de retenir l'attention des soignants. Mettre en avant l'établissement, la recherche, et la réduction de la contrainte leur paraissait des éléments plus dissuasifs que persuasifs : l'établissement parce que cela risquait d'être perçu comme un nième document institutionnel ; la recherche parce que, aux dires des participants, elle est plutôt mal vécue et disqualifiée par les soignants/acteurs de terrain qui n'en voient pas les effets ou les changements dans le quotidien de leurs pratiques, et ont dès lors tendance à considérer qu'il est vain et inutile de s'y investir, et même « *mal placé* » puisque cette activité chronophage se fait au détriment d'autres jugées autrement plus importantes (idée que c'est du temps perdu alors qu'il y a tant à faire par ailleurs) ; et la réduction de la contrainte dans les soins, parce que la perspective était susceptible de heurter la sensibilité des soignants et de produire de la défiance et de la résistance – comme eux-mêmes avaient pu le vivre.

Après discussion et délibération, les participants ont donc opté pour une autre présentation et une légère reformulation du titre, faisant d'abord apparaître dans un encadré les auteurs du document, ce qui présentait l'avantage de valoriser le fait que ce document était avant tout le fruit d'un groupe de travail collaboratif ayant impliqué des soignants de l'établissement, à l'initiative de « Propositions d'actions pour réduire l'usage de la contrainte dans les soins psychiatriques afin d'améliorer la prévention des risques psychosociaux (RPS), la qualité de vie au travail (QVT) des soignants et la qualité des soins des patients ».

Groupe de travail collaboratif avec les soignants de l'EPS B. Durand

Propositions d'actions pour réduire l'usage de la contrainte dans les soins psychiatriques afin d'améliorer la prévention des risques psychosociaux (RPS), la qualité de vie au travail (QVT) des soignants et la qualité des soins des patients

Recherche « RPSY » sur les risques psychosociaux des soignants de psychiatrie publique

Une exploration des liens entre l'usage de la contrainte dans les soins et la santé mentale/souffrance au travail des soignants de psychiatrie adulte

GCS-CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale

Groupement de coopération sanitaire-Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé

Recherche financée par la DREES et la DARES

Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques

Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques *Avril 2023*

III/ Des propositions du groupe de travail à l'action : enjeux et perspectives

Dans ce dernier chapitre, nous présenterons les résultats sur lequel la démarche a abouti : le document produit, fruit de la collaboration entre les soignants et chercheurs. Au préalable, nous décrirons ses principaux axes et, pour chacun d'eux, les propositions phares. Nous conclurons sur les attentes du groupe, les suites données à ce travail et les perspectives sur lesquelles il a ouvert.

3.1 Une 50aine de propositions réparties dans 5 thématiques liées les unes aux autres

Le document produit comporte 53 propositions « phares » distribuées, pour plus de lisibilité, dans 5 thématiques liées les unes aux autres.

1/ Prévenir les RPS au travail : *Des avancées mais aussi des limites et des marges de progrès* (6 pistes)

2/ Réduire la contrainte dans les soins (SSC, isolement et contention) : *Promouvoir des pratiques, soins et organisations tournées vers le respect des droits et le rétablissement des usagers en SM* (22 pistes)

3/ Réduire le recours à l'hospitalisation/aux SSC en psychiatrie : *Réorganiser et renforcer l'offre de soins en ambulatoires et les liens avec les partenaires* (14 pistes)

4/ Réduire le maintien en SSC/hospitalisation psychiatrique faute de solutions d'aval : *Renforcer/diversifier l'offre d'aval dans le champ social, médico-social…* (3 pistes)

5/ Améliorer la QVT/Qualité des soins : *Renforcer les effectifs, rendre attractifs la psychiatrie/l'EPS, fidéliser le personnel et renforcer le pouvoir d'agir individuel et collectif* (8 pistes)

Pour chaque thématique, un tableau en trois colonnes présente les pistes d'actions, les constats et/ou les enjeux auxquels elles renvoient, ainsi que les niveaux d'action qu'elles requièrent. Cette présentation a l'avantage de permettre au lecteur de mieux saisir les tenants et aboutissants de chacune des propositions, d'avoir des éléments de compréhension du vécu, de l'expérience et de l'expertise des participants sur lesquels elles s'appuyaient, et de faire le lien entre les constats de départ (difficultés, limites, manques, besoins) et les enseignements tirés. Y adjoindre les niveaux d'actions permettait de mieux saisir les acteurs qui, au sein de l'institution, étaient les plus à même d'agir et de s'en emparer pour les mettre en œuvre.

Avant de présenter dans le détail les propositions, les constats/enjeux et niveaux d'action, nous récapitulons ci-dessous les actions « phares » par thématique pour en donner un bref aperçu.

1/ Prévenir les RPS au travail

- Promouvoir une **approche systémique pour réduire l'exposition aux risques liés au recours aux mesures de contrainte** (isolement et contention), et donc **agir simultanément sur** :
    - *Les postures professionnelles*
    - *Les méthodes de travail*

- *Les organisation des soins*
- *L'architecture et aménagement des lieux*
- *La gouvernance*

- Soutenir le développement d'**espaces d'élaboration** autour **du vécu/des exigences émotionnelles** du métier (santé mentale taboue, recul de ces espaces – avec des variations selon les secteurs)

- Rechercher des solutions pour **alléger les contraintes administratives** et **revenir au cœur du métier**

- Améliorer la **reconnaissance des problématiques de santé mentale au travail** (épuisement, *burn out*, souffrance psychique…)

- **Simplifier et rendre plus lisibles les circuits et procédures** (arrêts/accidents du travail)

- **Partager la responsabilité** en cas de **survenue d'accidents graves ou d'événements indésirables**

2/ Réduire la contrainte dans les soins (soins sans consentement, isolement et contention)

- Promouvoir la **démarche Quality Rights** (QR) de l'OMS

- Repenser **la place des usagers** dans les services :
  - Favoriser la **participation des usagers aux décisions qui les concernent**, l'expression de leurs choix et préférences, leurs capacités d'autodétermination : **renforcer/consolider le développement des mesures d'anticipation en psychiatrie (MAP)**
  - Soutenir la **pair-aidance/l'entraide dans les services, valoriser les savoirs expérientiels**
  - Développer/renforcer **les liens avec les associations d'usagers et de leurs familles**
  - Soutenir **l'intégration des médiateurs de santé pair (MSP)**
  - Prendre en compte/**intégrer leurs points de vue**

- Renforcer les **compétences professionnelles et connaissances des alternatives** à la contrainte :
  - **Formation Quality Rights sur les alternatives à l'isolement et à la contention, colloques, journées d'études, espace d'échange entre secteurs** de l'EPS et au-delà
  - Favoriser les **postures professionnelles** tournées vers l'écoute active, le *care* ou souci de l'autre (partir des besoins des usagers en santé mentale…)

- Repenser le **règlement et les règles du service** dans un meilleur **respect des droits des usagers en santé mentale**

- Systématiser le **questionnement/la réflexion/la recherche d'alternatives à l'isolement et la contention** avec les intéressés :
  - En amont et en aval d'une situation motivant le recours à ces mesures

    - Pour chaque situation … (débriefing, analyse de pratique, retour d'expérience…)
    - Pour des situations ou profils types …

- Promouvoir une **équipe mobile d'intervention en intra** – **soignante, qualifiée**

- **Repenser l'architecture et l'aménagement** des lieux :
    - Promouvoir dans chaque unité d'hospitalisation temps plein (UHTP) un **espace d'apaisement**
    - Ouvrir et réaménager **les zones fermables**
    - Rechercher des alternatives pour renoncer **aux temps de fermeture**

- Améliore**r les prestations d'hôtellerie/respect des droits des usagers** (aller & venir, intimité...)

- Travailler **sur les représentations/avec les partenaires** (élus, préfet, urgences…) :
    - **Préférer l'expression « soins sans consentement » à « soins sous contrainte »** – glissement sémantique et risque de banalisation de la contrainte
    - Engager des actions de **sensibilisation/information/réflexion auprès/avec des acteurs locaux :**
        - Soutenir **l'implication de la psychiatrie dans le développement et la promotion des Conseils locaux de santé mentale (CLSM)**
        - Créer des **espaces/groupes de réflexion sur :**
            - **L'enfermement/la prévention de l'isolement de certaines populations** : détenus, profils relevant des unités de malades difficiles (UMD), personnes sous soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État (SPDRE), personnes confrontées à des problématiques autistiques ou complexes
            - **Obligations de soins en ambulatoire** : profils suivis par les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)

- Si toutes ces conditions sont réunies : **déclarer** les situations donnant lieu à isolement et/ou contention **comme des événements indésirables**, développer des actions correctives et rédiger des rapports, etc.

3/ Réduire le recours à l'hospitalisation/aux soins sans consentement en psychiatrie

- Renforcer et **diversifier l'offre de soins (centre intersectoriel d'accueil et de crise – CIAC –, équipe mobile d'intervention et de crise – EPIC…)** en ambulatoire en direction des personnes confrontées à des **pathologies chroniques et/ou en situation de détresse, crise, angoisse,** déjà suivies et connues ou non

- Veiller au développement de **projets et dispositifs d'action en adéquation avec les besoins observés sur le terrain**

- Promouvoir des **projets porteurs** tournés vers la réhabilitation et le rétablissement pour **redonner du sens, recentrer sur le cœur du métier**

- S'assurer de **financements pérennes et personnels dédiés** pour **ne pas affaiblir l'existant**

- **Sortir de l'hospitalo-centrisme : aller vers 80 % ETP en ambulatoire**

- Réorganiser **la psychiatrie de liaison aux urgences** avec du personnel dédié

- Renforcer les **liens intra-extra pour une meilleure continuité** du suivi et éviter les ruptures de soins

- Renforcer les **liens avec les associations d'usagers et de leurs familles et avec les partenaires** du territoire

- Mettre à disposition du personnel soignant et des aidants un **répertoire des ressources existantes sur le territoire**

- Renforcer les actions d'**information et de sensibilisation** auprès des partenaires et des médias, et les actions de **formation des étudiants** : **lutter contre la stigmatisation de la psychiatrie, de la maladie et de la santé mentale** en prenant appui sur les usagers/pairs-aidants/médiateurs de santé pair (MSP)

- Améliorer la prise en charge de la **transition ado-jeunes adultes** (17-25 ans)

4/ Réduire le maintien en soins sans consentement/hospitalisation psychiatrique faute de solutions d'aval

- **Développer/renforcer l'offre d'aval (champ social, médico-social…) tournée vers le rétablissement et l'inclusion :** Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), logements accompagnés et inclusifs, hébergements temporaires ou non, foyers de vie, post-hospitalisation…, dispositif type *Un chez soi d'abord*

- **Renforcer les liens, articulations et la coordination entre les différents partenaires du territoire en aval**

- **Promouvoir des espaces/groupes de réflexion sur l'enfermement/l'isolement de certaines populations sans solutions d'aval et/ou ni perspectives de sortie** (à la lisière de la psychiatrie et du judiciaire pour rechercher et promouvoir des alternatives)

5/ Améliorer la qualité de vie au travail/qualité des soins et renforcer le pouvoir d'agir individuel/collectif

- **Anticiper les moyens humains et les compétences, augmenter et renforcer les effectifs : constituer des équipes stables, pérennes**
    - **Renforcer la pluridisciplinarité** (éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, etc.)
    - **Développer et intégrer de nouveaux métiers et nouvelles compétences :** infirmiers en pratique avancée (IPA), médiateurs de santé pairs (MSP)

- **Renforcer l'axe gestion des carrières : perspectives de mobilité**

- **Renforcer l'axe gestion des compétences professionnelles : formations…**

- **Développer les actions favorisant conciliation vie professionnelle/privée** – rendre attractif l'EPSM et fidéliser le personnel

- **Promouvoir une QVT organisationnelle *vs* cosmétique : valoriser compétences, ressources, expertises et capacités de créativité des équipes soignantes pour redonner du pouvoir d'agir, redonner du sens au travail**

- **Intégrer dès les projets : la participation des usagers et un volet recherche/évaluation**

- **Travailler sur les enjeux communicationnels, les liens entre management et communication :** entre soignants et médecins, entre soignants et cadres, **et recentrer les missions des cadres sur leur cœur de métier**

- **Développer les espaces dialogiques autour de la qualité du travail bien fait/conception des soins** (différents modèles de conception de la psychiatrie, des soins psychiatriques et de la contrainte dans les soins, peu ou pas discutés)

3.2 Détail des propositions, constats/enjeux et niveaux d'action par thématique

Pour permettre au lecteur d'en avoir une idée précise, nous avons opté pour une insertion de l'ensemble des propositions d'action assorties des constats/enjeux et niveaux d'action – et non de l'ensemble du document (avec la page de couverture, la partie introductive, leurs auteurs et les remerciements, et le rappel du cadre dans lequel il a été produit).

PREVENIR LES RPS DES SOIGNANT.E.S AU TRAVAIL

Des avancées mais aussi des limites et des marges de progrès

Pistes	Constats	Niveaux d'action
Promouvoir une approche systémique pour réduire l'exposition aux risques liés au recours aux mesures de contrainte (isolement et contention) dans les soins : - Soutenir le développement d'actions (multiples) visant à les réduire, à anticiper et à promouvoir des alternatives, - Agir simultanément à différents niveaux : postures individuelles (soignants)/méthodes de travail (service)/organisation des soins (secteur)/architecture, conception et aménagement des lieux/gouvernance (établissement)	Le recours aux mesures d'isolement et de contention est une prise de risque et accroît l'exposition aux RPS : - C'est une partie du travail « *très chronophage et risquée* » car exigeant de mobiliser « *beaucoup de monde qu'il n'y a pas forcément* », surtout la nuit (où le faible effectif conduit à interroger la pertinence de l'acte au regard de la prise de risque, pour le patient, et pour les soignant.e.s) - Il est source de déplaisir et d'insatisfaction, vécu comme un échec (idée de n'avoir pas réussi à trouver les leviers/solutions, d'avoir raté quelque chose ou « *d'être passé à côté de quelque chose* ») - Il vient questionner le travail bien fait/la qualité du travail de soin, et au-delà, le rôle de soignant.e., le sens de sa mission / du soin, l'idéal du métier, jusqu'à alimenter des conflits de valeurs, une souffrance éthique, voire une perte de sens au travail - Il impacte la santé psychologique et physique : « *Contentionner un patient n'est pas facile psychologiquement et physiquement* »	Gouvernance institutionnelle pour impulser/soutenir une dynamique de changement, tout en cherchant à favoriser/promouvoir une dynamique « *bottum-up* » plus que « *top down* »
Soutenir le développement d'espaces d'élaboration autour du vécu/des exigences émotionnelles du métier (type supervision), mis à la disposition des soignants (libres à eux de s'en saisir), à un rythme	Non-dits autour de la santé mentale au travail, taboue Déficit de prise en compte des exigences émotionnelles du métier Recul des espaces d'élaboration dédiés (inégalement développés selon les services/secteurs)	Institutionnel Leaders chefs de secteur

régulier (mensuel ou bimensuel) animés par un tiers, assurant la confidentialité	Enjeu de prévention de la fatigue, de l'épuisement professionnel (faisant craindre des risques de dérives possibles – passages à l'acte ou formes de maltraitances), du *burn out*, de l'usure professionnelle résultant de l'exposition répétée aux situations de violence, physique et psychologique, et au recours aux mesures de contrainte (isolement et contention)	
Rechercher des solutions (outils, dispositifs, organisations de travail…) permettant d'**alléger les contraintes administratives pour revenir au cœur du métier**	Poids des contraintes administratives détournant du cœur du métier, plaçant les soignants devant un dilemme (prioriser) et générant conflits de valeurs/perte de sens du métier (réduit au gardiennage/aux actes techniques *vs* soin relationnel) Priorité donnée à l'administratif passant avant le soin relationnel et la prise en charge du patient (prise en compte de sa souffrance/son bien-être/ses besoins)	Institutionnel Organisation dans les services / en lien avec cadres
Améliorer la reconnaissance et la prise en compte des problématiques de santé mentale au travail du personnel	Manque de reconnaissance institutionnelle du *burn out*, de l'épuisement professionnel, de la souffrance psychique au travail, des arrêts/accidents du travail (mise en doute de l'imputabilité et renvoi vers d'autres instances – commissions départementales) Manque de bienveillance institutionnelle à l'égard de la santé mentale du personnel (dénote pour un EPSM)	Institutionnel
Simplifier et rendre plus lisibles les circuits (ad hoc), les procédures (complexes) en cas d'arrêts/accidents du travail pour violence/souffrance ou trauma psychique : - Améliorer leur connaissance et leur appropriation - Soutenir et accompagner (physiquement au besoin) les agents dans les démarches	Manque de lisibilité/connaissance et complexité des circuits et procédures difficiles à faire aboutir du fait de la multiplicité de démarches (parcours du combattant) qui sont autant de freins dissuadant le recours (*vs* « aller mieux ») Inégalités d'accès et non-recours aux droits selon les connaissances des circuits/procédures et ressources (cognitives…) des agents, ou par découragement	Institutionnel

- Simplifier et faciliter les démarches (horaires adaptés aux contraintes, rappel des RDV et relances), faire des retours aux agents des expertises et audiences Réduire les délais de traitement/réparation du préjudice subi	Horaires imposés, pas de rappel des RDV ni de relances en cas de RDV non honorés, absence de comptes-rendus des expertises et audiences Temporalité de l'administration heurtant celle de l'agent Non reconnaissance d'un accident/arrêt de travail vécu comme une « *2e sanction* »	
Partager la responsabilité en cas de survenue d'accidents graves/événements indésirables en intra : - Favoriser une responsabilité collective et institutionnelle (*vs* responsabilité individuelle) : - Développer des formes de soutien et d'accompagnement par la hiérarchie/le service/l'institution	Report du poids de la responsabilité sur les soignant.e.s – défaut de surveillance vu comme une faute individuelle plus qu'un défaut d'organisation du service, de fonctionnement de l'établissement Absence de soutien institutionnel/de la hiérarchie/l'encadrement Institution peu protectrice de ses agents (ex. enquête de police cherchant à désigner un responsable/coupable)	Institutionnel Leaders chefs de service Cadres Équipe

REDUIRE LA CONTRAINTE DANS LES SOINS
(SOINS SANS CONSENTEMENT, ISOLEMENT, CONTENTION)
Promouvoir des pratiques, des soins et des organisations tournées vers le respect des droits et le rétablissement des usagers en santé mentale

Pistes	Constats	Niveaux d'action
Promouvoir la démarche Quality Rights (QR) de l'OMS au niveau de l'EPS (démarche d'observation, rapport d'étonnement) : accompagnement au changement de pratiques/postures, de l'organisation des soins, outils et méthodes de travail, orienté.e.s respect des droits et rétablissement des usagers en santé mentale	Diverses pratiques, configurations de lieux et de soins contreviennent au respect des droits et libertés des usagers / patients : Enjeu : Favoriser une prise de conscience des enjeux au sein des équipes, identifier les points forts/faibles et pistes d'amélioration, marges de manœuvre et de progrès possibles	Leadership institutionnel Leaders chefs de secteur
Favoriser la participation des usagers aux décisions qui les concernent, leur capacité d'autodétermination, l'expression de leurs choix et préférences : - Renforcer et consolider le développement des MAP* (mesures d'anticipation en psychiatrie) en intra et en extra, pour les personnes déjà connues, identifiées, suivies en psychiatrie : les intégrer dans le dossier du patient pour favoriser l'articulation entre intra et extra, les réactualiser régulièrement (notamment à l'occasion de crise/rechute/ré-hospitalisation) *Mise à disposition de plusieurs outils/supports possibles : directive anticipée, plan de crise conjoint, plan de prévention, « Mon GPS » (guide de prévention	Développement des MAP (type « Mon GPS ») encore balbutiant au niveau de l'EPS Enjeu : faire avec les patients/usagers en santé mentale, tenir compte de leurs choix et préférences, définir avec eux des stratégies pour prévenir et éviter rechutes et ré-hospitalisations et convenir des alternatives en cas de crise/perte de capacités de discernement pour ne pas prendre de décisions à leur place ne tenant pas compte de leurs choix / attentes	Leadership institutionnel Leaders chefs de secteur Cadres Équipes

et de soin, identifier les forces et faiblesses, ressources et compétences de la personne…		
Soutenir et renforcer la pair-aidance/l'entraide dans les services, promouvoir, valoriser et s'appuyer sur leurs compétences/savoirs d'expérience	Pair-aidance peu développée, informelle Ressources et compétences liées au vécu et à l'expérience peu prises en comptes et valorisées	Leaders chefs de secteur Cadres Équipes
Développer et renforcer les liens avec les associations d'usagers en santé mentale et de leurs familles, les faire venir dans les services, s'appuyer sur leurs connaissances, expériences et compétences…	Liens peu ou pas développés avec ces associations Forte méconnaissance entre les uns et les autres, de leur plus-value, apports, actions (de sensibilisation, de formation, etc.)	Leadership institutionnel Leaders chefs de secteur Cadres Équipes
Soutenir l'intégration des médiateurs de santé-pairs (MSP) dans les équipes/les services, en intra et en extra, et faciliter leur intégration : - Penser à des modalités d'accompagnement, d'accueil à l'intégration des MSP alors que leur formation n'est pas achevée pour ne pas les mettre en difficulté - Accompagner/préparer les équipes à l'intérêt/l'apport du MSP pour faciliter son intégration et qu'il soit vu/reconnu comme un collègue, un aidant, et non un patient	3 voire 4 MSP recrutés au sein de l'EPS Enjeu : faire connaître/reconnaître la plus-value de leurs compétences/missions dans les équipes/auprès des usagers en santé mentale Déficit de soutien et d'accompagnement des MSP en formation lors de leur intégration dans les services Déficit de préparation des équipes à l'accueil et l'intégration d'un MSP en tant que collègue Clivage entre « eux » (patients) et « nous » (soignants) peu favorable à un regard « neuf » sur ces « nouveaux » professionnels	Leadership institutionnel Leaders chefs de secteur Cadres Équipes
Promouvoir et renforcer, dès l'intra et en extra, le dispositif d'éducation thérapeutique du patient (ETP) auprès des patients, des aidants et des soignant.e.s : - Prendre appui sur les MSP/intégrant les savoirs expérientiels et trouvant des prolongements via un travail sur l'empowerment – la reprise du pouvoir sur sa vie - Renforcer la formation des soignant.e.s - S'appuyer sur des référents formés dans les services	ETP en l'état actuel à la portée limitée Peu de personnel soignant est formé au travail de l'ETP alors que les soignants sont censés le proposer aux patients Des patients une fois sortis de l'hospitalisation ne veulent pas revenir en intra pour l'ETP Travail de sensibilisation/information à réaliser auprès des aidants/de l'entourage familial parfois dans l'incompréhension des troubles (repérage des symptômes, signes précurseurs de rechutes…)	Institutionnel Leaders chefs de service Cadres Équipes

- Intégrer un volet dédié aux aidants (familles ou entourage) pour renforcer leurs capacités d'action/de prévention/soutien et accompagnement		
Soutenir et promouvoir le développement d'activités thérapeutiques diversifiées et régulières orientées vers la réhabilitation, le renforcement de l'autonomie, la reprise du pouvoir d'agir et le rétablissement	Activités thérapeutiques régulières inégalement investies, développées et soutenues par les chefs de service	Institutionnel Leaders chefs de service Cadres
Renforcer/systématiser les actions de formation des professionnels à la prévention et à la gestion des situations de crise/de violence, aux techniques de désescalade (type OMEGA)	Déficit de formation / connaissance des stratégies et techniques de gestion des situations tendues, conflictuelles, d'agressivité, de violence et de crise Tous les professionnels n'y sont pas formés Crainte de se retrouver dans une impasse et de n'avoir d'autres choix que le recours à ces mesures	Leadership institutionnel Leaders chefs de secteur Cadres Équipes
Renforcer les compétences professionnelles et connaissances sur les alternatives possibles à la contrainte (fermeture des unités, isolement, contention) **par le développement de formation type QR Alternatives à la contrainte** (isolement et contention) **et des rencontres / colloques / journées / voyages d'études / échanges autour des expériences/pratiques innovantes, intégrant le vécu/les recommandations des usagers et de leurs familles**	Déficit de connaissance des alternatives/pratiques possibles, de leurs modalités concrètes de mise en œuvre Le recours à ces mesures en est accru, c'est une facilité, c'est « *plus rapide que de se poser la question de ce qu'on aurait pu mettre en œuvre avant/pendant/après* » Volonté de les découvrir, les connaître, s'y former, se les approprier pour anticiper, promouvoir et rechercher des alternatives	Leadership institutionnel Leaders chefs de secteur Cadres Équipes Associations d'usagers et de leurs familles
Favoriser la création d'espaces d'échange/de partage d'expériences/expertises sur les pratiques d'isolement de contention et les alternatives possibles entre les services/secteurs au sein de l'EPS et au-delà (avec des services extérieurs)	Faible mise en commun, peu de croisements des savoirs pratiques, expériences et expertises Enjeu : cartographier les pratiques au sein de l'EPS, mieux, identifier ce qui se fait, fonctionne, s'en inspirer	Institutionnel Leaders chefs de secteur Cadres Équipes
Favoriser/promouvoir des postures professionnelles tournées vers l'écoute active, le respect, l'expression des ressentis, besoins, attentes des usagers, partir de	Postures entravées par le manque de moyens humains/de temps pour accorder de l'écoute, de la	Leadership institutionnel Leaders chefs de secteur Cadres

leurs besoins et attentes et y répondre (ne pas différer la réponse), **développer la culture du « oui c'est possible »** : conditions pour créer un rapprochement et éviter la survenue de crises, passages à l'acte	disponibilité, une attention, répondre aux demandes/besoins exprimés Enjeu sur le plan des pratiques, postures professionnelles et interactions avec les usagers en santé mentale	Équipes
Établir des règles du service en cohérence avec le respect des droits des personnes et penser l'organisation en fonction des besoins des usagers **Promouvoir des alternatives à l'uniforme/au pyjama hospitalier** : - Repenser l'esthétique, constituer une garde-robe (vêtements civils diversifiés, non démodés, de différentes tailles, etc.) - Promouvoir une organisation pour l'entretien du linge Règles autour de l'usage du téléphone	Organisation moins pensée en fonction des besoins des usagers des services que des soignant.e.s Absence/insuffisance d'alternatives au pyjama hospitalier marqué du sceau de l'institution et dégradant pour les personnes Branle-bas de combat au moment de la certification (livraison de survêtements) / manque d'anticipation d'une autre organisation	Institutionnel Leaders chefs de service Cadres Équipes
Systématiser un questionnement en amont d'une situation motivant le recours d'une mesure d'isolement, interroger le bien-fondé/les motifs de la mesure/identifier les alternatives possibles **Prendre le temps de réfléchir à d'autres manières de faire et de rechercher des alternatives possibles à une mesure de contrainte**	Peu de réflexions en amont en équipe (avec des variations selon les secteurs/services/impulsions données par les chefs de services) Questionner les représentations/étiquetage du patient/conditions d'adressage/d'accueil, sentiments d'insécurité des soignant.e.s Peu d'interrogations sur les pratiques, routines professionnelles, modes de fonctionnement « allant de soi », représentations/étiquetage des patients appelant des modalités de prises en charge spécifiques dont le recours systématisé à l'isolement	Leadership institutionnel Leaders chefs de secteur Cadres Équipes
Engager une réflexion /analyse autour des situations ou profils « types » donnant lieu à la mise en place d'une mesure d'isolement, rechercher les alternatives possibles et examiner les conditions de leur mise en œuvre	Plusieurs cas de figure, notamment : - Profils/crises suicidaires (pourtant passagères et ne justifiant pas une mesure d'isolement) - Profils psychotiques (dont l'isolement est justifié par des arguments cliniques mais un espace d'apaisement	Leadership institutionnel Leaders chefs de secteur Cadres Équipes

	ne pourrait-il pas produire des effets aussi, voire plus, bénéfiques ?)	
Systématiser un questionnement pour <u>chaque</u> situation donnant lieu à une mesure d'isolement/de contention (pas seulement celles appréhendées et/ou vécues comme les plus difficiles ou violentes) : - débriefings en équipe <u>et</u> avec le patient - analyses de pratiques (prise de recul, réflexivité, mise en sens) - retours d'expériences (« RETEX ») **En cherchant à y intégrer le point de vue/vécu des personnes concernées**	Peu de réflexions en aval en équipe (avec des variations selon les secteurs/services/impulsions données par les chefs de services) – débriefings, analyse de pratique Enjeux sur le plan des méthodes de travail	Leadership institutionnel Leaders chefs de secteur Cadres Équipes
Promouvoir en intra une équipe mobile d'intervention mobilisant des soignant.e.s, en capacité d'intervenir le jour et la nuit sur les situations de crise et/ou difficiles à gérer mettant en difficulté les soignant.e.s – projet en cours au sein de l'EPS	Actuellement une équipe de renfort mobilise des agents de sécurité peu ou pas formés à la psychiatrie (pas de connaissances de base) et à la désescalade Enjeu : promouvoir une approche soignante et non sécuritaire	Gouvernance institutionnelle Leaders chefs de secteur
Encourager, soutenir et promouvoir dans chaque unité d'hospitalisation de psychiatrie adulte la création d'un espace d'apaisement mis à la disposition des personnes hospitalisées (en libre d'accès) offrant différents supports multisensoriels (jeux de lumière, instruments de musique, etc.) : - Co-construits dans sa conception, ses modalités de fonctionnement, ses conditions d'utilisation, etc., par les équipes au sens large du terme (avec les ergothérapeutes, etc.) en collaboration avec les personnes concernées/usagers des services - Articulés à des recherches et/ou évaluations afin d'en étudier l'impact/l'intérêt/les bénéfices pour la QVT des soignant.e.s et la qualité des soins des patients	Aucune unité d'hospitalisation de psychiatrie adulte n'est dotée d'un tel espace – le projet de l'une d'elle porté par un cadre il y a quelques années n'a pas reçu à l'époque le soutien de la direction	Institutionnel Leaders chefs de secteur Cadres Équipes Usagers

Ouvrir et réaménager les zones « fermables » : les transformer en espace d'apaisement ? Engager une **réflexion sur les alternatives à promouvoir pour renoncer aux temps de fermeture** (des chambres, zones, unités) **et autres formes d'isolement dans des espaces non dédiés**	Zones fermables (avec un potentiel de 5 chambres d'isolement – souvent occupées) / temps de fermeture des chambres Certaines sont ouvertes/fermées : zone de flou entourant ces espaces et les pratiques qui y ont cours (variables selon les services)	Institutionnel Leaders chefs de secteur Cadres Équipes Usagers
Améliorer les prestations/conditions d'hôtellerie pour une mise en conformité/un meilleur respect des droits/de la dignité des personnes hospitalisées (à l'aller et venir, à l'intimité, etc.) : - Agir sur la configuration du bâti, des chambres et des sanitaires (Étampes), du mobilier, et plus globalement l'environnement sensoriel (odorat, ouïe, vision…) - Rénover/réorganiser/aménager les locaux/chambres (cartes magnétiques pour entrer/sortir, veilleuses dans les chambres…)	Configuration des lieux et conditions hôtelières attentatoires aux droits des personnes hospitalisées (à l'aller et venir, à l'intimité, à des locaux/sanitaires décents, etc.), impactant la QVT et la qualité des soins – notamment dans les services non rénovés (3 sur 10 à Étampes) comportant des locaux peu adaptés (chambres et sanitaires collectifs plus qu'individuels, non fermeture des chambres), mais aussi dans des services rénovés rencontrant des problèmes de fonctionnalité et/ou de fonctionnement (serrure électrique des portes des chambres, fuites des sanitaires, malfaçons…) ; oculi	Institutionnel
Préférer l'expression « Soins sans consentement » (SSC) à l'expression « Soins sous contrainte »	Glissement sémantique faisant courir le risque d'une banalisation de la contrainte dans les soins et d'un recours facilité à son usage – *Cf.* leur recrudescence	Tous niveaux et partenaires
Engager des actions de sensibilisation/d'information auprès des acteurs locaux (élus, préfet, services d'urgences…) **et groupes de réflexion pour favoriser la recherche d'alternatives aux SSC :** **- Encourager/soutenir l'implication de la psychiatrie dans le développement/la promotion des Conseils locaux en santé mentale (CLSM) et la mise en place**	Recrudescence des SSC, SPDRE (préfet, élus, médecins…) et SPPI (stratégies des services d'urgences pour faciliter l'accès aux soins et obtenir une place/un lit d'hospitalisation en psychiatrie) sans prendre la mesure de leurs implications pour les personnes (soins, droits…), et pour les soignants (idée d'un non-choix, de les subir, de devoir en gérer les conséquences) Méconnaissance des CLSM Absence de groupe de réflexion autour des situations complexes pour favoriser l'articulation entre les	Institutionnel Leader chefs de secteur Articulation PTSM/CTS Préfet, élus, CLSM

de groupes de réflexion autour des situations complexes pour favoriser l'articulation entre les différents acteurs du territoire **- Promouvoir un ou des espaces/groupes de réflexion sur l'enfermement/prévention de l'isolement de certaines populations** (détenus, profils UMD, SPDRE, problématiques autistiques ou complexes…) pour rechercher et promouvoir des alternatives **- Idem pour les profils « SPIP » ayant une obligation de soins en ambulatoire** peu favorable à l'adhésion aux soins	différents acteurs à l'échelle d'une ville/d'une communauté e communes/d'un territoire Absence de groupes de réflexion autour de ces problématiques renvoyées vers la psychiatrie par défaut : SSC et isolement souvent prolongé durant le séjour (ex. « D. 398 », « L. 122.1 ») Problématiques à la lisière du judiciaire et de la psychiatrie sources de conflits éthiques Quid de l'utilité/la nécessité du soin et de l'adéquation entre le soin requis et les soins proposés en ambulatoire	
Ces conditions réunies devraient conduire à déclarer les situations donnant lieu à une mise en isolement et/ou contention comme des événements indésirables associés aux soins pour favoriser la réflexion, la recherche et la mise en place d'actions correctives et/ou préventives afin de réduire l'usage de ces mesures et d'éviter que ces événements ne se reproduisent. **Produire des rapports d'incidents, bilans périodiques au sein des services, rapport annuel au niveau de l'EPS, en intégrant le point de vue/vécu des personnes concernées**	Mesures « banalisées », intégrées comme faisant partie de la panoplie des outils disponibles (idée qu'il est difficile de s'en passer, de faire sans), contribuant à en faciliter le recours/l'usage Enjeu : changer le regard porté sur ces pratiques pour en réduire l'usage Un rapport par secteur sur le nombre de patients mis en isolement et la durée moyenne de l'isolement est produit Point de vue/vécu des personnes peu pris en compte/et non intégré dans les rapports	Gouvernance institutionnelle Leaders chefs de service

REDUIRE LE RECOURS A L'HOSPITALISATION/AUX SSC EN PSYCHIATRIE

Réorganiser et renforcer l'offre de soins en ambulatoire et les liens avec les partenaires

Pistes	Constats	Niveaux d'action
Soutenir la réouverture des structures d'extra (CATTP…) fermées depuis la pandémie de COVID	Beaucoup de structures d'extra fermées (CATTP…) dans le contexte du COVID n'ont pas réouvert	Institutionnel Leaders chefs de secteur
Renforcer et diversifier l'offre de soins en ambulatoire sans affaiblir l'existant en direction des personnes confrontées à des pathologies chroniques et/ou en situation de détresse, crise, angoisse, déjà connues et suivies ou non : - Multiplier les portes d'entrée/dispositifs d'action visant à intervenir en amont afin de prévenir les rechutes et d'éviter l'hospitalisation des personnes : . Soutenir le développement d'un Centre intersectoriel d'accueil et de crise (CIAC) et/ou d'une équipe mobile de psychiatrie (EPIC) notamment pour les situations de crise/urgence/risques de rechute des patients connus et/ou confrontés à des pathologies chroniques – une demande formulée de longue date qui n'a jamais abouti . Soutenir le développement d'une structure intermédiaire type centre d'accueil de crise ou antenne de proximité destinée aux personnes en situation de détresse psychique, d'angoisse et/ou de crise (ou en amont de la crise), qui ne sont pas déjà connues	Manque de dispositifs dédiés à ces profils de public, limites des réponses du CMP (en termes d'effectifs et de temps) Les dispositifs existants visant à prévenir les rechutes et réduire l'hospitalisation ciblent d'autres profils de publics ou de problématiques : - CIAC centré sur les profils ou risques suicidaires + dispositif VigilanS (prévention de la récidive suicidaire) - Équipes mobiles ou de liaison (sectorielles, intersectorielles et/ou départementales) dédiées soit à la périnatalité, la petite enfance, la psychiatrie transculturelle, soit au sujet âgé, soit à la précarité, soit aux soins en addictologie Enjeu : éviter/réduire le passage par les urgences des hôpitaux généraux qui aboutissent souvent à une hospitalisation en SSC/SPPI en psychiatrie	Institutionnel Leaders chefs de secteur

- Renforcer l'offre d'appartements thérapeutiques à visée de resocialisation des patients présentant des pathologies chroniques (psychotiques…)	Réduction des places d'appartements thérapeutiques dans le secteur	
Veiller au développement en ambulatoire de projets/dispositifs d'action en adéquation avec les besoins observés sur le terrain par les soignant.e.s, notamment destinés au cœur de cible de la psychiatrie/noyau dur – pathologies psychotiques, troubles bipolaires (*vs* large spectre de problèmes de santé mentale)	Développement de projets/dispositifs d'action qui pourraient bénéficier à ces profils de patients mais qui en sont exclus	Institutionnel Leaders chefs de secteur
Promouvoir des projets porteurs, tournés vers la réhabilitation/le temps passé avec les patients, permettant de redonner du sens/se recentrer sur le cœur du métier/reconstituer et redynamiser le collectif de travail	Logique comptable, de rendement (surcharge de travail sans moyens humains supplémentaires), bureaucratique (priorité donnée à l'administratif), promue par le modèle de l' « hôpital-entreprise » (tournant gestionnaire et managérial) éloignant du cœur du métier et entrant en conflit avec la logique de service public/service rendu à la population	Institutionnel Leaders chefs de secteur
S'assurer de financements pérennes et du personnel dédié pour ne pas affaiblir l'existant	Limites des financements sur projets en réponse des appels à projets (AAP) dont la pérennité des financements est rarement assurée et implique de déshabiller Pierre pour habiller Paul	Institutionnel Leaders chefs de secteur
Renforcer le « virage ambulatoire » pour sortir de l'hospitalo-centrisme : redistribuer les moyens dans la communauté pour soutenir le développement d'équipes mobiles privilégiant l'aller vers et dispositifs d'action (CAC…) centrées sur la proximité	Actuellement plus de 60 % du personnel est affecté à l'intra : ne faudrait-il pas inverser la tendance et aller même au-delà (jusqu'à 80 % des moyens consacrés à l'ambulatoire) ?	Institutionnel Leaders chefs de secteur
Réorganiser la psychiatrie de liaison au niveau des urgences des hôpitaux généraux avec du personnel dédié pour ne pas affaiblir l'existant (intra ou extra) : - Soit ajouter des temps médical et paramédical supplémentaires pour mener à bien cette activité,	L'organisation actuelle de la psychiatrie de liaison à Étampes se fait au détriment de la prise en charge des patients du secteur puisqu'elle consiste à retirer du temps médical et/ou paramédical (devenu rare) octroyé à la psychiatrie pour le mettre à disposition des urgences	Institutionnel Leaders chefs de secteur

- Soit promouvoir une organisation reposant sur du personnel médical et paramédical entièrement dédié à cette activité.	(contrairement à ce que prévoyaient les conventions il y a quelques années). Or ce temps est jugé chronophage, et il s'opère un transfert de charge et de moyens sur la psychiatrie	
Renforcer les liens intra-extra pour une meilleure continuité du suivi et pour éviter les ruptures moyennant : - Des dispositifs facilitateurs et/ou outils de suivi communs (MAP…) à imaginer - Des professionnels jouant un rôle clé, à l'interface, d'articulation, de coordination du suivi des situations : IPA, MSP, référents/binômes dans les CMP - Des points de rencontre/découverte/échange autour des univers de travail et de leurs spécificités	Difficile ou insuffisante articulation intra/extra faute de moyens humains et de temps, risque de discontinuité dans les parcours de soins et de rupture dans les soins de part et d'autre Déficit de connaissance du travail en intra/extra générateur d'incompréhensions	Institutionnel Leaders chefs de secteur
Renforcer les liens avec associations d'usagers et de leurs familles	Manque de connaissance, liens, coopération pour soutenir le parcours de soin et l'inclusion sociale…	Institutionnel Chefs de secteur
Engager / renforcer un travail sur l'inclusion sociale et le rétablissement pour dissocier le lieu d'hébergement du lieu de soins	Manque de structures d'aval/lieux et places d'hébergement/lieux de vie – champ du handicap	Institutionnel Articulations à rechercher avec les axes du PTSM du département
Renforcer/élargir le travail de lien/réseau/partenariat avec les différents partenaires tels que les commissariats, pompiers…) **pour accroître la connaissance** (y compris de la pathologie psychiatrique) **et favoriser les articulations**	Manque de liens, d'interconnaissance, sensibilisation à la psychiatrie et espaces de discussions pour favoriser les articulations, convenir au besoin de protocoles pour préciser les modalités d'action	Leaders chefs de secteur
Mettre à disposition du personnel soignant et des aidants/de la population un répertoire (régulièrement actualisé) **recensant l'ensemble des ressources existantes en psychiatrie et au-delà** (social, médico-social, espaces d'écoute dédiés…) et permettant d'identifier qui fait quoi, les personnes ressources à contacter	Manque de connaissance, lisibilité, visibilité de l'ensemble des ressources existantes sur le territoire : « Ça *nous limite dans notre champ d'action et de propositions. On ne sait pas quoi proposer* »	Articulation PTSM

Engager/renforcer les actions d'information, de sensibilisation et de formation auprès des étudiants/partenaires/de la population/des médias pour lutter contre la stigmatisation de la psychiatrie et de la santé/maladie mentale en prenant appui sur les usagers/pairs-aidants/MSP	Représentations sociales de la psychiatrie et de la santé/maladie mentale connotées péjorativement et négativement du côté de la violence/de la folie Enjeu : changer les mentalités, faire évoluer le regard, transformer les représentations sociales dominantes, améliorer l'image que les gens ont de la psychiatrie et de la santé/maladie mentale	Articulations à rechercher avec le PTSM / les CLSM et les partenaires locaux / les SISM…
Améliorer la prise en charge de la transition ados-jeunes adultes (17-25 ans) : - Créer une structure intermédiaire de transition offrant un cadre rassurant et réconfortant, en ambulatoire et en intra (projet qui n'a pas abouti) – en dehors des 1ers épisodes ou entrées dans la psychose (existe le CSAJA) : - Réfléchir à la possibilité d'offrir un lieu de répit prenant la forme d'un espace intermédiaire non spécialisé/non étiqueté soins, social ou éducatif, mais proposant une approche globale et apportant une attention, une écoute, et des possibilités d'hébergement au besoin (rupture avec la famille)	Transition adolescent-adulte mal assurée, manque de continuité dans les soins, changement d'interlocuteurs (psychologues…), risques de ruptures dans les parcours de soins, risques de trauma en psychiatrie adulte (environnement peu favorable à une adhésion aux soins) Absence de ressources en la matière et tendance à solliciter la psychiatrie pour offrir un temps de rupture avec la famille	Institutionnel Leaders chefs de service Articulation PTSM / CLSM et partenaires locaux

REDUIRE LE MAINTIEN EN SSC/HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE FAUTE DE SOLUTIONS D'AVAL

Renforcer/diversifier l'offre d'aval dans le champ social et médico-social…

Développer/renforcer l'offre d'aval dans le champ social et médico-social adaptée aux besoins des personnes stabilisées, tournée vers le rétablissement et l'inclusion : - Des modalités d'accompagnement en milieu ordinaire de type SAVS ou SAMSAH (service d'accompagnement à la vie sociale / médico-social pour adultes handicapés) - Des logements accompagnés et inclusifs/hébergements temporaires ou non – est cité un dispositif d'appartements inclusifs expérimental financé par l'ARS, pour des patients hospitalisés depuis plus d'un an (« *chroniques au long cours stabilisés* ») et « *désengorger* » l'hôpital, mobilisant l'équipe soignante pour suivre 4-5 patients dans un appartement - Des structures *ad hoc* : foyers de vie, post-hospitalisation, pour différents profils de personnes **:** autisme, handicap vieillissant, situations sociales complexes, patients psychotiques « *chroniques au long cours* » (stabilisés/non réceptifs aux traitements), etc. - Des dispositifs d'hébergement type « Un chez soi d'abord » destiné aux personnes à la rue/sans abri confrontées à des troubles psychiques ou psychiatriques	Déficit de ressources (places et structures) et zones d'action peu ou pas couvertes sur le territoire conduisant à emboliser les unités d'hospitalisation psychiatrique dédiées à l'aigu/la crise, saturées par un ensemble de situations/personnes stabilisées dont l'hospitalisation en SSC est prolongée des mois voire des années faute de solutions d'aval : - Maintien en hospitalisation/SSC pour des raisons autres que médicales contrevenant aux droits des personnes à se voir réserver des modalités de prise en charge adaptées à leur situation et à leur état de santé (et DMS non respectée…) - Risque de chronicisation en psychiatrie et perte d'autonomie pour les personnes concernées, allant jusqu'à redouter la sortie - Retards d'hospitalisation faute de places/lits augmentant le recours à la contrainte (SSC, isolement) → Situations alimentant le sentiment d'être dans une impasse (idée qu'il n'y a pas de solution), dilemmes éthiques et perte de sens du travail/du soin, plus encore en cas de mise en isolement	Leadership institutionnel Leaders chefs de secteur Articulation PTSM/CTS Préfet, élus, CLSM
Renforcer les liens, les articulations (échanges, communication) et la coordination entre les différents partenaires du territoire, en aval d'une hospitalisation	Manque de connaissance et de liens entre les différents partenaires	Institutionnel Leaders chefs de secteur Articulation partenaires

Promouvoir un ou des espaces/groupes de réflexion sur l'enfermement/l'isolement de certaines populations sans solutions d'aval (détenus, profils UMD, SPDRE dont personne ne veut prendre le risque de lever par souci de protection de la société, personnes confrontées à problématiques autistiques ou complexes…) **pour rechercher et promouvoir des alternatives**	Absence de groupes de réflexion autour de ces populations/problématiques, notamment celles à la lisière de la psychiatrie et du judiciaire maintenues en psychiatrie par défaut, mettant en difficulté les services (embolisés), les personnels (conflits éthiques, situations chronophages au détriment des autres patients), et les personnes concernées dont certaines « *sans issue* », sans perspective de sortie possible, sans devenir, exposées à des risques accrus de décompensation, démotivation et perte de sens de leur engagement dans les soins	Leadership institutionnel Leaders chefs de secteur Articulation PTSM/CTS Préfet, élus

AMELIORER LA QVT/QUALITE DES SOINS
Renforcer les effectifs, rendre attractif la psychiatrie/l'EPS, fidéliser le personnel et renforcer le pouvoir d'agir individuel et collectif

Anticiper les moyens humains et les compétences, augmenter et renforcer les effectifs pour constituer des équipes (encadrantes, médicales, soignantes) **pluriprofessionnelles, stables et pérennes, afin de renforcer leur pouvoir d'agir, moyennant la création de postes spécifiquement dédiés** : - Renforcer la pluridisciplinarité des équipes : infirmier.ère.s, aides-soignant.e.s, psychologues, ergothérapeutes, art-thérapeutes, éducateurs.trices,, animateurs.trices… - Développer et intégrer de nouveaux métiers et de nouvelles compétences : infirmier.ère.s en pratique avancée (IPA) pour renforcer les actions de coordination/articulation autour des parcours de soins, MSP pour s'appuyer les savoirs expérientiels → Nécessité d'élargir et de s'ouvrir à d'autres métiers/compétences dans un contexte de tensions et difficultés de recrutement	Collectifs de travail affaiblis par : - Le sous-effectif chronique (source de stress, report de la charge, fatigue…) et/ou la pénurie médicale et soignante (+ ou - forte selon les services/les secteurs) - La rotation du personnel soignant et le fort *turn over* de l'encadrement, des médecins et surtout des cadres - La solidarité intersectorielle pour compenser les sous-effectifs dans des services et dépanner les collègues au détriment du.des service(s) et prises en charge des patients du service → Impact sur la cohésion d'équipe (manque de confiance…), la capacité d'agir des collectifs de travail (absence de « routine », entente…) et la qualité des soins/prise en charge des patients (manque de temps, rares entretiens, rares activités, recul de la clinique) – → Organisations de travail maltraitantes pour les soignants (pénibilité accrue, usure, fatigue, perte de sens du métier recentré sur les besoins primaires, les soins techniques, le gardiennage) et les patients (laissés seuls, face à leurs angoisses…) : la qualité des soins en pâtit Tensions et difficultés de recrutement dans la profession infirmière : - Leur recrutement ne permet pas de compenser les départs (en retraite, pour mutation, pour arrêt maladie)	Institutionnel Leaders chef de service

	- Les postes de soignants/infirmiers ne peuvent être remplacés qu'au bout d'un an Faible ouverture de postes d'aides-soignant.e.s en dépit des candidatures nombreuses Encore peu de postes de MSP et d'IPA…	
Renforcer l'axe gestion des carrières : - Offrir des perspectives d'évolution professionnelle, les rendre lisibles… - Rendre effectives les demandes de mobilité et mutations sur d'autre services dans des délais acceptables – consolider les évolutions récentes allant dans ce sens, positives et encourageantes	Politique d'attractivité et de fidélisation du personnel soignant insuffisante, qui plus est dans un contexte de difficulté de recrutement Demandes de mobilité/mutation sur d'autres services et perspectives professionnelles en *stand by* malgré les promesses faute d'effectifs suffisants : source de découragement, épuisement, usure Départs de nombreux soignants/fuites de l'EPS Faible anticipation des transformations du rapport au travail des nouvelles générations/diplômées (en position de force au regard de l'offre abondante, choix de mobilité, de l'intérim)	Institutionnel
Renforcer l'axe gestion des compétences professionnelles – pouvoir d'agir individuel et collectif - Rendre effectif l'accès aux formations (de base en psychiatrie, OMEGA, ETP…) - Accroître le nombre de places des formations de base en psychiatrie et les étendre à un ensemble diversifié de professionnels (personnel de sécurité, secrétaires…) - Proposer des formations à l'ensemble des professionnels et non par profession/discipline - Soutenir le choix de formation des soignant.e.s - Augmenter et diversifier l'offre de formation : sur les droits des patients/usagers, les pratiques orientées réhabilitation et rétablissement (démarche et formation QR pour réduire l'isolement et la contention)	Enjeu : pallier les déficits de formation en psychiatrie, d'accompagnement et de compagnonnage (recul de la transmission intergénérationnelle) En interne, politique (volontaire) de formation (y compris des nouvelles recrues) à la portée limitée : - Problèmes d'accessibilité aux formations de base en psychiatrie obligatoires faute de places (dans les formations) ou d'effectifs (dans les services) - Barrières à l'accès aux formations : coût, durée, manque de personnel, logique professionnelle et hiérarchique, en silo Choix des agents pas toujours soutenu Méconnaissance et volonté de découvrir/s'enrichir des expériences et pratiques visant à réduire l'usage de la	Institutionnel

- Faciliter/renforcer l'accès aux formations type DU en santé mentale (pas seulement les formations en intra) - Fournir et diversifier des outils / infos / supports de réflexion/remise en question des pratiques - Diversifier les voies de professionnalisation et de renforcement des savoirs et connaissances (organisation de rencontres, journées et voyages d'études afin d'échanger autour des pratiques et expériences innovantes) - Repenser / Faire évoluer le diplôme d'infirmier : revenir à une spécialisation des infirmiers en psychiatrie (sans nécessairement passer par la fac ou ajouter une année supplémentaire)	contrainte dans les soins, tournées vers un meilleur respect des droits et le rétablissement des usagers Nécessité de se former aux enjeux de santé mentale et psychiatrie dans la cité – se perfectionner Peu d'outils / supports mis à la disposition des soignant.e.s pour (re-)penser les pratiques 1ère ligne ne bénéficiant pas des voyages d'études Formation de base en psychiatrie peu ou pas assurée, créant les conditions d'insécurisation au travail, favorisant des postures professionnelles inadaptées, et fragilisant le pouvoir d'agir des équipes	
Développer des actions cherchant à favoriser la conciliation vie professionnelle/vie privée, à rendre attractif l'EPS et à fidéliser le personnel : - Offrir des places de crèche ou de garde adaptées pour les enfants des soignant.e.s – projet de crèche à SGBD - Offrir des possibilités de logements décents (et non insalubres) pour les soignant.e.s, et ce pas seulement sur les deux sites (Étampes et SGBD) mais au-delà - Offrir des espaces dédiés au bien-être/ressourcement - Offrir des primes aux soignant.e.s (à l'instar de ce qui se pratique dans d'autres hôpitaux), de manière transparente (et pas seulement au mérite)	Jeunes diplômés d'emblée affectés sur le site de SGBD, moins connu que le site Étampois, et moins attractif Aucune offre/proposition adaptée pour la garde des enfants du personnel soignant Logements insalubres parfois, et seulement situés sur les sites/villes d'implantation de l'EPSM Peu d'actions tournées vers le bien-être du personnel Manque de lisibilité et de transparence sur les conditions d'attribution des primes	Institutionnel
Promouvoir une QVT organisationnelle se proposant d'agir sur les organisations et conditions de travail en privilégiant une approche « *bottum up* » (*vs* « *top down* ») **pour redonner du pouvoir d'agir au personnel soignant** : - Reconnaître, promouvoir et valoriser l'expertise, la capacité d'action, de réflexion et d'innovation	QVT assez « cosmétique » en France : faible développement du modèle de QVT organisationnelle diffusée dans les « Hôpitaux Magnétiques » (Magnet Hospitals) aux Etats-Unis dans un contexte de difficulté de recrutement du personnel Enjeu : s'inspirer de ce modèle pour fidéliser le personnel soignant et redonner du sens au travail	Institutionnel

(inventivité, créativité) des acteurs de terrain (équipes soignantes et médicales) - Soutenir les propositions (d'organisations) et projets (de dispositifs) d'action co-construits par le « bas », la base (les équipes sur le terrain) - Assurer une continuité/un retour sur les suites données aux projets		
Intégrer dès la conception des projets d'action : **- La participation des usagers en santé mentale** **- Un volet recherche et/ou évaluation**, incluant les critères d'appréciation des personnes concernées elles-mêmes (sur la qualité des soins et l'aller mieux), pas seulement ceux des équipes	Insuffisante participation des usagers aux projets qui les concernent Nécessité d'évaluer les effets produits au regard des objectifs visés, l'impact sur la QVT/qualité des soins, et opérer des réajustements de l'action si besoin est	Leadership institutionnel Leaders chefs de secteur Cadres
Travailler sur les enjeux communicationnels, les liens entre management et communication au sein de l'institution pour accroître le pouvoir d'agir collectif : - Renforcer les liens/la communication entre les médecins et les soignants, et entre les cadres et les soignants - Recentrer les missions des cadres sur leur cœur de métier, la proximité avec les équipes, le terrain, pour leur permettre d'être plus en prise avec les enjeux du travail réel et d'assurer leur rôle d'interface entre les équipes soignantes et médicales - **Valoriser et promouvoir les temps dédiés aux échanges, tant au sein des équipes qu'avec les patients**	Pouvoir d'agir du collectif de travail affaibli par : - Le manque de communication entre soignant.e.s et médecins, et l'absence d'espaces-temps de partage plus informels (pause, repas…) communs - Le manque de communication entre soignant.e.s et cadres, en partie lié à l'évolution de leurs fonctions et missions les éloignant des enjeux du travail concret - L'absence et la mutualisation des cadres supérieurs et/ou postes de cadres occupés par des collègues faisant fonction de, privant les équipes soignantes d'un allié majeur, jouant un rôle d'interface avec les équipes médicales, et contribuant à renforcer le caractère dissymétrique des positions entre les équipes, soignantes et médicales - Des relations très clivées et conflits de valeurs entre les soignant.e.s animés par la logique de service public rendu à la population, l'encadrement et la DRH (aussi exposée à un fort *turn over*) formés au management (New public management)	Leadership institutionnel Leaders chefs de secteur Cadres

Développer les espaces dialogiques pour interroger la qualité du travail bien fait : - Croiser/confronter les regards sur le travail bien fait (*vs* travail ni fait ni à faire)/la qualité des soins : - Clarifier la conception/le positionnement vis-à-vis de la contrainte dans les soins par rapport au modèle conceptuel mobilisé, à la manière de concevoir la pathologie en psychiatrie et les missions la psychiatrie au regard de la diversité des attentes/évolutions sociales et sociétales	Absence de réflexion, échange et débats : - sur ce qu'est la qualité du travail bien fait alors qu'existe une diversité de regards, points de vue, analyses, critères selon sa place / son rôle (soignant / cadre / médecin / organisation syndicale / direction) et au sein même d'une profession - sur la/les manières de concevoir le mandat de la psychiatrie, les responsabilités lui incombant, la pathologie, les soins… Diverses missions / attentes normatives (juridiques, sociales, médicales, en termes de contrôle social, etc.) plaçant les soignant.e.s face à des injonctions paradoxales générant des conflits éthiques pour un ensemble de problématiques « frontières », à la lisière de la psychiatrie, du judiciaire ou du social	Leadership institutionnel Leaders chefs de secteur Cadres Équipes Organisation syndicales

3.4 Et après ? Quelles suites données à ce travail ?

3.4.1 Instaurer un espace de dialogue avec les différents acteurs concernés, donner une continuité à ce travail et aboutir à des réalisations concrètes : des attentes fortes du groupe

La mise en place de groupes de travail avec différentes catégories de personnel (soignants, cadres, médecins) afin, ensuite, de les faire dialoguer et de mettre en débat leurs réflexions et propositions d'action aurait été idéale mais exigé des moyens humains et de temps nettement plus conséquents alors que leur faisabilité était incertaine. Cette recherche se voulant exploratoire, notre choix a été de limiter l'investigation au groupe des soignants – quitte à envisager des prolongements dans le cadre d'une recherche ultérieure.

Nous avons opté pour la constitution d'un groupe homogène, composé de professionnels de terrain « en première ligne » (aides-soignants et infirmiers), sans présence de la hiérarchie (cadres, médecins), pour faciliter la prise de parole entre « semblables ». Si les participants ont reconnu que cette modalité d'organisation, dans « l'entre-soi soignant », était plus favorable à une expression plus « libre » qu'en présence de la hiérarchie susceptible de produire des effets d'autocensure et qu'il était donc important de préserver un espace de discussion qui leur soit propre[105], ils en ont aussi souligné les limites.

Leur souhait aurait été de pouvoir constituer un groupe pluriprofessionnel à l'image des équipes, d'y associer des cadres et des médecins et de l'ouvrir à d'autres acteurs-clés, notamment le psychologue du service de santé au travail et la direction des soins considérant, d'une part, que les RPS touchent toutes les catégories de personnels au sein de l'institution, d'autre part, que les changements escomptés ne dépendent pas que des soignants dont le pouvoir d'action en la matière est réduit, mais impliquent une pluralité d'acteurs dans un système d'action aussi complexe que l'hôpital, en premier lieu les médecins, premiers concernés puisque prescripteurs des mesures de contrainte (isolement, contention) et garants de la conformité avec la législation des soins sous contrainte.

Pour les participants, l'enjeu de l'implication de ces différents acteurs dans la démarche était triple. Il s'agissait d'abord, de favoriser leur investissement/responsabilisation et l'engagement d'une dynamique de changement ; ensuite, de leur faire entendre les points de vue et expertises des soignants, voire prendre conscience des situations auxquelles ils sont confrontés, et pouvoir en échanger d'une manière plus distanciée et détachée des enjeux de l'action (un événement, une situation de violence), d'individualité (sans viser personne) et de rapports sociaux (de hiérarchie), du fait d'une montée en généralité ; enfin, de croiser les points de vue et les mettre en débat.

Cette volonté d'ouvrir le groupe de travail aux acteurs intéressés de près ou de loin par ces questions, exprimée dès la première rencontre, s'articulait à une attente forte des participants, formulée dès la deuxième séance et réaffirmée par la suite, à savoir que des prolongements puissent être donnés à ce travail, a minima que ses résultats puissent bénéficier d'une diffusion suffisamment large au sein de l'établissement, voire au-delà, et déboucher sur des actions concrètes œuvrant en faveur de l'amélioration de la QVT et de la qualité de soins. Cette

[105] Les participants faisaient ce constat que dans les services la parole ne circule pas aussi facilement et qu'il n'est pas aisé de s'autoriser à prendre la parole devant la hiérarchie ou les collègues et encore moins de formuler des critiques à l'encontre du corps médical. « *On ne libère pas la parole si facilement* », « *on pèse ses mots devant les encadrants* » (verbatim extrait du compte-rendu de la première séance).

préoccupation traduisait une crainte, celle que ce travail soit vain, n'aboutisse à aucun changement et ne transforme pas fondamentalement leurs conditions de travail et QVT – elle rejoignait en cela les doutes et le scepticisme exprimés lors de l'étude préliminaire par des partenaires sociaux et acteurs de services de santé au travail.

3.4.2 L'organisation d'une séance de restitution

Aussi pertinente et légitime soit cette demande d'ouverture du groupe[106], il était difficile d'y répondre dans les délais impartis à la réalisation de ce volet de la recherche. Pour tenir compte de ces contraintes, une solution alternative se voulant « pragmatique » a été proposée et validée par le groupe, à savoir organiser des temps de discussions autour des points de tension et résultats de ce travail pour débattre des pistes de réflexion avec l'ensemble des personnels concernés. Le fonctionnement hiérarchique et la temporalité propres à l'institution n'ont toutefois pas permis de les déployer dans le temps de la recherche.

La possibilité d'avoir un temps d'échange autour du travail produit n'en restait pas moins importante pour envisager les suites à lui donner. A cette fin, il a été convenu avec les directions (soins, recherche) d'une séance de restitution du travail. Elle s'est tenue le 20 avril 2020 dans une salle dédiée à la formation sur le site principal de l'EPS B. Durand et a réuni une vingtaine de participants :

- 6 soignants du groupe de travail (les deux autres ne pouvant se rendre disponibles en raison de congés ou d'obligations de service) ;
- 2 autres soignants ;
- 3 ou 4 cadres, de santé ou supérieurs ;
- Des responsables ou personnels de directions : 2 pour la direction des soins, 2 pour la DRH, l'un en charge de la prévention des RPS, l'autre de la qualité de vie au travail, 4 pour la direction de la recherche ;
- Les 2 chercheuses-accompagnatrices.

La séance ayant été organisée dans un délai assez court, cette temporalité et l'actualité chargée de l'EPS ne permettaient pas d'impliquer les différents niveaux hiérarchiques et de mobiliser beaucoup de soignants, de cadres et encore moins les médecins. La mobilisation d'un nombre réduit d'acteurs, notamment de cadres, et l'absence de médecins ou d'autres personnels faute de disponibilités étaient donc attendues[107] et n'ont guère surpris, même si cela a pu générer des déceptions dans le groupe[108].

---

[106] Cette demande s'inscrivait pleinement dans le sens de la démarche participative proposée aux participants les invitant à se positionner à une place d'acteurs réflexifs, à prendre des décisions et des orientations sur la recherche, et à en faire évoluer certains aspects en tenant compte de leurs points de vue et en partant de leurs préoccupations.

[107] L'invitation a été adressée à une trentaine de personnes parmi les cadres et les personnels de direction. Le psychologue du travail qui devait se joindre a dû se dédire à la dernière minute et regretté de ne pouvoir se joindre. Le président de la CME et le service qualité n'ont pu être mobilisés et/ou se rendre disponibles.

[108] Les participants auraient souhaité que soit donnée une autre ampleur à cet événement, en l'organisant par exemple dans la salle de conférence de l'établissement afin de toucher un plus grand nombre d'agents (sachant que l'EPS compte 700 soignants). Cela aurait été perçu comme un indicateur fort de la place ou de l'attention accordée à cette question au sein de l'EPS.

Elle a néanmoins permis d'amorcer un échange autour du document de travail produit par le groupe[109], transmis quelques jours plus tôt aux participants afin qu'ils puissent en prendre connaissance en amont, dans l'idée d'avoir leurs retours et, depuis le rôle et la place que chacun occupait au sein de l'institution, les actions qu'il leur semblait possible d'engager et/ou les perspectives sur lesquelles cela ouvrait.

Que retenir de ces échanges ? Nous retiendrons deux principaux points, le premier concernant les pistes et perspectives ouvertes pour valoriser ce travail au sein de l'institution, le second les zones d'amélioration identifiées et enjeux restant à relever.

3.4.3 Pistes et perspectives ouvertes

Plusieurs pistes ont été précisées – la liste est non exhaustive et susceptible d'évoluer. Plusieurs, suggérées par le groupe et soutenues par les participants, concernent les modalités de diffusion du document produit au sein de l'établissement, voire au-delà :

- Présenter le document sous une forme synthétique et multiplier les supports de diffusion pour en faciliter l'accès aux agents : flyer, Intranet, journal de l'établissement, poster via un lien, flash dans la Newsletter ;

- Organiser une restitution/présentation du travail réalisé dans la salle de conférence pour toucher un plus grand nombre d'agents ;

- Présenter ce travail et/ou diffuser le document (ou une version plus synthétique) dans les instances (CME, nouvelle instance remplaçant le CHSCT) ainsi que dans les collèges des différents corps professionnels (psychologues, ergothérapeutes…) de l'établissement.

D'autres pistes, évoquées ultérieurement lors d'échanges avec des membres du groupe, pourraient être envisagées :

- Mettre à disposition le document dans le centre de documentation de l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) rattaché à l'EPS ;

- S'appuyer sur les organisations syndicales pour diffuser le document aux autres EPSM.

Une autre proposition, suggérée par un membre du personnel de direction après la séance, permettrait de s'assurer qu'une continuité au travail soit donnée, ou d'y veiller : il s'agit de mettre en place un comité de pilotage associant les directions (DRH, soins, cadres), le service de santé au travail (SST) et les partenaires sociaux pour prioriser les actions, clarifier celles déjà engagées et/ou restant à renforcer et à consolider, identifier celles restant à engager et/ou envisageables de la place de chacun, et dans une perspective systémique, définir les moyens à déployer pour les mettre en œuvre et les modalités de travail.

[109] La séance s'est subdivisée en deux séquences d'environ une heure chacune : un premier temps (assuré par la sociologue) pour rappeler le cadre de la recherche puis de présenter la démarche proposée à l'EPS B. Durand et ses principaux résultats, suivi d'un second temps voué à la discussion autour du document co-produit par le groupe.

3.4.4 Zones d'amélioration identifiées, enjeux et défis à relever

La séance a fait émerger plusieurs zones d'amélioration, trois principalement, qui sont autant d'enjeux et de défis à relever. Les deux premiers ont plus particulièrement retenu l'attention du personnel de direction, le troisième celle du groupe des soignants, dont c'est d'ailleurs une des propositions.

Le premier enjeu est d'ordre communicationnel : il s'agit d'améliorer la communication en interne pour faire connaître aux agents sur le terrain les actions engagées au sein de l'institution, qui souffrent d'un manque de visibilité et/ou lisibilité. Construit à partir du ressenti des seuls soignants, le document de travail a été perçu par le personnel de direction comme venant mettre au jour un défaut majeur de communication en interne, au sein de l'institution. Aux dires des directions, l'institution est d'ores et déjà engagée dans une dynamique de changements et plusieurs des actions proposées par le groupe sont déjà mises en place ou en passe de l'être, pour améliorer la qualité de vie au travail des soignants (comme renforcer l'attractivité, recruter et fidéliser le personnel)[110] et la qualité des prises en charge des patients, vers moins de contrainte dans les soins[111]. Mais elles sont visiblement peu ou pas connues par les agents.

Non pas qu'il n'y ait pas de volonté de communiquer ou aucune action entreprise en ce sens. En revanche, les canaux utilisés et moyens mobilisés (réunions, notes et courriers, site intranet, messagerie sécurisée, affichage) pour faire remonter les informations jusqu'aux soignants présentent des limites et ne sont visiblement pas adaptés : soit qu'il est difficile de faire le tri dans les flux d'informations communiquées, notamment par le biais des NTIC, soit qu'il manque de temps pour les consulter, soit que les informations ne redescendent pas des cadres vers les soignants, soit que les agents et/ou leurs représentants les filtrent selon leurs intérêts. Cet enjeu, qui a plus globalement à voir avec questions de lisibilité et de transparence de la gouvernance sur les projets institutionnels, les évolutions ou les perspectives à venir et leurs échéances, est jugé crucial pour infléchir le ressenti des soignants, transformer leurs représentations de l'établissement et augmenter leur niveau de satisfaction qui, sans cela, peuvent avoir le sentiment d'une dynamique d'action insuffisante voire d'une inertie, une image peu positive de l'établissement, perçu comme insuffisamment mobilisé pour se rendre attractif et/ou fidéliser le personnel, et accentuant le *turn over*, les départs et fuites de l'hôpital. Réfléchir à un plan dédié à la communication en interne, reste en grande partie un défi à relever.

Le deuxième enjeu est d'ordre organisationnel : il s'agit d'améliorer les conditions de travail (notamment liée à la gestion du manque/des tensions en effectif, ou encore à l'impact de la pression normative sur la qualité des prises en charge des patients), les organisations de travail (par exemple l'inégal développement inégal des espaces de réflexivité sur les pratiques) et les pratiques professionnelles (notamment celles relatives à l'enfermement/isolement, dans des

[110] Par exemple par l'introduction de méthodes de management de la QVT importées du privé, pour développer et promouvoir des modes de recrutement du personnel qui se veulent plus innovants, du moins pour l'institution (actions en cours et dynamique de changement amorcé, à la fois pour anticiper les effectifs humains, renforcer les effectifs et la pluriprofessionnalité avec par exemple le recrutement d'éducateurs, moyennant des modalités de recrutement nouvellement mises en œuvre – sur les réseaux sociaux, dans des salons ou à l'international pour les psychiatres, ou des congrès organisés par la profession, chasseurs de tête –, ou encore l'organisation d'activités type escalade se voulant plus conviviales, facilitatrices des liens d'interconnaissance, d'entraide, facilitant par la suite l'interpellation, la cohésion d'équipe, etc.).

[111] Différents projets sont portés et soutenus par l'institution, comme la volonté de créer une équipe mobile d'intervention pour les situations de crise en intra, composée de soignants qualifiés, ou encore de renforcer les actions de formation Quality Right sur l'isolement et la contention.

zones fermables ou hors espace dédié par exemple), dans l'idée là aussi de faire évoluer le ressenti des soignants.

Il s'articule avec le troisième enjeu, transversal aux deux précédents enjeux qu'il englobe et dépasse à la fois, qui est d'ouvrir les espaces dialogiques entre les différents acteurs de l'hôpital (soignants, cadres, médecins, directions, partenaires sociaux), sans oublier les premiers concernés, les usagers en santé mentale, afin de débattre des critères de la qualité du travail bien fait/des soins relativement à l'usage de la contrainte pour agir sur les conditions et les organisations de travail – c'est d'ailleurs une des propositions d'action du groupe.

Nous pouvons regretter que la temporalité et la méthodologie de la recherche n'ait pas permis d'engager des groupes de travail avec les différentes catégories de personnel de l'établissement. Cela aurait permis de mieux prendre en compte le point de vue, l'expérience et l'expertise des différents groupes, de les faire dialoguer, de mettre en vis-à-vis leurs propositions d'action respectives et, sur cette base, d'impulser une dynamique d'échange, de débat et de réflexion dont on peut penser qu'elle en aurait été enrichie, qu'elle aurait permis d'aboutir à des résultats plus satisfaisants pour tous, et de donner plus de légitimité au travail co-produit.

L'on peut également penser que la mise en place de tels espaces de dialogue soit un levier pour renforcer la coopération entre « acteurs-clés » de la prévention des RPS et de la QVT, sortir des jeux d'acteurs et rapports de force, dépasser les tensions ou incompréhensions émaillant les relations entre les différents acteurs mobilisés, mus par des logiques, professionnelles pour les uns, managériales pour les autres, sous-tendues par des valeurs porteuses d'interprétations différentes de la réalité et de temporalités entrant en conflit, qu'il reste difficile de faire coïncider.

En effet, lors de la séance de restitution, les directions ont pu avoir le sentiment que le document de travail produit par le groupe ne tenait pas (suffisamment) compte des actions qu'elles s'efforçaient de mettre en œuvre et de la dynamique de changement dans laquelle l'établissement était engagé, selon elles. Entre la description des réalités des organisations et conditions de travail telles que les vivent les acteurs de terrain, ou encore l'encadrement, et celle donnée par les directions, le décalage peut être grand. Le temps long de l'institution n'est pas le temps immédiat des soignants et leur dés-accordage génère des tensions. Pour les responsables ou personnels de directions, un part des actions qui sont déployées ou vont l'être s'inscrivent nécessairement dans le moyen ou long terme. « *La conduite de changement c'est compliqué, il faut se donner du temps* ». Et de citer en exemple les actions engagées pour renforcer l'attractivité de l'EPS et fidéliser le personnel, anticiper les problèmes d'effectifs, recruter du personnel médical et paramédical (infirmiers), étayer les équipes en renforçant leur pluriprofessionnalité (par exemple par le recrutement d'éducateurs spécialisés, d'ambulanciers…) et libérer du temps infirmier tout en préservant leur périmètre d'action et leur juridiction culturelle et pratique, « *mais pour recruter derrière, c'est compliqué bien que c'est validé.* » Pour les soignants sur le terrain, les actions n'ont pas (encore) d'impact majeur sur le quotidien de leurs pratiques. Entre le moment où elles sont mises en œuvre et celui où elles produisent des effets tangibles, le temps s'étire, l'attente est difficile à tenir, les conditions de travail éprouvantes, interrogeant un peu plus chaque jour le sens du métier et la qualité des soins délivrés aux patients.

Recentrer le débat sur la qualité du travail/des soins reste un enjeu majeur, dans un contexte de désaffection de la psychiatrie publique hospitalière. Cette question est rarement débattue au sein des équipes, soignantes et médiales, et gagnerait à l'être afin de clarifier le positionnement

vis-à-vis de la contrainte dans les soins par rapport au modèle conceptuel mobilisé, à la manière de concevoir la pathologie en psychiatrie et les missions de la psychiatrie au regard de la diversité des attentes/évolutions sociales et sociétales. Car si la contrainte est souvent peu discutée et intégrée comme partie de la panoplie des outils disponibles, elle reste globalement mal vécue, génère des conflits éthiques parmi les soignants et de la pénibilité au travail notamment liée, pour les médecins, à la pression normative et la responsabilité médicale qu'elle engendre, qui participent grandement à interroger le sens au travail et à alimenter la fuite du personnel de l'hôpital. Ces réalités rendent plus que nécessaires la mise en réflexion et en débat des pratiques de contrainte dans les soins et urgente leur réduction.

La réflexion mériterait d'être étendue, aux différents acteurs de l'hôpital (cadres, directions RH et soins, service qualité, partenaires sociaux), afin de croiser leurs regards sur cette question, pour mieux articuler les différents enjeux qu'elle pose, entre qualité du travail/des soins, qualité de vie au travail et santé du personnel, et faire tenir ensemble ces différentes dimensions.

Ces espaces de délibération seraient en outre une manière de promouvoir une QVT organisationnelle se proposant d'agir sur les organisations et conditions de travail en privilégiant un processus de démocratie participative selon une approche « *bottum up* » pour redonner du pouvoir d'agir au personnel soignant, tout en favorisant une dynamique d'aller et retour entre les différents niveaux. Ce serait enfin donner des prolongements à ce travail engagé avec les soignants, qui a permis d'amorcer une réflexion sur la question, qu'il reste à consolider et à faire vivre[112].

[112] Le psychologue du SST, déjà engagé dans un certain nombre d'actions (espaces de dialogues avec des cadres/des soignants, formations et EPP, par exemple sur l'éthique) pourrait œuvrer dans ce sens et renforcer la dynamique – comme il se proposait de le faire.

Partie conclusive : Principaux résultats, discussions et perspectives

Cette recherche avait pour objet l'étude des risques psychosociaux (RPS) des soignants en psychiatrie adulte sous le prisme des pratiques de recours à la contrainte dans les soins (soins sans consentement, isolement, contention, privation de liberté).

Appréhender les RPS au travail sous cet angle est peu usuel. Les approches classiquement privilégiées ont tendance à mettre en avant les facteurs organisationnels et structurels liés aux réformes de l'institution hospitalière – i.e. le tournant gestionnaire et managérial. Plus souvent occultée est la part prise par la nature même du travail de soin sur la santé mentale au travail des soignants. Pour autant, doit-elle être sous-estimée dans une discipline comme la psychiatrie publique où les soins, avant tout relationnels, et les mesures de contrainte dans les soins, décrites en hausse, sont sujet à sollicitation des affects et de la subjectivité des agents ? En outre opter pour cet angle d'approche n'exclut pas de questionner la manière dont les différentes formes de contraintes, exogènes – liées aux transformations organisationnelles de l'hôpital et de la psychiatrie – et endogènes – les mesures de contrainte légalement autorisées dans les soins – s'articulent et retentissent sur la santé au travail des soignants.

C'est le sens de la proposition de cette recherche portée par le Groupement de Coordination Sanitaire et le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (GCS-CCOMS).

Nous avons posé deux hypothèses :

- L'exposition à la contrainte est un facteur de risque psychosocial ;

- Les pratiques de soins réduisant les mesures de contrainte pour un meilleur respect du droit des patients renforce la qualité de vie au travail.

Pour y répondre la recherche a été conçue selon une méthode mixte qui s'organise en 4 parties :

- Deux quantitatives avec, d'une part, le recueil de données DIM portant sur l'activité des services et les pratiques de soins sans consentement, et d'indicateurs RH indirects sur les organisations et conditions de travail comme l'absentéisme ; d'autre part, le questionnaire SATIN portant sur la santé perçue et la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels.

- Deux qualitatives avec, d'une part, une enquête préliminaire auprès des « acteurs-clés » impliqués dans la gestion des RPS et la QVT au sein des établissements ; d'autre part, une enquête approfondie auprès de professionnels de terrain pour saisir le vécu de la contrainte et aboutir à des préconisations.

Huit établissements publics de santé mentale (EPSM) appartenant au GCS ont été inclus sur la base du volontariat.

Conduite de janvier 2020 à juin 2023, la recherche a été largement impactée par la crise du COVID à la fois en réduisant la disponibilité des acteurs des établissements et en imposant un travail en grande majorité en distanciel, ce qui a certainement réduit la compréhension d'éléments implicites de communication, constituant des freins à la concrétisation d'actions ou à la mise en œuvre de processus participatifs.

I/ Rappel des principaux résultats

Les différentes études composant les deux volets de la recherche éclairent, chacune avec leur approche et leur logique propre, la problématique étudiée sous un angle spécifique et permettent d'en avoir une vue plus complète.

1.1 L'étude sociologique préliminaire

L'enjeu de cette étude – ajoutée au protocole de recherche initial – était de clarifier les motivations et attentes des EPSM par rapport à cette recherche et d'établir un état de la question des RPS (ancienneté, constats, évolutions, politique de prévention RPS/QVT, actions et résultats, points de tension, enjeux…), à partir des discours et représentations des principaux « acteurs-clés » de la prévention des RPS au sein des EPSM, à savoir les direction des ressources humaines (DRH), directions des soins (DS), services de santé au travail (SST), commissions médicales d'établissement (CME) et comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), voire directions de l'information médicale (DIM).

Elle a consisté à construire des monographies à partir du matériel recueilli, composé de 47 entretiens semi-directifs conduits auprès de 52 « acteurs-clés » au sein des 8 EPSM participants, et de documents produits et fournis par ces derniers (projet d'établissement, bilan social, plan de prévention des RPS, protocoles, etc.).

Ces données ont permis de dégager trois principaux axes d'analyse.

- Les enjeux institutionnels de cette recherche – décrits dans un article paru dans la Revue française des affaires sociales (Maillard et *al.*, 2022).

- Les enjeux et limites des démarches de prévention des RPS et QVT engagées dans les établissements.

- Les facteurs de RPS et problématiques de santé mentale au travail identifiés par les interlocuteurs.

Notre travail ici s'est concentré sur les axes 2 et 3, structuré en quatre principaux thèmes d'analyse : les enjeux et limites des démarches de prévention des RPS et QVT ; les facteurs de développement « exogènes » des RPS (les facteurs organisationnels et structurels des conditions de travails) ; les facteurs de développement « endogènes » des RPS (les pratiques de soins) ; les pratiques de contrainte dans les soins.

Si le développement de la prévention des RPS et QVT répond avant tout au souci de mise en conformité avec les exigences réglementaires, leur mise en œuvre se heurte à un ensemble de difficultés qui en limitent la portée. Les RPS restent un sujet éminemment sensible, sources de

tensions, de divisions et de rapports de force entre les différents « acteurs-clés », notamment les directions, les services de santé au travail, les partenaires sociaux, les services qualité, témoignant d'une difficile coopération susceptible d'affaiblir les actions de prévention. Dans le contexte décrit « d'hôpital-entreprise » exposé à des tensions de plus en plus fortes sur les effectifs soignants et médicaux, les EPSM sont pris dans un système de contraintes « paradoxant » réduisant les marges de manœuvre et la possibilité d'agir sur le fond du problème. La qualité de vie au travail paraît alors plus « cosmétique », qu'« organisationnelle », et l'enjeu majeur de la santé au travail qui est de questionner et d'agir sur la qualité du travail et les conditions de sa réalisation reste entier et un défi majeur à relever.

Les facteurs de développement « exogènes » des RPS les plus rapportés se concentrent sur les facteurs organisationnels et structurels liés à l'évolution des conditions de travail dans le contexte de mutations de la psychiatrie publique hospitalière. Sont plus particulièrement pointés : l'intensification du travail et de la pression temporelle dans un contexte d'effectif réduit et de pression normative croissante, le déficit de reconnaissance et de valorisation du travail des soignants, et les conflits de valeurs, nombreux, sources de perte de sens au travail. Ces conflits de valeurs prennent leurs sources dans différentes dimensions : les réformes du système de santé promouvant « l'hôpital-entreprise » en opposition avec la logique de service public ; les réformes du système de soins en psychiatrie, i.e. le « virage ambulatoire » et la politique de santé mentale, qui leur posent la question de « comment faire plus avec moins ? », sans moyens nécessaires à leur développement et à la hauteur de leurs ambitions ; les réformes de soins en psychiatrie stigmatisant et disqualifiant la profession (notamment les réglementations des pratiques d'isolement et de contention jugées « hors-sol » et accroissant pénibilité au travail, et plus globalement tout ce qui concerne les droits des usagers, jetant le trouble dans la relation de soin) ; le travail empêché par la multiplication des normes et contraintes administratives ; et les tensions dans les rapports sociaux et collectifs de travail.

Les facteurs de développement « endogènes » des RPS, à savoir les pratiques de soins dont l'impact sur la santé mentale au travail des soignants est peu mis en lumière, sont en grande partie occultés, minimisés ou niés par les interlocuteurs. A l'exception des situations d'agressivité et de violences exercées par les patients et/ou leur entourage à l'encontre des soignants, identifiées comme « le » risque majeur d'exposition aux RPS, notamment dans les services d'intra hospitalier, sur lesquelles les interlocuteurs se montrent plus prolixes, les exigences émotionnelles, les affects et ressentis négatifs des soignants à l'épreuve de la relation d'aide et du soin relationnel, restent taboues, objets d'un déni articulé à des stratégies d'adaptation et de défense, individuelle et collective, et la souffrance au travail des psychiatres une « boîte noire ».

L'usage de la contrainte dans les soins n'échappe pas à ce constat. Appréhender ces pratiques sous l'angle de leurs retentissements sur la santé mentale au travail des soignants ne fait pas partie des questionnements habituels au sein des EPSM, à tous les niveaux ou échelons de la hiérarchie, des directions aux soignants, en passant par les organisations syndicales. Les relances des interlocuteurs sur cette question ont néanmoins permis d'éclairer cette zone d'ombre. Associée aux mesures légales en psychiatrie (soins sans consentement, isolement, contention), la contrainte dans les soins reste en grande partie justifiée par des arguments moraux et intégrée comme faisant partie des modalités et outils possibles, et l'isolement et la contention envisagés comme des mesures de dernier recours dont il paraît impensable de se passer. L'analyse des discours des interlocuteurs montre pourtant qu'une grande partie des situations où il n'y a « plus d'autres choix » sont fabriquées par l'institution et/ou le système d'action en santé mentale. Si leurs vécus peuvent différer selon les rôles professionnels, la

conception du métier et de ces mesures, et la culture d'équipe, elles n'en restent pas moins éprouvantes pour beaucoup, génèrent des ressentis négatifs (sentiment d'échec, culpabilisation) et exposent aux RPS. Le conflit éthique et la perte de sens du travail qui peuvent en découler sont d'autant plus grands que les soignants considèrent que le recours à ces mesures aurait pu être évité.

1.2 Le questionnaire SATIN

L'enquête SATIN a été conduite dans six établissements. 1 350 professionnels s'étant déclarés soignants ont répondu au questionnaire. Les résultats sont à analyser avec prudence, surtout par établissement. Nous n'avons pas pu descendre l'analyse aux secteurs faute d'un nombre de répondants suffisant. Nous décrirons donc ici des tendances globales en sommant les échantillons des établissements.

Trois quarts des soignants sont des femmes, et plus de la moitié des infirmiers. La grande majorité travaillent à temps complet, en journée, avec un type de contrat statutaire ou en CDI.

La santé déclarée des soignants est moyenne ou bonne selon les indicateurs, avec néanmoins des résultats moins bons concernant le ressenti psychique et la confiance dans l'avenir.

Les soignants se déclarent globalement satisfaits de leur activité, disent l'aimer et se sentir bien au travail. Mais les résultats sont plus mitigés concernant l'environnement, le cadrage et l'organisation de leur travail. Si certains aspects sont appréciés (relations à l'autre, liberté dans le rythme et la réalisation du travail, horaires, sécurité de l'emploi, ambiance, …) d'autres contrarient davantage le personnel (rémunérations, interruptions de tâches, direction de l'équipe, soutien et informations reçus…).

L'analyse lexicale des questions ouvertes conforte ces réponses, avec le travail, le soin, la diversité et les relations avec les autres (relation, contact, patients, collègues, équipe) cités comme points positifs, et des termes liés au cadrage et à l'organisation du travail comme points négatifs.

Les scores composites SATIN de bien-être sur le lieu de travail sont toujours moins bons pour les personnes de la catégorie d'âge intermédiaire des 35 à 54 ans, ainsi que pour les personnes les plus fréquemment exposées à la violence verbale. L'exposition à la contention et à la violence physique semblent diminuer le score de perception et d'évaluation de l'environnement de travail et le score d'appréciation générale du travail. Les scores diffèrent sensiblement selon les établissements.

En bivarié, on observe les meilleurs scores chez les soignants ayant une activité mixte (hospitalisation et ambulatoire), tandis que les moins bons scores sont retrouvés chez les soignants d'hospitalisation fermée ou ouverte. Lorsqu'on ajuste les liens sur l'ensemble des variables, ces liens disparaissent, sauf pour le score d'appréciation générale du travail, signification plus faible en hospitalisation ouverte.

L'exposition à la violence verbale est très fréquente chez les soignants ; 57,4 % déclarent y être exposés au moins plusieurs fois par mois. Moins d'un soignant sur dix dit ne jamais y être exposé. Y sont plus exposés les hommes, les plus jeunes, les soignants d'hospitalisation fermée.

Il s'agit de la seule exposition professionnelle significativement liée à tous les scores de bien-être. Lorsqu'un soignant y est exposé au quotidien ou presque au quotidien, ses scores moyens de santé perçue, d'environnement et d'appréciation sont diminués respectivement de 0,43, 0,33 et 0,24 par rapport à ceux d'un soignant non exposé ou rarement exposé.

La violence physique est plus rare, mais plus d'un tiers des soignants déclarent néanmoins y être exposés au moins plusieurs fois par mois. Elle est associée à des scores SATIN plus faibles s'il n'y a pas d'ajustement. Après ajustement en revanche, elle ne reste liée qu'à un plus faible score de perception et d'évaluation de l'environnement de travail, et ce uniquement pour les fréquences d'exposition.

Les liens entre les scores SATIN et l'exposition à la contrainte varient en fonction du type de contrainte. Ainsi, l'exposition à la contention, à l'isolement et aux soins forcés sont associés à un moins bon score de santé perçue. L'exposition aux soins sans consentement, aux programmes de soins, à la contention, à l'isolement et aux soins forcés est liée avec un moins bon score d'environnement global. Enfin, les soins sans consentement, la contention, l'isolement et les soins forcés sont liés à un moins bon score moyen d'appréciation générale du travail.

La contention reste liée au score d'environnement de travail et au score de satisfaction du travail. Les autres types de contrainte se font via les murs, l'extérieur, la loi… Si les descriptions des situations motivant une mise en chambre d'isolement montrent qu'elles sont aussi très souvent violentes, qu'elles mobilisent un nombre élevé de soignants et les exposent aussi physiquement, la pratique de la contention mécanique, réalisée directement par le soignant, est décrite comme plus susceptible encore d'accroître les risques psychosociaux.

1.3 Le recueil d'indicateurs DIM et RH

Concernant les données DIM et RH, elles ont été analysées pour six établissements et dans 34 « secteurs », pouvant correspondre à un secteur classique, ou un regroupement de secteurs ou à un pôle, selon le choix de l'établissement.

Les chiffres ont montré des modes de fonctionnement et des pratiques de la contrainte extrêmement variables d'un établissement à l'autre et même d'un secteur à l'autre au sein d'un établissement. Cette hétérogénéité s'est retrouvée tant dans la taille des secteurs, de 55 000 à 135 000 habitants desservis, et ramenée à 100 000 habitants, pour les files actives de 1 500 à 4 500, les isolements de 1 à 200, les contentions de 0 à 108, les lits de 11 à 139, les équivalents temps plein de personnels de 66 à 139, et les données RH ramenées à 100 ETP, l'absentéisme de 2 à 13 jours par agent, les accidents du travail de 0,84 à 12,49 jours, les accidents de travail avec arrêt de 1,67 à 11,28.

Bien qu'à prendre avec précaution du fait de la fragilité du recueil des données, il semble se dégager un lien entre mesures de contrainte, isolement et contention et un nombre plus faible de personnels par lit, mais aussi et surtout entre la contrainte et le nombre de lits lui-même, confirmé par une première analyse bivariée. Un grand nombre de lits dans le secteur pourrait entrainer une plus forte utilisation des pratiques de contention et d'isolement, plus que le nombre d'ETP par lits. Et un nombre important de contentions serait lié à un nombre plus important d'accidents de travail avec arrêts.

Ces résultats sont à mettre en perspective avec l'étude sur les Soins sur décision d'un représentant de l'état (SDRE) et l'Hospitalisation d'office (HO) que nous avions menée sur 114 secteurs de quatre régions françaises, les taux d'HO variant de 1 à 10 suivant les régions. Celle-ci avait montré, un lien entre taux de HO élevés et un nombre de lits élevé, des durées moyennes de séjour à l'hôpital importantes, un nombre de personnels et de psychiatres élevé, des files actives faibles et une organisation plus centrée sur l'hôpital que dans la communauté (Roelandt & Crétin et *al*., 2017).

1.4. L'étude qualitative approfondie

Enfin, dernier volet de cette recherche, la seconde étude qualitative a donné lieu à la constitution d'un groupe de travail collaboratif avec huit soignants (aides-soignants et infirmiers) de l'établissement Barthélemy Durand qui ont travaillé au cours de 5 séances entre décembre 2022 et avril 2023 à l'élaboration d'un ensemble de recommandations.

Le document produit, fruit de la dynamique de réflexion engagée entre les soignants et les chercheurs qui les ont accompagnés dans cette démarche, est intitulé « Propositions d'action pour réduire l'usage de la contrainte dans les soins psychiatriques afin d'améliorer la prévention des risques psychosociaux (RPS), la qualité de vie au travail (QVT) des soignants et la qualité des soins des patients ».

Les 53 propositions qu'il comporte, assorties des constats et/ou enjeux auxquelles elles renvoient et des niveaux d'action qu'elles requièrent, sont organisées pour plus de lisibilité en 5 parties liées les unes aux autres : la prise en compte des RPS, la réduction de la contrainte dans les soins, la réduction du recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement, la réduction du maintien des personnes en hospitalisation et/ou aux soins sans consentement faute de solutions d'aval, enfin la QVT associée à la qualité des soins.

La restitution de ce travail présenté aux cadres et personnels de direction le 20 avril 2023 a ouvert des perspectives, de diffusion du document en interne et de mise en place d'un comité de pilotage pour prioriser les actions à mener, déjà engagées et/ou à renforcer, et permis de pointer trois axes d'amélioration : la communication en interne pour mieux faire connaître les actions déjà engagées ou en passe de l'être, les (ré-)organisations de travail, et le développement d'espaces de dialogue autour de la contrainte dans les soins, notamment avec les médecins et les usagers, et au-delà l'ensemble des acteurs de l'hôpital.

II/ Perspectives croisées

En croisant ces différents résultats deux axes d'analyse transversaux se dégagent.

2.1 L'hospitalo-centrisme *vs* le travail dans la communauté

A travers les différents résultats l'hôpital apparait comme le lieu cristallisant la contrainte exercée sur les usagers mais qui s'impose aussi aux soignants qui la vivent comme un non-choix.

Selon les résultats quantitatifs, le nombre de lits est corrélé avec les mesures de contrainte (isolement et contention) s'exerçant sur les usagers. En parallèle, l'enquête SATIN montre que les soignants exerçant à l'hôpital ont un moins bon score et niveau de satisfaction. De manière

plus globale si les résultats concernant l'état de santé et de satisfaction sont plutôt bons, ce sont les conditions et le cadrage de l'activité qui sont en cause.

Si l'on peut s'étonner de l'homogénéité des résultats SATIN malgré les divergences historiques, organisationnelles (restructurations, tailles…) censées exposer les agents à des niveaux différents de RPS, ils semblent adressés un message de contestation ciblant les facteurs exogènes. C'est-à-dire le contexte, les conditions de travail, de cadrage de l'activité…

L'on aurait pu s'attendre à des résultats encore plus critiques ou moins positifs. Ils peuvent paraître divergents avec les descriptions recueillies dans l'enquête sociologique ainsi que les résultats produits dans les rapports, études et enquêtes disponibles sur la question pour les établissements hospitaliers, notamment publics, qui pointent une exposition accrue aux RPS et contraintes liées aux conditions de travail (Psisarik, 2021).

Nous pouvons y voir la description d'un « métier-passion » qui fait que le cœur de métier des soignants, prime sur les conditions de son exercice. Il corrobore le statut du « soignant fort » qui reporte la difficulté sur le contexte sans identifier la difficulté inhérente à la pratique. Ainsi la corporation est unie sur un discours commun, actuel. Les soignants se disent confrontés à une réalité commune, qui s'imposent à tous – c'était le sens du discours de certains interlocuteurs (étude préliminaire) qui avaient tendance à affirmer que leur établissement n'était pas forcément plus concerné ou plus exposé qu'un autre aux RPS. Dans tous les cas, et ce sont les critiques émises par les partenaires sociaux et SST, il est difficile de voir une représentativité ici des résultats du fait d'un faible taux de participation d'une part ; d'autre part, les enjeux de RPS, QVT, et santé au travail restent difficiles à saisir au travers de quelques indicateurs statistiques, qui ont pour effet de réifier et lisser la réalité – surtout si la formulation des questions pose problème ou est trop restrictive (questions fermées).

Il ne s'agit pas pour autant d'invalider les résultats obtenus. Cela pointe surtout la nécessité de multiplier et de croiser les approches (quantitatives et qualitatives) pour éclairer et appréhender le phénomène étudié de diverses façons et en avoir une vue plus complète, comme s'est proposé cette recherche.

Faisant écho aux conditions d'exercice, l'enquête sociologique retrouve, toujours à l'hôpital une culture de défiance s'articulant à des rapports de force entre les groupes d'acteurs : les soignants et leurs représentants, les directions et les usagers ; mais également au sein même des groupes. Par exemple « les disputes professionnelles » face aux variations de modèles théoriques de référence à l'origine d'une disparité majeure dans les pratiques, les tensions entre les groupes au sein des instances, les luttes entre médecins *vs* paramédicaux avec des enjeux de reconnaissance et de considération, ou encore les clivages générationnels au sein des infirmiers (infirmier spécialisés en psychiatrique *vs* IDE)…

Plus que l'hôpital en lui-même, c'est l'hospitalo-centrisme en tant que modèle d'organisation qui semble en jeu. Centré sur une dimension médicale, thérapeutique et curative des personnes, ce principe donne une place centrale à des outils de contrôle (comme les mesures de contrainte, les privations de libertés) au point qu'il est difficile pour les soignants d'imaginer pouvoir s'en passer (enquêtes sociologiques). A l'inverse d'une approche tournée vers la prévention dans la communauté, une dynamique hospitalo-centrée concentre les moyens (nombre de lits, ETP) et augmente les rapports de lutte dans un espace fini : l'hôpital.

Bien que se voulant à l'avant-garde, force est de constater que le « virage ambulatoire » amorcé en psychiatrie publique dès les années 1960 et légalisée en 1983 reste inachevé. Les indicateurs quantitatifs recueillis dans ce travail en témoignent : l'organisation de la psychiatrie de secteur reste encore très hospitalo-centrée. Sur l'ensemble des 34 secteurs des 7 EPSM participants, peu semblent s'être engagés pleinement dans cette voie en optant, via une redistribution des moyens (financiers, humains) dans la communauté, pour une organisation des soins ambulatoires dans la cité.

Cette dynamique hospitalière complexe, rend difficile la définition et la mise en œuvre d'une politique de prévention des RPS, de déploiement d'une QVT et *a fortiori* une interrogation sur l'impact des pratiques de contrainte sur les RPS (enquête préliminaire).

Dans ce contexte, l'idéologie du « soignant fort » conjuguée au caractère tabou de la santé mentale au travail et à la banalisation des pratiques de contrainte dans les soins, participent à invisibiliser les enjeux de santé mentale liés à ces pratiques chez les soignants. Car plus que la contrainte, c'est la violence exercée par les usagers ou leurs proches qui est identifiée comme le facteur de risque majeur par les acteurs. Alors que, dans les résultats quantitatifs, l'étude de médiation montre que le lien entre violence et qualité de vie au travail s'explique en partie par la contrainte dans les soins.

Ainsi, envisager l'exercice de pratiques de contrainte comme objet de pénibilité et de souffrance pour les soignants, et *a fortiori* les patients, permettrait de défocaliser l'attention de la seule question de la violence, pensée indépendamment de sa cause, et de sortir d'une logique (ou d'une injonction) rendant nécessaire, voire indispensable, l'exercice du contrôle des uns sur les comportements des autres.

En effet, au-delà de moyens matériels nécessaires (comme les espaces d'apaisement) et de la capacité à les utiliser (temps de formation et de réflexion nécessaires à un changement de pratiques), c'est bien la perspective d'une approche basée sur la prévention dans la communauté et orientée vers un meilleur respect des droits des usagers qui permet un changement de paradigme. Il s'agit de favoriser la création d'espaces de dialogue entre les différents acteurs de l'hôpital (soignants, cadres, médecins, directions, partenaires sociaux) mais aussi de la communauté, sans oublier les premiers concernés, les usagers des services. Une fois mis autour de la table comme à travers le processus de *focus group*, les soignants appellent cette transformation de leurs vœux.

Le système, ainsi ouvert, offre une diversité de ressources permettant de s'adapter aux singularités des besoins et de promouvoir « l'aller vers » les usagers comme les partenaires du territoire. La répartition des responsabilités entre les personnes concernées et les acteurs de la cité crée un soulagement énorme pour l'institution mais surtout pour les usagers. Attention toutefois à ne pas reproduire une organisation certes extérieure des murs mais qui resterait autosuffisante.

Le questionnaire SATIN, comme d'autres études (McTiernan & McDonald, 2015), montre une meilleure satisfaction des professionnels ayant une activité ambulatoire ou mixte. Dans cette perspective, les résultats du *focus group* reprend l'avantage du déploiement communautaire pour la réduction de la contrainte en hospitalisation et la durée des séjours. La connaissance des ressources d'un territoire permet d'augmenter considérablement la satisfaction de l'aide apportée (*focus group*). C'est un moyen d'apporter des solutions concrètes qui facilitent le pouvoir d'agir et véhiculent l'espoir d'une vie ayant du sens au-delà des limitations de la

maladie comme à travers l'inclusion dans la communauté, l'exercice d'une activité, l'entraide, etc. Cette dimension s'inscrit dans les recommandations du programme Quality Right de l'OMS.

Le travail dans la communauté avec la diversité des ressources et des acteurs qui la composent, permet de sortir d'un système hospitalo-centré dans lequel l'institution psychiatrique comme modèle intégré aurait à gérer l'ensemble des besoins de « ses » usagers. Il s'agit à l'inverse de faire de la promotion de la santé dans la cité, en considérant les besoins en terme de santé, d'habitat, de travail et de loisirs de tous les habitants, y compris ceux qui présentent des troubles psychiques et/ou en situation de handicap psychique. Le travail en collaboration permet aux soignants de la psychiatrie de prendre conscience que, malgré la persistance de la stigmatisation, nombre d'acteurs sont concernés par la santé mentale et disposés à œuvrer en ce sens. Dès lors, avoir connaissance des ressources du territoire, bien plus larges que celles de la psychiatrie, pour prendre appui dessus, permet de repenser la question du manque de moyens, qui s'en trouve reconfigurée.

C'est bien ce déploiement qui permet l'échange de savoirs, à commencer par celui issu de l'expérience des personnes concernées et de leurs proches, déconditionnés de la psychiatrie et dans leur rôle de citoyens.

2.2 De la culture qualité à la qualité du travail

Construire des espaces dialogiques qui permettent de penser la qualité du soin et du travail dans cette perspective d'ouverture, laisse toute la place à des évolutions de pratiques comme l'amélioration des conditions d'accueil, la création d'alternatives à l'hospitalisation ou encore la formalisation de plans de prévention et de gestion de crise pour réduire le recours à la contrainte et à la coercition. Il s'agit de construire une organisation concevant une qualité des soins et une QVT fondées sur le pouvoir d'agir et l'autonomie des usagers comme des soignants.

Mais dans une logique bureaucratique, si les directions se font le relais d'une politique de qualité sans être assortie d'un savoir-faire soignant dans la mise en œuvre, celle-ci sera vécue de principe par les soignants comme relevant d'une logique comptable ou néolibérale, conséquence de la transformation de l'hôpital-entreprise. Comme décrit plus haut on se retrouvera à nouveau dans les luttes institutionnelles faisant écran à une possibilité de changement. Des luttes où il est finalement rarement question du travail en lui-même et de sa qualité.

Aussi, dans les différentes études qualitatives et l'enquête SATIN, il ressort l'importance du cadrage de l'activité et de la cohérence dans la vision des responsables. Les médecins et les cadres jouent un rôle prépondérant dans l'orientation de la politique d'un service et de sa cohérence. Pour que les professionnels y trouvent du sens, il est nécessaire qu'elles soient fondées sur des valeurs communes d'amélioration de la qualité de l'offre.

La question du sens donné au travail, de sa cohérence est primordiale pour engager sa réalisation. Dans le cas inverse on obtient une inertie des acteurs voire un effet contreproductif. La collaboration n'est possible qu'une fois que les acteurs sont éclairés, impliqués, écoutés dans leurs besoins et difficultés.

Ainsi, accompagner la réduction des pratiques de contrainte par un plan d'action tourné vers l'amélioration de la QVT est un ticket gagnant-gagnant. A l'étranger l'évaluation de plans d'action visant à réduire les soins sous contrainte ont mis en évidence une réduction d'événements indésirables, d'arrêts maladie ainsi que leur durée et une augmentation de la satisfaction des professionnels dans les services de psychiatrie (LeBel et *al.*, 2014 ; Matthiasson, 2017).

Cette mise en perspective de la qualité de l'offre pour les usagers et la QVT des soignants s'applique également dans la prise en compte de l'environnement matériel du travail qui en est un enjeu majeur. Il est question dans les recommandations issues du *focus group* de veiller au cadre architectural, à l'esthétique de l'environnement facilitant un climat accueillant et à la qualité de l'hôtellerie. Revendications importantes dans la réclamation de moyens supplémentaires de la part des professionnels, ces dimensions jouent un rôle central comme le souligne le programme Quality Rights de l'OMS en référence à la Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées (ONU, 2006).

Enfin, les soignants évoquent également la nécessité d'une disponibilité temporelle et psychique auprès des personnes hospitalisées et des propositions en termes d'offre immédiate, comme outils de médiation du soin. L'effectif soignant est une question épineuse dans un climat de départs multiples. Sa réduction intensifie les tâches de ceux qui restent, en réduisant le temps de récupération entre deux postes. Outre le nombre de soignants, c'est également la qualité de l'expérience des professionnels présents, de la formation continue, notamment sur la gestion de la violence, et de la pluriprofessionnalité qui permet d'augmenter la satisfaction du travail accompli en accord avec les recommandations du CGLPL (2017).

Comment rendre visible cette qualité du travail ?
Les soignants remettent en cause la charge administrative, la nécessité de recueillir des informations à transmettre au service qualité. Ces tâches les éloignent du cœur de leur activité : être auprès des usagers.

Si la question de l'évaluation est devenue une dimension centrale pour rendre compte de l'activité des services, elle ne saurait se réduire à des données saisies par les soignants eux-mêmes. Non seulement elle implique l'amélioration du système d'information pour faciliter les recueils, mais elle doit également engager d'autres acteurs que les soignants avec d'autres compétences. Si les soignants doivent s'acculturer en partie à des tâches administratives, il en va de même de la nécessaire acculturation des agents des administrations. Ce travail de collaboration, au service des usagers pour une qualité du service rendu, doit valoriser le travail des soins au quotidien et non le contraindre.

Ainsi développée, une culture qualité avec et au service des usagers permettrait d'augmenter la qualité de vie au travail des professionnels en permettant d'objectiver les risques et d'analyser les facteurs (ou critères) en jeu dans la qualité du travail.

On a vu ici la difficulté du recueil des données quantitatives fiables qui rend nos résultats fragiles. Ce travail à notre connaissance inédit visant à rapprocher DIM et RH, demande à être amélioré, répété et déployé auprès d'un plus grand nombre d'établissements, afin d'augmenter la puissance statistique pour tester les hypothèses élaborées ici. Si ces résultats se confirmaient, ils pourraient guider les politiques publiques dans un pays où le nombre de lits par habitants est un des plus élevés au monde. Les limites des données recueillies en routine témoignent, si besoin en était, des déficits du système/du recueil d'informations, très imparfait et perfectible,

et des efforts qu'il reste à entreprendre pour l'améliorer, en termes d'harmonisation des logiciels, outils, définitions des indicateurs et échelles, afin de permettre une description plus juste des établissements tant sur le plan des ressources humaines que sur celui de l'activité (hospitalière et ambulatoire), ainsi que des analyses comparatives entre les établissements sur des bases communes. L'enjeu est de taille : il s'agit d'avoir une meilleure connaissance de leurs réalités pour éclairer l'action publique.

Mais développer la qualité des soins, c'est également rendre visible ce qui est indésirable. Les différents acteurs décrivent le poids de la hiérarchie, les dynamiques d'équipe avec leurs enjeux d'appartenance et l'omerta autour des souffrances individuelles liées aux pratiques. Aussi les fiches d'événements indésirables sont peu utilisées et parfois les professionnels sont dissuadés d'y avoir recours pour gérer « en interne » les difficultés. La rédaction de ces fiches devient un acte de transgression générateur de honte.

Or, pour reprendre l'enquête sociologique, quand les situations « extrêmes » sont fabriquées par l'institution il convient d'en repérer les mécanismes par une analyse systémique favorisant le pouvoir d'agir collectif. Ainsi chacun se sent grandit de prendre ses responsabilités et peut s'affranchir du vécu d'impuissance construit par l'institution.

Le fait de repenser les procédures, notamment à travers des espaces dialogiques, réunissant soignants, médecins et services qualité, fonderait la mise en œuvre des pratiques de travail dans une complémentarité des savoirs. Ainsi la co-élaboration permettrait d'augmenter la satisfaction du travail (bien) réalisé.

Pour reprendre l'exemple des fiches de déclaration des événements indésirables, celles-ci pourraient aider à déconstruire la logique du soignant fort et, plutôt que d'être vécues comme un échec par les différents acteurs, devenir un outil d'*empowerment* pour tous. En effet, pour assouplir l'idée de la nécessaire résistance à toute épreuve des soignants, il semble, entre autres, essentiel de normaliser le fait de dénoncer des pratiques contraignantes. Pour sortir d'une position de victime, oser déclarer et être entendu est essentiel. Le recours à une telle procédure permettrait de sortir du huit clos de la hiérarchie, d'adapter une réponse à chaque besoin et ce de manière plurielle, modifiant ainsi le vécu des déclarants. Il est question par exemple, dans le *focus group*, de faciliter la reconnaissance des *burn out*. La multiplication des signalements indésirables, l'identification de lieux à risques ou d'une intensification du travail seraient autant d'éléments indirects qui, traités de manière collaborative, pourraient améliorer la reconnaissance de l'épuisement des professionnels. Ainsi les stratégies de sa gestion pourraient être enrichies de points de vue multiples.

Enfin, dans une perspective d'amélioration du respect des droits des usagers, cette culture du travail de qualité nécessiterait de développer une prise de risque positive au sein même de l'organisation. Car un des facteurs limitant le respect des libertés des usagers, s'appuie sur un principe de précaution et d'anticipation. Celui-ci, appliqué de manière aléatoire et subjectif, alimenté par l'engagement de la responsabilité professionnelle, est avancé comme élément de justification des restrictions des libertés comme fermer les portes d'un service, d'une chambre, retirer les effets personnels etc…

Or si la communauté soutient collectivement une prise de risque positive fondée sur le principe d'autonomie et du respect des libertés individuelles, les fonctionnements des services peuvent être assouplis. Ainsi, avec un minimum de règles contraignantes, les frustrations et, en conséquence, les violences pourraient être limitées.

Mais la prise de risque, et c'est la clé de la transformation pour se décentrer, passe par un engagement fort par et dans la communauté qui rend accessible le droit commun à toutes et tous. L'implication de tous les acteurs est fondamentale pour y parvenir.

Ce transfert nécessite une volonté politique forte de l'ensemble des acteurs du territoire et des responsables des secteurs psychiatriques, pour s'orienter vers des services hospitaliers avec peu de lits, avec un haut ratio usagers/soignant comme le recommande le CGLPL (2017), et un déploiement des soins délivrés par des services de psychiatrie intégrés dans la cité, très connectés aux ressources communautaires, et construits en collaboration avec les personnes à qui ce service est rendu.

Quelles perspectives réelles de changement et d'amélioration de la QVT/qualité des soins dans les EPSM ?
Cette question, centrale, est une préoccupation majeure de plusieurs interlocuteurs, parmi les « acteurs-clés » de la prévention des RPS, notamment les partenaires sociaux et les acteurs des SST, et parmi les soignants. Beaucoup, sceptiques quant à la volonté réelle des directions d'EPSM, jugées plus soucieuses d'afficher leur mise en conformité avec les contraintes légales en matière de prévention des RPS et de QVT que d'agir sur le fond du problème, ont exprimé la crainte que ce travail ne débouche sur aucune action concrète, mais ne serve qu'à satisfaire les exigences de certification et autres obligations légales pour donner à voir aux autorités de tutelles et de santé leur exemplarité.

La recherche proposée ici se voulait une recherche-action participative, permettant aux acteurs des EPSM, via les différents volets, d'engager des actions visant à améliorer les politiques de prévention des RPS et de QVT/qualité des soins, par la réduction des pratiques de contrainte dans les soins. Elle a permis en ce sens d'identifier plusieurs axes d'amélioration possibles.

L'étude préliminaire a pointé les principaux écueils des démarches menées au sein des EPSM, et les défis restant à relever.
L'enquête SATIN a permis de remettre à chaque établissement un rapport spécifique, présentant les résultats (graphiques, interprétations…) des analyses produites à partir des questionnaires renseignés par leur personnel, qui ont vocation à être restitués et discutés collectivement au sein de chaque organisation pour envisager des changements structurels. Le rapport qui leur a été remis individuellement a insisté sur cette dimension, et souligné l'importance d'organiser un feed-back sur la démarche diagnostique engagée (restitution, transparence) afin de débattre des résultats avec les intéressés pour mieux cerner les zones de problèmes identifiés et les leviers qui pourraient être recherchés et activés dans une perspective d'amélioration de la prévention des RPS et de la QVT/qualité des soins.
Au-delà de l'enjeu de la communication et de la transparence pour l'institution – souvent déplorée par les personnels et leurs représentants –, l'enjeu est aussi de prendre en compte, reconnaître et valoriser le point de vue et l'expertise des soignants, trop souvent niées, de redonner du pouvoir d'agir aux soignants et ainsi de favoriser une dynamique de co-élaboration collective, permettant en outre de redonner du sens au travail.
Le groupe de travail mis en place avec des soignants de l'EPS Barthélemy Durand a constitué une opportunité dans ce sens et permis d'aboutir à plusieurs propositions d'action qu'il reste maintenant à faire vivre, et qui sont autant d'enseignements qui pourraient et mériteraient d'être étendus à d'autres EPSM.
Enfin, le recueil de données DIM et RH a ouvert sur la possibilité de reconduire ce travail sur une plus grande échelle, avec les EPSM membres du GCS-CCOMS.

Les échanges auxquels la présentation des résultats de ce travail a donné lieu, dans le cadre des restitutions effectuées auprès de certains sites (GHT94, Rennes)[113], ou à l'occasion du Conseil scientifique du GCS-CCOMS (le 26 mai dernier), ont montré l'intérêt des acteurs de la psychiatrie pour ce sujet et de pouvoir en débattre. L'organisation d'une journée de clôture de la recherche pour présenter l'ensemble des résultats et favoriser une dynamique de réflexion favorable à une mobilisation collective sera proposée aux membres du GCS-CCOMS, que nous voulons croire porteur d'une dynamique de changements plus favorables à la QVT des soignants et à la qualité des soins des usagers.

La conjoncture actuelle paraît en effet porteuse d'un mouvement plus global de réforme au sein des EPSM. D'une part, la crise profonde que traversent les EPSM, au bord de la rupture face au manque ou à la pénurie de personnels, et à la désaffection croissante des internes pour la psychiatrie et des psychiatres pour l'exercice à l'hôpital public au regard de la pénibilité du travail pour partie liée à la pression normative (multiplication des certificats médicaux et contraintes pour les soins et mesures de soins sans consentement), les y oblige. D'autre part, l'action du CGLPL et de la HAS et les évolutions du cadre législatif (article 84) tournées vers un meilleur respect des droits des usagers, poussent dans ce sens et montrent d'ailleurs des avancées dans les EPSM, pour certains partant de loin – nous avons pu l'observer pour plusieurs d'entre eux participant à cette recherche.

[113] D'autres restitutions sont programmées courant juin (notamment à Lille, Saint-Venant, Rouffach), ou restent à programmer au sein d'instances plus larges (Rennes, Étampes, Dijon). Des psychiatres chefs de pôle exerçant au sein d'EPSM non inclus dans cette recherche ont également fait savoir leur intérêt pour une présentation de ce travail dans leur service.

ANNEXE 1 : Méthodologie de l'étude qualitative préliminaire

1. Construire des monographies

La démarche a consisté à construire des monographies à partir d'entretiens semi-directifs (Blanchet et Gotman, 2012) conduits auprès d'« acteurs-clés » de la prévention des RPS des différents EPSM participants et de documents produits par ces derniers (bilan social, plan de prévention des RPS, protocoles, etc.), avec les limites de l'exercice pour saisir, dans toute sa complexité, une organisation comme un établissement hospitalier.

Les « acteurs-clés » que nous avions identifiés étaient : les DRH, les service QVT ou cellule de veille RPS (cellule de veille « sanitaire » pour repérer les situations à risques/service QVT, les directions des soins, les services de santé au travail (médecins de prévention, psychologue du travail), les présidents de CME, les membres des CHSCT (secrétaires, représentants du personnels et partenaires sociaux). A quoi sont venus s'ajouter des professionnels présentés, au décours des interviews, comme des acteurs « ressources » (par exemple un responsable de la formation, un psychiatre chef de pôle) ou « clés » (comme les directions qualité) à rencontrer sur l'établissement.

Au total, 47 entretiens ont été réalisés auprès de 52 personnes, entre les mois de février et de novembre 2021 (cf. la liste des personnes interviewées au début de ce rapport). Les entretiens ont été menés en individuel et/ou collectif, dont un petit nombre ont été reconduits pour approfondir certaines thématiques. La non-accessibilité ou moindre accessibilité au terrain en présentiel du fait de la crise sanitaire a nécessité d'adapter la méthode d'investigation et de collecte des données. Les entretiens ont donc été réalisés à distance, par visioconférence (Zoom, Teams, Google Meet) (57,5%) ou par téléphone (42,5%), selon les choix des interlocuteurs (laissés à leur appréciation selon leurs préférences et/ou leurs moyens matériels – équipements informatiques). Avec l'accord des participants, tous ont été enregistrés (aucun refus) parallèlement à une prise de notes, dont une trentaine ont été retranscrits par nos soins ou par un prestataire. Leur durée moyenne s'établit à 1h15 (25 mn pour les plus courts, 240 mn pour le plus long).

2. Guide d'entretien : présentation des principales thématiques

Les entretiens ont été menés à partir d'un guide construit autour de 7 thématiques principales et tenant compte de l'actualité : le COVID 19 et l'article 84 réglementant l'usage de l'isolement et de la contention en psychiatrie. Chaque thème comportait un ensemble de questions avec des éléments de relance et des consignes ou commentaires sur les objectifs du recueil (ce qu'il s'agissait d'explorer, ce que l'on cherchait à saisir).

- Modalités d'information sur la recherche et processus de décision à la base de l'inscription de l'établissement dans la recherche, modalités d'association et positionnement des services et du personnel
- Motivations de l'établissement à s'inscrire dans ce projet, intérêts et attentes des différents interlocuteurs vis-à-vis de cette recherche
- Ancienneté des préoccupations vis-à-vis des RPS au sein de l'établissement et positionnement des différentes parties prenantes

- Antériorité d'état des lieux sur les RPS et politiques de prévention des RPS au sein de l'établissement et liens avec la QVT
- État de la question des RPS au sein de l'établissement, points d'amélioration/pistes d'action et leviers identifiés/activés et identification de facteurs de risques/risques plus spécifiques à l'exercice du travail en psychiatrie ou à la discipline psychiatrique
- Exploration de l'exercice de la contrainte dans les pratiques de soins, du vécu de l'article 84 relatif à l'isolement et à la contention, et du lien entre exercice de la contrainte dans les pratiques de soins et RPS des soignants
- Impact du COVID 19 sur la santé au travail et sur l'exercice de la contrainte dans les pratiques de soins et les RPS du personnel

Articulé autour de ces différents thèmes, le guide d'entretien a fourni une trame commune de questionnements dont la plupart ont été soumis à tous les interlocuteurs, avec des variations et des ajustements nécessaires selon leurs profils, leurs rôles et leurs positions dans l'institution, et le temps qu'ils pouvaient accorder à l'entretien.

3. Des conditions d'accès au terrain révélatrices du caractère « sensible » des RPS et des enjeux

Investiguer les RPS place le chercheur sur un terrain que l'on peut qualifier de « sensible », à fort enjeux stratégiques (Deville et *al.*, 2022). En effet, les RPS représentent un sujet particulièrement sensible au sein des établissements, source de tensions, de conflits, d'oppositions et d'incompréhensions entre les différentes parties prenantes. Les enjeux qu'ils soulèvent (les changements organisationnels et structurels…) et les divisions qu'ils suscitent (la manière de les appréhender et de les traiter…) rendent d'autant plus délicats son abord, le traitement et l'analyse des données recueillies, et la diffusion/communication autour des résultats. Si l'accès au terrain – les établissements de santé mentale – a été facilité dans cette étude par l'engagement volontaire des établissements membres du GCS-CCOMS porteur de cette recherche, l'engagement de ce volet qualitatif, les interrogations qu'a pu soulever la démarche et les freins rencontrés à ce stade n'en ont pas moins permis de prendre la mesure et de mieux en cerner les enjeux.

Cette phase d'entretiens, non prévue au départ dans le protocole de recherche, a pu surprendre et susciter des questionnements, notamment auprès des directions (en particulier les DRH) ou des SST qui s'étaient le plus impliqués dans le volet quantitatif (adaptation des questionnaires SATIN, concertation autour des critères les plus pertinents à recueillir concernant les données quantitatives RH et DIM). Quels étaient les objectifs de cette enquête empirique ? Qu'allait être-t-il fait des données recueillies ? De quelle manière allaient-elles être traitées ? Quelle diffusion serait faite des résultats ? Les éléments de réponse fournis (établir des monographies, dans une perspective comparative) ont généralement permis de rassurer et d'apporter des garanties du traitement des données (anonymisé) et les modalités de restitution des résultats (par site, dans l'idée de pouvoir en échanger, de les étayer et des valider, avant d'envisager une restitution plus collective).

Les modalités de prises de contact ont privilégié la voie de mail et/ou le téléphone et nécessité de passer par la voie hiérarchique (DRH le plus souvent, SST plus rarement), pour avoir l'aval et l'autorisation de la hiérarchie pour interviewer tel ou tel interlocuteur. Le refus de la hiérarchie (DRH ou SST) quant à la possibilité de rencontrer certains interlocuteurs est un cas

de figure resté rare mais qui s'est posé pour deux établissements. Les raisons invoquées sont révélatrices, dans un cas, d'enjeux relationnels et de rapports sociaux conflictuels entre les directions, notamment la DRH, et le secrétaire du CHSCT nouvellement élu, dans l'autre cas, de la position délicate qu'occupent les acteurs des SST sur la question des RPS au sein des établissements.

Si de multiples relances (par mail et/ou téléphone) ont souvent été nécessaires pour convenir d'un temps d'échange, la majorité des interlocuteurs ont donné une suite favorable à notre proposition d'échange. Une dizaine de professionnels n'ont pas répondu à nos sollicitations – d'autant plus faciles à ignorer que les relances se sont réduites à un ou deux mails, que ceux-ci sont souvent gérés par ordre de priorité, et que les demandeurs n'étaient pas connus. Pour expliquer ces non-réponses, plusieurs hypothèses peuvent être formulées : plus faible degré d'engagement de l'établissement dans la recherche et/ou portage de la recherche par un nombre plus réduit de services s'accompagnant d'une plus faible diffusion de l'information sur la participation à la recherche (auprès des agents des services et directions comme des partenaires sociaux)[114] ; manque de temps et priorités autres, notamment dans le cas des directions qualité contactées dans une période de forte sollicitation (certification des établissements) ; faible adhésion et/ou intérêt pour la démarche ; sentiment d'être peu concerné par un objet comme les RPS perçues comme une question RH ; crainte d'une perte de temps et/ou d'un investissement peu utile dans une recherche perçue comme relevant plus d'une stratégie d'affichage de l'établissement que d'une réelle volonté d'infléchir les problématiques de RPS.

Autre cas de suite non donnée à notre proposition : une psychologue d'un service de santé au travail contactée par téléphone, jugeant devoir soumettre sa participation à l'aval de sa hiérarchie, en l'occurrence un médecin du travail dont le positionnement vis-à-vis de cette enquête s'est avéré ambivalent puisque lui-même avait, malgré des réticences, consenti à être interviewé, avant de se rétracter. Il s'agit du seul refus clairement exprimé au cours de cette enquête. Outre le manque de temps invoqué, les éléments de justification avancés étaient que les problématiques de RPS étaient les mêmes qu'ailleurs, ni plus ni moins, que le rôle du médecin était partout le même (suivant le cadre législatif défini). A quoi s'ajoutaient des réticences liées au fait que cette enquête était réalisée par un organisme extérieur auquel il ne se sentait pas tenu de rendre compte des conditions en travail (en dehors de son employeur « *si ou quand c'est nécessaire* ») et duquel il n'avait pas de leçon à recevoir, avec la crainte que ce type d'échange ne desserve l'établissement. Ces différents motifs nous semblent prendre tout leur sens, replacés dans leur contexte : celui d'un établissement qui a connu, ces dernières années, des conflits sociaux très tendus et un *turn over* des médecins du travail dont un très impliqué dans la prévention des RPS et à l'origine d'un rapport très documenté sur les RPS au sein de l'établissement, vraisemblablement peu au goût de tous.

Il n'est pas anodin que des médecins du travail aient réservé un accueil plus mitigé à notre proposition d'entretien, qui a visiblement suscité de l'agacement et de l'irritation, voire de la méfiance et de la défiance vis-à-vis de la démarche engagée. Peut-être parce que confiée à un organisme extérieur et alors associée – dans leur esprit – à une forme d'audit, elle venait comme empiéter sur des territoires réservés à leurs juridictions professionnelles. Ou parce que confiée

[114] Notamment dans Trois établissements sont Plusieurs freins à l'engagement dans la recherche peuvent être identifiés : dans un établissement, le changement du porteur du projet au sein de l'établissement, en l'occurrence le DRH, et le déficit de relais au successeur autour du projet ; dans un autre établissement, le fait que l'engagement dans la recherche tenait plus au service de santé au travail qu'à la DRH, avec une difficulté à mobiliser cette dernière ; dans le dernier cas, la volonté de la direction de ne participer qu'au recueil d'indicateurs indirects, et non à l'enquête SATIN déjà menée antérieurement.

à un professionnel dont la discipline – la sociologie – faisait craindre un regard critique, jugé peu souhaitable car susceptible de ternir l'image de l'établissement. Les craintes exprimées par le médecin ayant refusé l'entretien le suggèrent. D'autres raisons ont joué, notamment la problématique et la méthodologie de la recherche, qui ont pu laisser sceptiques et faire l'objet de critiques. Un médecin s'en est fait l'écho. Il s'est dit « *choqué* » par la méthodologie privilégiée dans le volet quantitatif, jugée biaisée par le choix des indicateurs retenus, à savoir les données d'activité RH et DIM (en routine), plutôt que celles produites par le médecin du travail pourtant « *le premier à recueillir les RPS, avant le RH et avant le DIM* », alors que ne remontent à la DRH/ou au CHSCT que les « *cas extrêmes* » et que « *la plupart ne vont jamais à la DRH* » (SST, 5). Quant à la problématique au centre de cette recherche – le lien entre l'usage de la contrainte dans les pratiques de soins et les RPS –, elle a aussi pu être jugée très réductrice au regard de « *l'étiologie des RPS tellement vaste dans les hôpitaux* » (*ibid.*) et avant tout associée aux profondes mutations et restructurations des établissements de santé et des réorganisations de travail.

En dehors de ces cas de non-réponse, de suites non données ou d'accueils frileux, la proposition d'entretien a plutôt été accueillie favorablement par les différents interlocuteurs sollicités qui se sont dit intéressés par la démarche perçue comme une contribution supplémentaire pour nourrir la recherche. Si aucun refus n'a été exprimé quant à la proposition d'enregistrer l'entretien, en revanche plusieurs interlocuteurs ont cherché à s'assurer que les entretiens resteront bien confidentiels, le traitement des données recueillies anonymisé, et leurs propos non divulgués – témoignant du besoin d'être rassuré pour pouvoir se livrer sans crainte de se voir réprimander voire réprimer. Beaucoup se sont interrogés aussi sur les documents et données relatif.ve.s aux RPS qu'ils étaient en mesure de transmettre ou non à un observateur extérieur, et ont préféré renvoyer vers leur hiérarchie ou les directions plutôt que d'en prendre eux-mêmes l'initiative et la responsabilité.

4. Limites et atouts du distanciel

Il nous faut dire quelques mots sur les atouts et limites des entretiens, tous réalisés à distance en raison du contexte pandémique (Theviot, 2021).

Plus de la moitié des entretiens se sont déroulés par téléphone, l'autre moitié par visioconférence. Le fait que la visioconférence a été retenue par la moitié des interlocuteurs témoignait d'une familiarisation (en cours) et/ou d'une appropriation plus grande de cet outil, dont l'usage était avant la pandémie peu répandu dans les pratiques professionnelles (dans le champ de la santé, comme dans celui de la recherche). Lorsque cet outil n'a pas été retenu, il semble que ce soit davantage en raison d'un sous-équipement en matériel informatique et/ou de problèmes de connexion à Internet (réseau instable ou inaccessible), notamment sur le lieu de travail.

Si le distanciel a constitué un gain de temps (pas de déplacements sur site) et une alternative pour mener à bien l'investigation et ne pas entraver l'avancée de la recherche, il s'est avéré moins riche que le présentiel, privant le chercheur de l'accès à des éléments de compréhension, que ce soit sur l'interlocuteur, ou sur son environnement et ses conditions de travail. L'un des inconvénients majeurs est de soustraire le chercheur d'un engagement ethnographique pragmatique (Cefaï, 2010), de la possibilité d'aller sur le terrain, sur site, et donc d'explorer les lieux, ne serait-ce que pour se faire une idée de la configuration de l'établissement (distribution dans l'espace, état du bâti, etc.) et/ou capter les ambiances (climat, tensions, etc.).

L'entretien à distance, et plus encore par téléphone que par visioconférence, sauf à ce que la vidéo ne puisse être activée (rare cas de figure, ayant alors eu pour effet de jouer sur l'asymétrie de position et de donner un avantage à l'enquêté), a aussi l'inconvénient de priver le chercheur des éléments de communication non verbale, qui peuvent parfois aider à la compréhension des discours, à saisir des contradictions entre ce qui est dit et ce qui se donne à voir, et/ou aider à repérer des non-dits qu'il pourrait être intéressant d'explorer, même si d'autres indicateurs demeurent (le ton de la voix, les hésitations, les silences).

En distanciel, les conditions d'entretien sont aussi déséquilibrées par le fait que les interlocuteurs se trouvent dans des unités de lieux distinctes créant des dés-accordages, chacun n'étant pas dans les mêmes conditions pour échanger, avec la nécessité de faire avec les contraintes de leurs environnements respectifs (bruits, travaux, enfants…), susceptibles de retentir sur les possibilités d'ajustement mutuel. Certains enquêtés étaient en télétravail, d'autres sur leur lieu de travail, avec parfois la contrainte d'être interrompus par des appels téléphoniques ou des urgences à gérer (comme en situation d'entretiens en présentiel) – cela s'est produit assez rarement cependant. A quoi il faut ajouter la survenue de problèmes techniques, retardant le démarrage de la réunion (dans le cas de la visioconférence et/ou obligeant à passer à un autre support d'échange comme le téléphone), ou interrompant la communication (plusieurs cas se sont produits, parfois en visioconférence mais plus souvent par téléphone après plus d'une heure d'échange sur téléphone portable), ou altérant la qualité de la connexion et/ou du son et donc la compréhension des propos de l'interlocuteur (cas de figure plus rare). Ces conditions génèrent un ensemble de perturbations et d'interférences (interruptions, coupures…) et supposent donc des adaptations (relance, reprise, rajustement, réglage…) qui retentissent sur le cours – la continuité, la logique le suivi – des échanges et les rendent moins fluides.

Autres limites (qui peuvent aussi se rencontrer en présentiel), dans le cas des entretiens collectifs, obligeant les participants à une certaine discipline (ne pas interrompre, ne pas couper la parole…) pour se rendre audibles, mais entravant la spontanéité des échanges et limitant les interactions en étoile (répondre aux uns et aux autres, rebondir sur les propos de l'un pour abonder dans le même sens ou, à l'inverse, donner un point de vue contradictoire), plus particulièrement dans le cas où les interlocuteurs ne sont pas rassemblés en un même lieu.

Plus globalement, ces outils (téléphone, visioconférence) influent sur les dispositions à l'échange des interactants, sur la perception ou la représentation que l'on peut se faire de l'interlocuteur, ou encore sur la possibilité, pour le chercheur, d'établir un climat de confiance plus propice au dévoilement, le distanciel ayant tendance à renforcer l'asymétrie des positions inhérente à la relation d'enquête généralement plus favorable à l'enquêteur qu'à la personne interrogée – quoi que d'autres éléments influencent cette relation, comme les différences sociales ou la perception que les interactants ont du statut social de leur interlocuteur, etc.

En dépit de ces limites, les entretiens réalisés se sont avérés pour la plupart d'une grande richesse. A l'exception de quelques interlocuteurs qui se sont montré peu loquaces, soit plus réservés et prudents dans un contexte de tension avec leur direction, soit peu au fait des problématiques de RPS, en partie lié à la faible ancienneté à leur poste, occupé à temps partiel, au manque de temps et de moyens, en dépit de leur positionnement dans l'organigramme de l'établissement laissant penser qu'ils pouvaient être des acteurs ressources, la plupart des interlocuteurs ont accepté de jouer le jeu, se sont prêtés à l'exercice, nous ont accordé du temps, et se sont montrés plutôt coopératifs et enclins à s'exprimer, dont certains prolixes. Le distanciel présente peut-être cet avantage de permettre plus facilement à l'interlocuteur d'oublier que

l'entretien est enregistré, et alors de se livrer ou de s'exprimer plus facilement, mais pas pour autant plus « librement ». Ces temps d'échanges ont visiblement représenté pour certains interlocuteurs un espace d'écoute, d'expression et de réflexion. Plusieurs d'entre eux nous l'ont signalé en nous remerciant pour notre écoute et pour les questions soulevées, forçant à la réflexion sous un angle différent ou peu habituel. « *En tout cas je trouve ça vraiment plaisant et je vous remercie de votre écoute. Et puis des questions que vous soulevez, parce que justement, elles permettent d'aller chercher des éléments variés* » (CME, 2). Plusieurs ont aussi ouvert sur des possibilités d'échanges supplémentaires, en individuel et en collectif, par mail, téléphone ou visioconférence, que nous n'avons pas toujours pu saisir et mettre à profit, faute de temps et de moyens, en dépit de l'intérêt évident que cela présenterait.

Nous avons bien conscience que la réalisation d'entretiens auprès de quelques acteurs-clés ne parviendront pas à épuiser un sujet aussi vaste dans des organisations aussi complexes, et qu'un travail plus en profondeur et ne reposant pas que sur des entretiens mais également sur des observations au sein des établissements, serait nécessaire pour approfondir l'analyse et rendre compte plus finement de la diversité des perceptions et représentations, des positionnements des uns et des autres, des enjeux qui se nouent autour de cette question. En outre, le projet d'établir des monographies pour chaque établissement avec l'idée de pouvoir restituer à chaque site les principaux éléments d'analyse ressortant de cette première phase d'investigation, nous est apparu au fur et à mesure de l'avancée du travail très ambitieux au regard de nos moyens (de temps, humains). Les éléments recueillis dans ce sens permettraient de le faire, mais leurs traitement et analyse exigeraient un temps supérieur à celui dont nous disposons. En outre l'exercice nous parait assez délicat, pour des questions éthiques, notamment dans un souci de respect/préservation de l'anonymat des personnes interviewées et de non-activation des tensions et/ou conflits vu les écarts et divergences entre les points de vue sur une même problématique, notamment entre les directions et les partenaires sociaux – le nombre d'entretiens menés dans chaque établissement étant relativement réduit, le risque d'identifier les interlocuteurs à l'origine de tel ou tel type de discours en est accru. Aussi, nous faut-il rester modestes et nous contenter ici de dégager les axes d'analyse transversaux ressortant de cette première vague d'entretiens, tout en tenant compte des configurations singulières et des spécificités propres à chaque établissement, afin d'apporter un premier éclairage qui permet néanmoins de donner plus d'épaisseur et de situer la problématique au cœur de cette recherche dans l'ensemble plus vaste dans lequel il s'inscrit.

ANNEXE 2 : Les enjeux institutionnels de cette recherche pour les EPSM participants

Revenir sur les processus de décision et les motivations des EPSM à s'inscrire dans cette recherche, les modalités d'information et d'association des différentes parties prenantes et leur positionnement vis-à-vis de cette recherche, ainsi que les intérêts et les attentes des uns et des autres, a permis de mieux saisir les enjeux que posent les RPS et leur prévention au sein des EPSM, étroitement liés aux obligations réglementaires qui s'imposent à eux.

1. Processus de décision à la base de l'inscription dans la recherche, modalités d'information et d'association et positionnement des services et des représentants du personnel

Comment la décision de s'inscrire dans cette recherche a-t-elle été prise ? Ce choix a-t-il donné lieu à une concertation avec les différentes parties prenantes, les services et partenaires sociaux ? De quelle manière ceux-ci en ont-ils été informés et ou ont-ils été associés ? Comment ont-ils réagi à l'annonce de cette recherche et se sont-ils positionnés ?

1.1 Une prise de décision par le haut

L'engagement dans la recherche est le plus souvent une décision prise par le haut, soit par une ou deux directions, par exemple la DRH associée à la direction recherche, soit par les instances de directions (Direction générale, DRH, direction recherche, direction des soins, service de santé au travail, DIM) dans le cadre d'une démarche institutionnelle (décision prise en réunion de directions). Le plus souvent la DRH, parfois associée à la direction de la recherche, a été porteuse, dans d'autres cas, moins fréquents, le service de santé au travail (SST). Ils se sont alors positionnés avec les services dédiés aux RPS ou à la QVT quand ils existent sur la conduite du projet au sein de l'EPSM, ou bien cette mission leur a été déléguée par la direction (générale ou autres). Dans certains EPSM, l'engagement dans ce projet de recherche a donné lieu à la mise en place d'une instance spécifique (groupe de travail ou comité de pilotage « RPS ») pour en assurer le suivi, dans d'autres, ce suivi a pris place dans les instances dédiées aux RPS ou à la QVT déjà existantes. De l'avis de plusieurs directions, cette décision traduirait une « *vraie volonté* » de l'établissement de s'engager dans ce champ et d'être proactif, et/ou s'articule(rai)t avec une préoccupation plus globale autour de la qualité de vie au travail et de la prévention des risques professionnels. Ce point de vue ne fait toutefois pas l'unanimité parmi les « acteurs-clés » de la prévention des RPS (ce point est discuté plus loin).

1.2 Une démarche de concertation dans les instances…

Ensuite, le projet de participer à la recherche a généralement – mais pas systématiquement – été présenté dans les instances non médicales (CHSCT voire CTE – Conseil technique d'établissement –, et service dédié aux RPS) et médicales, parfois en présence d'un membre de l'équipe de recherche. Difficile de dire pour autant que la démarche a fait l'objet d'une véritable concertation. Il s'est plutôt agi d'informer ces instances de la décision prise par les directions et de la faire valider. « *Le CHSCT n'est pas vraiment une instance décisionnelle. Si l'employeur a décidé que, on l'annonce au CHSCT parce que c'est une obligation légale. Le CHSCT émet des objections, des interrogations, mais l'employeur continue à faire ce qu'il veut. Moi je n'appelle pas ça une concertation* » (CHSCT, 5).

Le projet de participer à la recherche semble avoir plus souvent donné lieu à discussion dans les CHSCT (et/ou service plus spécifiquement dédiés aux RPS), avec recherche d'une validation collective par les différentes parties prenantes : « *Tout le monde était d'accord. Y*

compris la médecine du travail. Il n'y a pas eu d'opposition par rapport à ça » (CHSCT, 2). Les CME semblent davantage avoir pris acte de et validé la décision prise par l'EPSM sans nécessairement exprimer de critiques ouvertes. Certaines ont pu se sentir moins impliquées ou concernées par la question perçue comme relevant d'un volet RH plus que médical, a contrario d'autres qui disent s'être emparées de la problématique au cœur de leurs préoccupations et projets. Et dans certains cas, la visioconférence privilégiée dans le contexte sanitaire du COVID ne s'est pas avéré un outil propice à l'engagement d'une dynamique d'échange et de discussion en CME : « *Il n'y avait pas la même dynamique que d'habitude. Donc personne n'a posé de questions mais personne n'a émis de critiques non plus, ouvertement en tout cas* » (SST, 1).

1.3 …et des échanges focalisés sur l'outil du diagnostic : le questionnaire SATIN

Dans ces instances, il a davantage été question de présenter et de discuter un aspect du volet quantitatif de la recherche, en l'occurrence le questionnaire SATIN destiné à être renseigné par l'ensemble du personnel de l'établissement, et dont il convenait de s'assurer qu'il suscitait un minimum d'adhésion afin de maximiser le taux de participation des salariés, sans quoi sa diffusion et sa passation seraient vouées à l'échec. A ce stade, le recueil d'indicateurs indirects (RH et DIM) semble n'avoir pas ou peu été abordé. De même le volet qualitatif a plus rarement été annoncé, d'autant moins que son déploiement allait concerner un nombre plus réduit d'établissements. La problématique et les hypothèses au centre de la recherche ont parfois été exposées, pas de manière systématique ou pas partout, et davantage en présence d'un membre de l'équipe de recherche, mais n'ont semble-t-il pas suscité de réactions particulières ni fait l'objet de débats – rappelons que ces présentations ont eu lieu avant l'adoption de l'article 84, les réactions et débats auraient sans doute pris une tournure différente si elles avaient eu lieu après. Plus que la question de la contrainte et des liens entre usages de la contrainte dans les pratiques de soin et les RPS des soignants en psychiatrie adulte, ce sont les RPS en général qui, au travers du questionnaire SATIN, ont donc pour l'essentiel focalisé l'attention et été au centre des échanges – avec des discussions plutôt d'ordre méthodologique concernant les modalités d'organisation de l'enquête (diffusion et passation du questionnaire, conditions d'anonymisation des réponses).

La recherche – via l'outil SATIN – a pu être présentée « *comme une première* », « *quelque chose qui n'existait pas encore* », « *pour faire un point sur l'établissement* » (SST, 1), ou encore comme un moyen de donner un prolongement aux outils utilisés jusque-là (type baromètre par exemple) et d'approfondir la question des RPS, et/ou encore comme une occasion d'actualiser des diagnostics antérieurs (plus ou moins anciens selon les établissements). Présentée sous ce jour, elle pouvait renvoyer l'idée que « *pour une fois on s'occupe des agents, on leur demande comment ils vont* » (SST, 1), et le fait de s'appuyer sur un outil validé scientifiquement offrant une plus grande neutralité (que si elle avait été portée par l'établissement et l'outil fait l'objet d'une adaptation locale), a parfois pu permettre de sortir des « *logiques de dualité* » ou d'un rapport social conflictuel, ou tout du moins de les atténuer, sans les annuler.

1.4 Une réception ambivalente de la démarche par les partenaires sociaux

Si elle n'a pas suscité une levée de boucliers parmi les partenaires sociaux, cela n'exclut pas des positionnements différents dont témoigne l'accueil plus ou moins favorable qu'ils lui ont réservé, oscillant entre enthousiasme et intérêt d'un côté, réserve et méfiance de l'autre. Ainsi des syndicats se sont montrés plus ouverts et enclins à la proposition, conformément à leurs traditions : « *Il faut aussi dépasser les difficultés qu'on peut rencontrer avec la direction. Et*

quand ce sont des thématiques qui sont susceptibles d'aider nos collègues, il faut dépasser nos oppositions et il faut y aller. Mais ce n'est pas toujours une vision partagée. En ce qui nous concerne, on a été tout de suite favorable à ça » (CHSCT, 2). Quand d'autres, décrits comme étant plus dans la contestation ou avec « *une culture où tout doit être discuté* », ont exprimé des « oppositions de principe » et/ou des inquiétudes. Le fait de confier la démarche à un organisme extérieur faisait craindre leur mise à l'écart et/ou leur moindre participation et la perte d'un avantage sur la démarche engagée, notamment sur le traitement et l'usage qu'il sera fait des données : « *Évidemment, comme toute annonce d'externalisation de quoi que ce soit, ça a laissé un grand blanc. Parce qu'il y a une peur que les données et le traitement des données nous échappent. Le fait d'avoir des résultats concrets et exploitables, et qui permettront de diminuer les RPS, me feront dire si c'était bien ou pas bien* » (CHSCT, 5). Des craintes par ailleurs alimentées par des expériences antérieures, d'enquêtes confiées à des tiers dont les résultats n'ont donné lieu à aucun retour jugé sérieux (cf. le point sur le manque de transparence développé plus loin dans ce rapport). Peut-être aussi parce que la culture de la recherche est peu présente et plus éloignée des partenaires sociaux, par comparaison aux centres hospitaliers universitaires, comme en faisait l'hypothèse un interlocuteur.

Si le questionnaire SATIN semble néanmoins avoir plutôt suscité l'intérêt des partenaires sociaux, plusieurs d'entre eux le jugeant comme un outil de qualité comportant des questions intéressantes permettant de prendre en compte la subjectivité et de saisir la perception des salariés sur les relations entre environnement/conditions de travail, stress et santé, l'engagement de l'établissement dans la recherche n'en a pas moins suscité chez certains des interrogations sur le sens et les intentions réelles des directions. Traduisait-il une réelle volonté de s'emparer et de travailler la question dans l'objectif d'améliorer les conditions de travail ? Ou bien s'agissait-il d'un simple affichage politique, voire même d'un piège de la direction ? « *On s'est même demandé si ce n'est pas un peu un piège de la direction, comme il peut y en avoir régulièrement, sur des vitrines qui sont mises en place pour faire croire qu'on améliore les conditions de travail ou qu'on s'y intéresse. Mais non. Le questionnaire est intéressant* » (CHSCT, 2). Ce type de questionnement a semble-t-il davantage émergé dans des contextes de rapports sociaux tendus et/ou conflictuels, où la « *souffrance au travail* » constitue « un *sujet épineux* », avec plusieurs dossiers en cours objets de divisions, de rapports de force entre les directions et les partenaires sociaux, et/ou des contextes où la gouvernance est vécue et présentée par ces derniers comme verticale, autoritaire et dogmatique, prenant peu conseil auprès des partenaires sociaux, et plus préoccupée par une politique d'affichage que par le souci d'apporter de réelles améliorations aux conditions de travail (par exemple mettre en place des préconisations comme celles émises dans les CHSCT à la suite d'expertises).

2. Motivations à la base de l'inscription dans ce projet

Trois motivations se dégagent. Les deux principales, qui sont d'établir ou d'actualiser un diagnostic sur les RPS en s'inscrivant dans une dynamique de recherche, sont à mettre en perspective avec les obligations en matière de RPS auxquelles sont tenus les établissements en tant qu'employeurs, et aux difficultés qu'elles posent. La troisième motivation, relative la problématique du lien entre l'usage de la contrainte dans les soins psychiatrique et les RPS, est révélatrice du caractère plus atypique du questionnement, rarement formulé ou pensé en ces termes.

2.1 Établir ou actualiser un diagnostic/plan de prévention sur les RPS

Cette motivation arrive en première position. Si elle a sans nul doute été induite par la manière dont cette recherche a été pensée et présentée dans les instances du CCOMS[115], elle n'en est pas moins emblématique des obligations-injonctions faites aux établissements de santé, voire d'un paradoxe entourant la politique de prévention des RPS. Depuis l'accord-cadre relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique adopté en 2013, les établissements de santé ont pour obligation légale d'élaborer des plans de prévention des RPS reposant sur une phase préalable de diagnostic, sans pour autant nécessairement disposer des moyens[116], notamment de temps, humains (ingénierie) et techniques (outils informatiques, logiciels de traitement de données), qui leur permettraient de mener ce travail à bien ou d'une manière pleinement satisfaisante – même si les enquêtes par voie dématérialisée privilégiée par la suite ont simplifié le traitement des données recueillies. Les établissements s'y efforcent, avec les moyens du bord, recourant parfois au « *bricolage* »[117], et y parviennent avec plus ou moins de succès. Par ailleurs, si les plans de prévention des RPS ont vocation à évoluer, à être complétés et actualisés, cette ambition semble là aussi parfois difficile à atteindre. Des représentants syndicaux s'en font l'écho et le déplorent[118]. Un constat qui, du reste, ne se limite pas seulement au plan de prévention des RPS et peut concerner plus globalement les plans de prévention des risques professionnels (PAPRIPACT à l'issue du DUERP).

Si aucun interlocuteur ne l'a clairement formulé ou énoncé en ces termes, le souci de répondre aux exigences de mise en conformité avec le cadre légal s'imposant aux établissements par ailleurs soumis aux logiques d'accréditation et de certification par l'HAS a probablement pesé. Car cette motivation tient pour beaucoup au manque de données quantitatives ou à la faiblesse des indicateurs chiffrés en l'absence de diagnostic spécifiquement centré sur les RPS et/ou ciblant les professionnels de psychiatrie ; ou en raison de diagnostics relativement datés et non actualisés, parfois associés à de faibles taux de réponse. « *Dans l'état des lieux initial, on manquait un peu de données quantitatives. L'enquête RPSY est l'occasion pour nous, sous réserve qu'on a un bon taux de réponse, d'avoir un état des lieux à un instant t* » (DRH, 2). Elle tient parfois aussi aux limites et critiques formulées à l'encontre des outils utilisés jusque-là, pas spécifiquement centrés sur les RPS et/ou sur la psychiatrie, et qui ne permettent pas d'établir une cartographie/un diagnostic des RPS. « *On n'a jamais abouti à une cartographie des RPS avec ces 2 outils-là* » (QVT, 4).

Par exemple, dans un EPSM (1), une enquête portait sur le « *ressenti individuel des agents quant aux conditions de travail* » mais sans être spécifiquement centrée sur l'activité en psychiatrie. Dans un autre (4), était utilisée une « *boussole QVT* » dont les questions jugées trop larges ne permettaient pas d'approcher finement la question des RPS. Dans un autre (3), l'enquête reposait sur des outils adaptés localement pour tenir compte des spécificités de l'établissement, sans toujours parvenir à convaincre les partenaires sociaux même s'ils ont été

[115] La recherche a pu être présentée comme une opportunité pour réaliser un diagnostic à un moindre coût (le traitement des données étant assurée par le CCOMS), par comparaison aux prestataires extérieurs ou cabinets de consultants dont les services sont souvent plus onéreux et apportent plus ou moins de satisfaction.

[116] « Pour être appliqués, ces accords manquaient de moyens et de décisions opérationnelles » (Lerouge, 2020, p. 81).

[117] « *L'établissement avait fait un travail vraiment important, avec une enquête, qui avait donné lieu à un travail assez lourd, avec des équipes entières qui ont dépiauté des questionnaires manuellement. Dans la foulée, ils ont fait un plan de prévention des risques psychosociaux* » (SST, 3).

[118] « *On trouve qu'il n'est pas à jour depuis octobre 2013. Ils ont mis à jour quelques services parce que des services ont ouvert ou qu'il y a eu des études d'impact des conditions de travail sur ces unités en question* » (CHSCT, 2)

invités à participer activement à la démarche et s'y sont impliqués. Dans autre encore (6), des enquêtes diligentées à la suite d'un CHSCT extraordinaire par exemple pouvaient être menées à partir des outils proposés par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) officialisés au sein de l'établissement[119], mais elles étaient conduites à l'échelle d'un service traversant une situation compliquée pour faire un état des lieux à un instant t, et ne portaient pas sur l'ensemble des services de l'EPSM.

C'est donc tout l'enjeu de cet état des lieux, dont il est attendu qu'il permette d'établir ou d'actualiser un plan d'action de prévention des RPS, voire de « *définir une politique exhaustive* » et d'« *étoffer le document unique d'évaluation des risques professionnels* » (SST, 1). Il s'agit d'abord de dresser un tableau global pour avoir une vue d'ensemble, prendre de la hauteur et mieux cerner l'ampleur du problème : « *Parce que, est-ce qu'on noircit le tableau ou est-ce qu'on blanchit le tableau ? Je n'en sais rien. Donc ça permettrait déjà d'avoir ça* » (QVT, 4). Il s'agit ensuite d'établir des constats précis pour « *savoir quoi cibler* » (SST, 1), de « *mettre en lumière des traits assez répandus qui permettront d'avoir une cible incontestable* » (CME, 4). Il s'agit, enfin, d'identifier les zones de tensions ou points critiques à partir desquels établir ou actualiser un plan d'action de prévention des RPS, voire « *définir une politique exhaustive* » et « *étoffer le document unique d'évaluation des risques professionnels* » (psychologue, SST, 1), qui permette à l'établissement et aux partenaires sociaux d'avancer sur le sujet, c'est-à-dire d'identifier des axes d'amélioration possibles et d'envisager des actions à mettre en place pour améliorer les conditions de travail : « *En tirer un plan d'action, pour nous aussi, en tant qu'organisation syndicale, il ne faut pas se mentir non plus* » (CHSCT, 2). L'objectif est bien, *in fine*, d'œuvrer de concert en faveur de la réduction des RPS : *« Mon objectif vis-à-vis de mon administration n'est pas d'être contre elle, bien au contraire, mais de pouvoir apporter un autre éclairage, d'aider, d'accompagner. On sait que des choses peuvent se faire, sont réalisables à court terme et même dans l'immédiateté. Il faut œuvrer au mieux, pour s'adapter et faire en sorte de ne plus avoir de RPS* » (CHSCT, 3).

2.2 S'inscrire dans une dynamique de recherche

La seconde motivation en découle. Le fait de s'inscrire dans une logique de recherche portée par un organisme (CCOMS) affilié à un laboratoire INSERM (bien identifié par plusieurs interlocuteurs) apparaissait, pour beaucoup de directions au moins, si ce n'est les partenaires sociaux, comme une plus-value, apportant un gage de sérieux et de scientificité, de robustesse et de neutralité. « *C'est un organisme extérieur qui plus est dans le cadre d'un protocole de recherche qui le traite. Donc il y a le côté indépendant qui fait l'intérêt. Le volet un peu recherche qui est toujours intéressant à avoir dans ce cadre-là* » (DRH, 2).

L'enjeu était de produire des résultats difficilement contestables, qu'un protocole de recherche était plus à même d'assurer. Car les chiffres et indicateurs produits au travers des enquêtes menées antérieurement sont sujets à caution et objets de divisions. Les partenaires sociaux se montrent souvent assez critiques vis-à-vis des résultats produits jugés biaisés et édulcorant la réalité. De fait, il peut être tentant pour les directions de se saisir des quelques indicateurs produits, notamment les plus positifs, pour présenter la situation sous un jour favorable, parfois plus qu'elle ne l'est, voire minimiser certains aspects et/ou sous-estimer l'étendue et l'ampleur des RPS, et ainsi donner à voir une image plutôt positive de l'établissement (certes il y a des

[119] En l'occurrence une grille de questionnements jugée assez complète, comportant plus d'une dizaine d'items adaptables au besoin, portant sur les conditions de travail, de sécurité de travail, le management…

problèmes, mais « *bon an mal an ça ne va pas si mal et les gens sont quand même plutôt contents de travailler là* »), ou à communiquer sur les résultats les plus positifs (rien de négatif ne doit être donné à voir) pour ne pas alimenter la controverse dans un contexte où le climat ou le dialogue social n'est pas toujours simple. D'autant que le souci de promouvoir l'image d'« *un établissement où il fait bon vivre* » (CHSCT, 3) est devenu un enjeu crucial dans un contexte de faible attractivité des établissements confrontés à des difficultés de recrutement se conjuguant à une tension des effectifs soignants voire une pénurie de personnel médical et soignant, les plaçant dans un jeu de lutte et de concurrence – plus particulièrement en région parisienne[120].

Ces désaccords sur les chiffres ou les indicateurs produits par ces enquêtes et/ou leurs interprétations tiennent pour une part au moins à la formulation des questions dont il est considéré qu'elles ne permettent pas de recueillir l'indicateur attendu ou limitent l'expression des enquêtés dans le cas de questions fermées, ce qui a pour effet de lisser ou d'aplanir les problèmes. C'est une des raisons qui peuvent conduire les partenaires sociaux à mener, avec les moyens du bord aussi, leurs propres enquêtes quantitatives sur les RPS, ou sur une dimension plus ciblée comme la fatigue et l'épuisement au travail. « *Au niveau syndical, on a fait notre propre questionnaire parce qu'on n'était pas forcément d'accord avec tout ce que voulait indiquer notre administration. On était sur une autre approche. On avait des questionnements sur les items en disant que l'on ne comprenait pas ce qu'ils voulaient dire, que si les gens répondent de telle façon, on n'aura pas le bon indicateur. Il fallait trouver les indicateurs qui puissent faire que l'on ait un maximum de réponses et que l'on arrive à bien prélever les informations pour en faire quelque chose* » (CHSCT, 3). Les résultats donnent alors à voir une réalité plus nuancée, moins reluisante que celle décrite au travers des enquêtes privilégiées par l'administration. L'enjeu est de faire valoir un autre regard et un autre point de vue, susceptibles d'appuyer certaines de leurs revendications (par exemple, dans l'un des établissements – 1 – soutenir le recrutement d'un psychologue au sein du service de santé au travail vu comme une ressource pour soutenir les agents). Un point de vue susceptible de paraître tout aussi difficile à prendre au sérieux et à admettre par les directions qui, à leur tour, peuvent se montrer tout aussi critiques sur les outils utilisés et les résultats produits.

Ces critiques, de part et d'autre (sur les questionnaires, les formulations des questions, etc.), sont révélatrices des difficultés et enjeux de reconnaissance entourant le vécu des salariés quant à leurs conditions de travail dont ils considèrent qu'elles se dégradent, et plus globalement des difficultés d'établir un dialogue social fluide et/ou constructif sur la prévention des RPS. « *Le syndicat avait fait un rapport, sa propre enquête. Donc c'est ça l'idée : ''Vous vous avez votre enquête, et nous on a la nôtre. Vous avez vos chiffres, nous on a les nôtres''. Tout le dialogue social est organisé comme ça. Donc déjà on n'est pas d'accord sur les chiffres, sur la méthode, sur tout. C'est un peu ça l'ambiance* » (SST, 3). Le fait de prendre appui sur des outils standardisés (INRS ou autres) pour mener les enquêtes ultérieures, comme certains établissements en ont fait l'expérience, a généralement permis de dépasser et/ou d'apaiser ces tensions.

Le fait de s'appuyer sur un outil reconnu et validé scientifiquement (SATIN), standardisé et non modifiable (ou à la marge), permettant de donner un point d'appui et une base de comparaison plus solide, abondait dans ce sens. « *L'avantage du questionnaire SATIN, c'est son côté international, c'est une méthodologie officielle qui ne fait pas l'objet d'une adaptation*

[120] « *Comme le climat en interne n'est pas très constructif et en externe, et dans un contexte de bench marking des hôpitaux, surtout pas donner à voir des choses qui pourraient être pris comme négatif* » (SST, 3).

locale » (DRH, 2). Il permettait en outre de sortir des logiques d'affrontement. « *C'est une recherche scientifique. Ce n'est pas les syndicats contre l'encadrement du pôle, l'administration contre les médecins, c'est de la science par des gens qui n'ont pas d'objectif local* » (CME, 4).

SATIN a pu apparaître comme une opportunité à saisir pour contourner l'ensemble de ces difficultés et établir ou actualiser un état des lieux sur les RPS plus spécifiquement centré sur la psychiatrie adulte, avec un intérêt pour l'étendre à tous les services et à l'ensemble du personnel de l'établissement, toutes catégories professionnelles confondues[121], y compris les médecins-psychiatres, dans une approche plus systémique des RPS permettant de sortir de la logique de silo. « *La question des risques psychosociaux, c'est systémique, ça concerne tous les professionnels, et à un moment on a trop souvent tendance à fonctionner en silo, personnel médical / personnel non médical* » (DRH, 2). Ou a minima, pour prolonger et approfondir les diagnostics réalisés jusque-là, et ainsi disposer d'éléments de comparaison avec les enquêtes produites antérieurement (même si l'exercice présente des limites puisque tous les termes ne sont pas comparables). Avec le souci, pour certains, de saisir l'impact du COVID-19 sur la santé au travail des personnels (notamment exprimé dans les EPSM jugeant avoir été très impactés par la crise sanitaire). « *Ça peut nous faire un point de comparaison par rapport aux études que l'on a pu mener par le passé, notamment essayer de mesurer l'impact Covid* » (DRH, 3).

En ce sens, cet outil offrait une garantie supplémentaire. Au risque, parfois, d'être surinvesti ou d'alimenter des attentes excessives, les limites et critiques des outils jusque-là utilisés pouvant conduire, en contrepartie, à une forme d'idéalisation de ce type d'outil dont il faut pourtant se garder de penser que les résultats produits seraient l'exact reflet de la réalité[122], et qu'ils suffiraient en soi ou permettraient de faire l'économie d'autres moyens, comme les espaces dialogiques avec les salariés qu'ils ne sauraient remplacer.

Certains établissements utilisant des diagnostics déjà centrés sur les RPS pointaient également l'intérêt de cet outil ne se limitant pas à l'investigation des conditions de travail et s'intéressant aussi à l'état de santé (somatique, mentale) perçue par le personnel, soit une dimension jusqu'alors peu prise en compte : « *Jusque-là, nos questionnaires étaient plutôt liés aux risques psychosociaux et non pas forcément à la santé physique et mentale des professionnels de santé. Je trouvais que la santé était intéressante parce qu'on ne sait pas toujours dans quel état de santé et dans quel état d'épuisement se trouvent nos professionnels. J'ai trouvé ça très positif, surtout si on réussit à faire une synthèse sur l'établissement* » (DRH, 3).

S'inscrire dans une recherche multicentrique comportant une perspective comparative inter-établissements présentait un autre avantage : celui de pouvoir situer l'établissement par rapport à d'autres, voire de « *faire du parangonnage* » et de s'inspirer des expériences porteuses de solutions mises en œuvre dans d'autres établissements. « *Peut-être qu'il y a des solutions avec*

[121] Comme cela a déjà été précisé, l'ensemble des établissements participants ont souscrit à cette demande plus particulièrement portée, au départ, par l'un d'entre eux.

[122] Il est difficile d'affirmer que SATIN échapperait aux critiques des questionnaires : limites du déclaratif, faible déclaration susceptible d'exprimer un déni collectif de perception d'un problème, réification d'un phénomène social aussi complexe, détection des risques, catégories de professionnels et services exposés à l'aide d'une batterie d'indicateurs dont on ne peut exclure qu'ils travestissent et recomposent la réalité et restent donc à interpréter et manipuler avec prudence. L'utilisation de tels outils traduit le culte voué aux chiffres censés donner une représentation rationnelle d'un phénomène, bien que partielle et partiale, ce que certains auteurs nomment la « quantophrénie » (Clot, 2015) ou la « tyrannie des nombres » (de Gaulejac, 2011).

des organisations qui portent mieux les choses. Et on s'était engagé justement pour ça » (DRH, 1).

Dans certains cas, plus rares, parmi les EPSM déclarant réaliser une enquête sur les RPS à un rythme régulier (tous les 3 ans), « *contribuer à la dynamique de recherche* » (DRH, 3) et permettre aux différents services (DRH, DIM, SST) d'y participer semblait parfois primer. Il faut dire ici que se positionner sur l'axe recherche représente un enjeu majeur de développement pour la psychiatrie publique de secteur, notamment pour les établissements non hospitalo-universitaires, et montrer que l'établissement est engagé dans une telle démarche est susceptible de s'inscrire dans une stratégie plus globale visant à le faire rayonner au plan académique et à défendre l'image d'un établissement plus particulièrement dynamique et actif en la matière. De ce point de vue, le GCS-CCOMS pour la formation et la recherche en santé mentale offrait un cadre privilégié, perçu comme plus rassurant ou apportant des garanties supplémentaires. Pour certains EPSM, l'engagement dans cette recherche s'inscrivait dans la continuité d'une collaboration plus ancienne et plus ou moins forte avec le CCOMS, autour de divers programmes (par exemple Médiateurs de santé pairs – MSP –[123], *Quality Rights toolkit* de l'OMS[124]) ou recherches (par exemple sur les hospitalisations d'office, ou sur le tabac en psychiatrie). Pour d'autres qui ont rejoint le GCS plus récemment, il offrait une opportunité de renforcer leur engagement dans cette dynamique de recherche.

2.3 Travailler la problématique contrainte/RPS/santé au travail des soignants

Si cette problématique au centre de la recherche a pu retenir l'intérêt et l'attention, notamment parmi les établissements épinglés par le contrôleur général des lieux de libertés soucieux de s'engager dans une dynamique de changements des pratiques d'enfermement, elle ne semble pas avoir constitué un motif d'engagement premier, principal, ou primant sur les autres. Elle paraît plutôt en dernière place, loin derrière le souci de faire un état des lieux des RPS (en première position) et/ou d'inscrire l'établissement dans une dynamique de recherche. « *C'est plutôt la dimension RPS plus que contrainte. La question des liens entre contrainte et RPS n'a pas été vraiment évoquée. On a toujours parlé de RPS* » (QVT, 4).

Le fait, comme cela a été évoqué précédemment, que cette problématique n'ait pas toujours été mise en avant dans les présentations qui ont été faites de la recherche a sans doute joué. C'est d'ailleurs souvent au décours des entretiens que les interlocuteurs (en dehors des « décideurs ») ont pris connaissance de cette problématique. Mais c'est aussi révélateur de l'approche de la santé mentale au travail vue sous le prisme des facteurs exogènes, occultant les facteurs endogènes – i.e. l'impact des pratiques de soins/la contrainte sur la santé mentale au travail des soignants.

Le fait que les RPS soient rarement abordés sous l'angle de cette problématique au sein des EPSM, à tous les niveaux ou échelons de la hiérarchie, des directions aux soignants (forme de déni ou de stratégies défensives collectives[125] ?) est d'ailleurs aussi, pour certains

[123] Le programme MSP vise à intégrer au sein des services de psychiatrie publique des personnes ayant un parcours de rétablissement en santé mentale formées à l'accompagnement des usagers en santé mentale (niveau Licence 3 Sciences sanitaires et sociales à l'Université Sorbonne Paris Nord).

[124] Le *Quality Rights* est un programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits des personnes vivant avec un trouble de santé mentale. Pour en savoir plus, nous renvoyons au site du CCOMS : https://www.epsm-lille-metropole.fr/le-ccoms

[125] En psychodynamique du travail, les stratégies défensives et discours associés consistent à valoriser un ensemble de comportements et de pratiques qui ont pour effet de masquer les difficultés et souffrances vécues.

interlocuteurs, ce qui a fait l'attrait ou l'intérêt de cette recherche. Car c'est un peu une zone d'ombre qui mériterait d'être mise en lumière et interrogée. « *Ce sont des questions qu'on ne se pose jamais. Autant on se questionne sur le fait que quand les soignants ne vont pas bien, ils ont du mal à avoir recours à un dispositif d'écoute ou à une aide professionnelle parce que ça les fait passer de soignant à soigné. C'est des choses qu'on questionne, sur lesquels on réfléchit. Autant le lien contrainte de soins et impact sur le personnel, et qui plus est avec la crise sanitaire, le confinement, j'avais trouvé que c'était une approche pointue intéressante qu'on n'avait jamais été défrichée* » (QVT, 4).

Par ailleurs, la question de la contrainte, notamment l'isolement et la contention dans les pratiques de soin, et plus globalement le souci de « soigner sans enfermer » et de rechercher/privilégier des alternatives à la contrainte font partie des préoccupations des directions des établissements (direction générale, des soins, CME), de plus ou moins longue date, et sont parfois l'objet de groupes de travail organisés par l'institution. A ce titre, elles peuvent figurer dans le volet médico-social soignant des projets d'établissement. Les directives gouvernementales et les recommandations de bonnes pratiques (HAS) relatives à l'isolement et la contention y contribuent et/ou renforcent ces préoccupations, que l'article 84 est venu réactualiser. « *Dans l'établissement, c'est un vrai sujet la question du recours à la contention, les mesures d'isolement. Parce que la psychiatrie a quand même cette spécificité qu'on soit potentiellement amené à contraindre la liberté d'aller et venir des personnes, Et parce que l'actualité législative et réglementaire est très riche sur ce sujet-là* » (DRH, 2). L'idée alors que la recherche puisse, au travers de ses résultats, fournir des éléments de réflexion et des éclairages permettant d'y travailler n'est donc pas à négliger : « *Après ce qui peut être intéressant à partir des retours de cette enquête, c'est de nous permettre de retravailler sur cette dimension de la contention, parce qu'il n'y a pas que la contention en chambre d'isolement, il n'y a pas que la contention chimique* » (QVT, 4).

En outre, l'exercice de la contrainte dans les soins reste associé dans les représentations/les discours des interlocuteurs à la violence exercée par les patients à l'encontre du personnel soignant, identifiée comme un risque majeur en psychiatrie : « *La violence, l'agressivité en psychiatrie, c'est inhérent à l'activité en psychiatrie. Donc pouvoir travailler là-dessus et voir en quoi le quotidien potentiellement de cette violence a un impact sur le travail et sur la vie des gens et potentiellement développent ou pas des RPS, et pourquoi les gens continuent à venir travailler dans un service de psychiatrie, oui ça c'est un côté assez intéressant. En psychiatrie cela fait partie des risques identifiés comme majeurs* » (QVT, 4).

C'est au regard de cet apport que doit se comprendre l'intérêt manifesté par des interlocuteurs d'au moins deux des EPSM participants pour faire partie des sites sur lesquels les *focus groups* proposés dans la phase qualitative de ce travail seront mis en œuvre – tout en s'interrogeant sur la faisabilité/compatibilité de cette démarche chronophage avec l'emploi du temps des soignants participant déjà à de multiples groupes et réunions de travail.

3. Attentes vis-à-vis de cette recherche

Étroitement liées aux principales motivations, elles sont de plusieurs ordres et renvoient à différents enjeux soulignant les limites des politiques de prévention des RPS, qui vont des difficultés à traduire un diagnostic en plan d'action au scepticisme quant à la volonté de changement des directions, jusqu'à la nécessité de promouvoir une approche systémique des RPS et de dialoguer autour des RPS.

3.1 Du diagnostic au plan d'action : des difficultés de l'entreprise au scepticisme

L'intérêt de dresser un état des lieux est d'établir un plan de prévention des RPS pour mener des actions concourant à l'amélioration des conditions de travail et ainsi donner une plus grande envergure à la politique de prévention des RPS. Si l'intérêt du diagnostic serait donc « *d'en déduire des choses pour mener des actions concrètes ensuite* », des interlocuteurs soulignent toutefois la complexité, la difficulté et la limite de l'exercice, qui est de « *savoir concrètement ce que l'on en fait pour l'action. Faire un constat est intéressant, mais comment ensuite lui donner un sens et arriver à le traduire éventuellement en plan d'action, si des plans d'actions sont nécessaires ?* » (DRH, 3). Est souligné ici un paradoxe révélateur d'un enjeu : les limites des plans d'action s'appuyant sur les seules données chiffrées issues d'enquêtes statistiques, surtout si les outils utilisés n'ont pas été conçus pour agir. Ce n'est pas le cas de SATIN et c'est ce qui en fait l'intérêt, même s'il n'a pas été nécessairement perçu ou énoncé comme tel. Cela montre l'importance de les articuler à d'autres sources de données, plus en prises avec le vécu et le ressenti des salariés sur leurs conditions de travail et sur la qualité du travail, et de tenir compte des collectifs de travail qui « jouent un rôle essentiel en décryptant les pénibilités, les souffrances ressenties au travail » (Linhart, 2015a, p. 52). Tout l'enjeu est de prendre au sérieux et de reconnaître leur expérience, leurs compétences et savoirs, leurs expertises, et de mettre en débats les critères de la qualité du « travail bien fait », ce qui ne va pas de soi.

Par ailleurs, fort de leur expérience, différents interlocuteurs, notamment parmi les partenaires sociaux et les acteurs des SST, se montrent sceptiques et expriment des doutes et des réserves quant à l'utilisation qu'il sera fait de ces résultats et quant à la volonté réelle des directions de s'en saisir pour engager des changements. « *Avec l'expérience et le recul que je peux avoir, j'ai toujours des doutes sur la manière dont les outils vont être utilisés* » (CHSCT, 2). D'une part les plans d'action ou de prévention des RPS ne sont pas toujours actualisés à l'aune des derniers diagnostics réalisés : « *C'est le même en fait* ! ». D'autre part, ils ressemblent parfois « *à la prose de M. Jourdain* » (SST, 3). Enfin, ils comportent des orientations dont certaines peuvent certes aboutir (par exemple la création d'un poste de psychologue au SST), mais dont une part semblent rester lettre morte ou leur mise en œuvre enregistrer un certain « retard » (pour reprendre une expression qui semble consacrée – mentionnée dans les items correspondants).

Le constat selon lequel les années passant s'accompagnent moins d'une baisse que d'une hausse des RPS alimente le sentiment d'une inaction, ou d'une action insuffisante, et celui d'une inutilité ou d'une faible utilité de ces plans pour passer à l'action. « *C'est inefficace en termes de résultats puisque moi je vois les RPS continuer à augmenter et les situations ne pas évoluer, ou si elles évoluent c'est vers le bas, pour ne pas dire pour le pire* » (CHSCT, 2). L'inaction ou le défaut de réaction de la direction vis-à-vis des problématiques par exemple remontées au CHSCT, comme les freins et obstacles rencontrés pour agir dans une même direction, nourrissent des espoirs déçus et finissent par produire des effets d'épuisement et de découragement : « *On est… pas dubitatifs, mais on est complètement las de voir l'inaction de la direction. C'est le premier regret que nous avons* » (CHSCT, 6).

Ainsi beaucoup expriment la crainte que la démarche engagée relève du « faire-semblant », d'une « vitrine », d'une stratégie ou politique d'affichage de la part de l'établissement (soucieux de faire bonne figure), sans volonté réelle de prendre fait et cause pour agir sur cette problématique (l'infléchir) et d'engager de réelles transformations. « *C'est on l'a fait, peut-être que du coup on regarde ça, ça permet d'avoir une trace, un miroir, mais ce mais ce n'est pas*

suivi d'actions ou d'effets » (SST, 3). Beaucoup redoutent qu'elle ne soit pas investie comme un levier de changement possible, ne soit suivie d'aucun effet (aucun enseignement tiré), ne change rien au fond de l'affaire et ne débouche pas sur une véritable prise de conscience des conditions de travail et sur la mise en place (d'un plan) d'actions qui permettrait d'améliorer les conditions de travail des agents, ou qu'elle se limite à « *mettre un pansement sur une jambe de bois* » (pour reprendre une expression entendue à plusieurs reprises, employée par des partenaires sociaux comme des acteurs des SST), voire même qu'elle contribue à produire des effets contre-productifs ou contraires à ceux recherchés. « *Qu'est-ce qu'on va faire de ces analyses, de ces conclusions ? Est-ce qu'elles vont vraiment nous aider pour améliorer les conditions de travail ou est-ce qu'on va mettre des pansements sur une jambe de bois ? On attend vraiment de notre Direction qu'elle prenne la mesure des conditions de travail difficiles des personnels, pour mettre vraiment en œuvre des moyens de grande ampleur* » (CHSCT, 2). La crainte est aussi que la direction ne tienne pas compte de leurs propres préconisations. « *Quand bien même on ferait des préconisations en lien avec ce questionnaire au CHSCT, on a une direction qui probablement mettra par écrit une justification pour expliquer pourquoi elle ne met pas en place les préconisations que l'on fait, qui sont faites* » (CHSCT, 2).

Enfin, il peut être d'autant plus difficile d'espérer ou d'attendre quelque chose de la démarche engagée que l'expérience montre aussi que les analyses produites par les travaux de recherche en sciences sociales, aussi pertinentes et éclairantes soient-elles, sont rarement suivies d'effets et d'actions qui permettraient d'œuvrer en faveur du changement social. « *Il y a beaucoup de recherches, beaucoup de travaux super, mais alors pour la mise en place, franchement, c'est assez peu suivi d'actes en fait, les acteurs de terrain ne s'en saisissent pas* » (CHSCT, 6).

3.2 Favoriser une approche systémique des RPS : un enjeu pour sortir des logiques d'individualisation

Comme le pointent plusieurs interlocuteurs, des représentants syndicaux aux DRH et directions des soins en passant par les présidents de CME, l'un des enjeux serait de parvenir à développer une approche plus systémique des RPS, dans leur globalité, et d'interroger le fonctionnement de l'institution et son rôle dans la production des RPS, afin de se décaler de la tendance dominante à une individualisation du traitement des RPS conduisant à pointer des responsabilités individuelles ou à faire porter la charge de la responsabilité sur l'individu plutôt que sur l'organisation/l'institution. « *Sur les risques psychosociaux, j'aimerais que l'on puisse plus travailler dans la globalité. Je trouve qu'il faudrait sortir des problématiques individuelles et isolées, qu'une réflexion globale puisse émerger sur l'institution et son fonctionnement. C'est mon idéal* » (CHSCT, 2).

Dégager des causes systémiques permettrait de travailler d'une autre manière les problématiques, sur un plan plus collectif, organisationnel et institutionnel, que sur un plan individuel, de sortir des conflits individuels ou relationnels, et « *des guerres de tranchée, des lois du Talion* », de manière à « *revenir au cœur du métier et de ce que l'on doit faire au cœur du service public. Si on a des pourcentages des gens en risques psychosociaux, par exemple, on pourra dire à l'encadrement : ''Arrêtez de dire que c'est M. ou Mme untel qui sont chiants''. Si sur l'établissement il y a 10-20-30 % de gens qui sont dépressifs ou en burn out, il va falloir faire quelque chose, là. Il faut vraiment changer quelque chose. Ça permettrait à la direction des soins, aussi, au lieu de dire ''les pauvres cadres ils se font harceler tout le temps'', bah dire ''il y a peut-être une raison et maintenant il faut voir ensemble comment on peut changer les choses, et c'est ça qui améliorera la qualité de vie des cadres* » (CME, 5).

3.3 Donner une envergure/une légitimité plus grande à la prévention des RPS : un enjeu de développement et de renforcement

Un autre intérêt serait de renforcer la prise en compte/la prévention des RPS en donnant une ampleur plus grande aux instances/services dédiés aux RPS : « *Amener une autre dimension à cette instance RPS et à la prise en compte des RPS au sein de l'établissement. Et c'est vrai qu'à ce titre, vous arrivez au bon moment* » (CHSCT, 2).

Ou encore, de donner plus de légitimité à l'intervention des acteurs en charge de leur prévention : « *Parce que, moi, je ne peux pas débarquer dans un service et commencer à dire là ça va/ça va pas, il faut qu'il y ait une demande quelque part, peu importe d'où ça vient, que ça vienne d'un agent, des syndicats, de choses que j'aurais entendues, peu importe. Par contre, dans une démarche de recherche, il y a ce côté possible. Ce serait intéressant d'aller voir pourquoi ça va dans un service, pour en tirer des éléments pour voir si on ne peut pas en faire quelque chose dans un service où ça va moins. Parce que finalement on cherche toujours des éléments de pourquoi ça va pas, c'est bien, mais chercher des éléments de pourquoi ça va, c'est peut-être intéressant* » (QVT, 4).

3.4 Sensibiliser, informer et renforcer le dialogue autour des RPS : un enjeu de communication, de diffusion et de transparence autour des résultats

Cet enjeu majeur souligné par les partenaires sociaux recouvre plusieurs dimensions. Il s'agit d'abord d'informer sur les RPS et de mieux communiquer autour de la prévention des RPS (par exemple le plan de prévention dont la diffusion n'est pas toujours assurée), afin d'en faciliter la connaissance et l'appropriation par les agents et de faire de la question des RPS une préoccupation partagée, notamment par l'encadrement. L'enjeu est de taille. Car comme le pointent l'un d'eux, les RPS sont un objet souvent mal identifié par les agents (ce point est développé plus loin dans ce rapport), et les modalités de réponses (ressources, outils) mis à leur disposition au sein de l'établissement souvent méconnues, y compris par l'encadrement. « *C'est vrai que, aujourd'hui, vous demandez aux agents : ''Est-ce que vous savez ce que c'est les RPS ? Est-ce que vous savez qu'il y a une instance dédiée ?'' J'ai bien peur que dans une grande majorité, les agents ne connaissent pas* » (CHSCT, 2). Dès lors, comment faire remonter les difficultés/RPS aux instances dédiées si, d'une part, les agents ignorent ce que sont les RPS compte tenu du flou qui les entoure, ou n'appréhendent pas sous l'angle des RPS des situations qui en relèveraient, voire tendent à les banaliser ou à les minorer ; et si, d'autre part, les agents et plus encore l'encadrement n'identifient pas les ressources vers lesquelles se tourner ou qu'il serait possible de mobiliser ? « *Pour faire remonter les difficultés, il faut savoir à qui les faire remonter* » (CHSCT, 2).

L'intérêt de cette recherche serait donc aussi une occasion à la fois : de sensibiliser les agents/l'encadrement aux RPS, et en ce sens, le questionnaire est perçu comme un outil leur permettant d'y réfléchir, de se questionner sur ce que sont les RPS et sur la manière dont ils y sont exposés ; de leur faire connaitre les ressources existantes au sein de l'établissement ; et de cette manière, de pondérer l'idée selon laquelle la direction ne fait rien, est passive et n'a aucune attention particulière sur les RPS : « *Parce que parfois, parfois, quand on est dans son service, on a l'impression que la direction ne fait rien, n'entend pas, n'écoute pas, ne prend rien en compte* » (CHSCT, 2).

Cet enjeu prend une acuité particulière dans les établissements où la communication est identifiée et reconnue par tous (directions, partenaires sociaux) comme un point faible ou critique – l'Intranet est peu performant, les agents ne disposent pas tous d'une adresse mail professionnelle[126]. Cependant, même là où la communication ne pose a priori pas foncièrement de problème (Intranet, boîte mail professionnelle), toute la difficulté pour les agents est de « *sortir la tête du guidon* » pour en prendre connaissance, de faire le tri dans le flot d'informations transmises, de s'en saisir et, surtout, d'en comprendre le sens[127].

Mieux communiquer autour des RPS renvoie à un autre enjeu : il s'agit de partager et de diffuser largement, au sein des établissements, les résultats des analyses des données quantitatives issues du diagnostic (du questionnaire SATIN), et de les rendre transparents afin d'en faire l'objet de dialogues et de débats. Qu'ils puissent être discutés et commentés, donner lieu à controverses, et constituer des objets de travail est une dimension centrale. Or, ce n'est pas toujours le cas. « *Il y avait des résultats intéressants. Ils n'ont jamais été communiqués. Ce n'est jamais vraiment discuté en fait ! Ce ne sont pas des objets de travail au sens où on discute, et surtout qui sont suivis d'actions ou d'effets* » (SST, 3). Même chose dans un autre établissement (4) dont les résultats n'ont jamais été diffusés. Le manque de visibilité et de transparence sur les résultats des analyses produites, ou une communication partielle sur quelques résultats mettant en évidence certaines problématiques ne peuvent alors qu'alimenter la suspicion et mettre en doute la probité et la loyauté des directions à tenir leurs engagements d'agir sur les zones de problèmes identifiés. Comment s'assurer que les quelques problématiques mises en lumière ne le soient pas au détriment d'autres, passées sous silence, que les directions seraient moins enclines à dévoiler ? « *On a demandé l'ensemble du document, mais il ne nous a jamais été communiqué. On doute de toute la transparence et la légitimité de la Direction. Soit elle a mis ce qui l'intéressait et n'a pas mis l'accent sur d'autres problématiques* » (CHSCT, 3). L'enjeu est donc de donner à voir, en toute transparence, l'ensemble des résultats pour, a minima, ouvrir au dialogue social, entre la direction et le personnel et/ou leurs représentants, afin d'envisager de concert la mise en place d'actions concrètes de prévention des RPS, sans pour autant être dupe des limites de l'entreprise (i.e. la difficulté de transformer le système producteur de RPS) : « *On a une enquête, c'est bien. Maintenant, qu'est-ce qu'on va en faire ? S'il y a des choses de grande ampleur, très bien. Si on réfléchit de manière globale tous ensemble, pas de problème. On peut faire des choses à une certaine échelle, mais on sait qu'on ne va pas tout chambouler. C'est tout le système qu'il faudrait chambouler, tout le système de financement de l'hôpital public* » (CHSCT, 2).

Ces différents éléments prennent tout leur sens, rapportés au contexte dans lequel les établissements ont été conduits à intégrer les RPS et la qualité de vie au travail (QVT) dans leurs préoccupations, à la manière dont ils ont cherché à s'en emparer et aux impulsions/orientations données pour les prendre en compte.

---

[126] « *On est très une très grande structure avec des sites dispersés, et on a un intranet qui date de l'ancien temps. Donc, tout se fait encore par papier. Quand vous allez chercher votre courrier, vous avez 50 millions de notes de services qui nous concernent ou non, enfin tout ça se perd. Et tout le monde n'a pas d'adresse mail professionnelle. Pour moi, déjà, d'avoir une boîte mail, c'est déjà appartenir à un ensemble* » (CHSCT, 2).

[127] « *Les agents ont accès à beaucoup d'informations dématérialisées, mais quand on est la tête dans le guidon à son travail, on ne va pas forcément consulter son ordinateur pour savoir la note que nous a fait la Direction.* Un effort est fait de diffusion de l'information par la Direction, mais la difficulté est que le personnel puisse s'en saisir ensuite. « *Qu'il s'en saisisse et qu'elle soit comprise aussi* » (CHSCT, 3).

ANNEXE 3 : Enjeux et limites de la politique prévention des RPS

L'ambition d'une politique de prévention des RPS active ou volontariste paraît contrariée par un ensemble de limitations et de difficultés, identiques à celles observées pour le secteur hospitalier public et privé (Abord de Chatillon et *al.*, 2017), à savoir : un pilotage affaibli par une difficile coopération entre acteurs-clés et une faible transparence de l'institution sur la question, un flou entourant les RPS en l'absence d'une culture partagée par tous, contribuant à une sous-déclaration/invisibilisation des situations de RPS, et des actions plus tournées vers l'amont, sur le versant de la réparation, que vers l'aval, sur le versant de la prévention primaire.

1. Un pilotage affaibli par une difficile coopération entre acteurs-clés

Si la DRH est le plus souvent porteuse de la démarche, avec les SST et les représentants du personnel, la coopération entre les uns et les autres autour d'un objectif commun et partagé ne va pas de soi et témoigne d'une dissonance dans l'action. L'expertise des médecins et/ou psychologues, en première ligne pour « prendre la température » de la santé au travail, identifier les principaux facteurs de risques pour la santé des agents et saisir les évolutions de leurs conditions de travail, les place dans une position délicate au sein de l'institution. Et les représentants du personnel les plus à même de faire remonter les problématiques vécues par les agents à la DRH ou au CHSCT peinent à faire valoir et entendre leurs voix. Quant aux services qualité et gestion des risques amenés à prendre part à la prévention des RPS, leur rôle dans le champ paraît se situer en périphérie et leurs actions déconnectées du travail réel.

1.1 La position délicate des services de santé au travail (SST)

Entre faible investissement et forte implication, l'engagement des médecins du travail dans la prévention des RPS paraît assez inégal. Sans compter que, vu les difficultés de recrutement, leurs postes peuvent n'être pas pourvus et/ou donner lieu à un *turn over* plus ou moins important limitant d'autant leur inscription dans le champ. Leur action, sur un registre individuel plus que collectif, fait qu'il peut leur être difficile de trouver du sens et de s'inscrire dans les démarches de l'institution qui peuvent leur paraître empreintes d'un certain formalisme et relever plus d'un affichage et/ou d'un souci de conformation que d'une volonté d'améliorer les conditions de travail. A contrario, leur mobilisation via des alertes, rapports et préconisations, peut être vue comme une forme d'adversité ou d'opposition contrariante par les directions pas toujours enclines à remettre en question le fonctionnement de l'organisation. Leur difficulté à faire valoir leur expertise et entendre un point de vue critique témoigne d'une discordance de vues traduisant une difficulté à s'accorder sur le diagnostic et sur la manière d'agir sur les RPS – des médecins en témoignent.

La position des psychologues des SST ne paraît pas plus simple[128]. Si leur rôle ne se réduit pas à des actions individuelles et inclut des actions collectives en milieu de travail, des missions de structuration de l'axe prévention des RPS (diagnostic, formation…) et une activité plus institutionnelle, leur quotité de travail (temps partiel) est un facteur limitant leurs possibilités d'action au sein de l'institution et leur collaboration avec les acteurs du SST, la DRH et les membres du CHSCT se heurte aux réalités du terrain : absence de médecin de travail, freins des agents ou des cadres à les solliciter, réticences parfois des représentants du personnel à leur

[128] Tous n'en sont pas dotés. Dans ce cas l'EPSM peut faire appel à des cabinets extérieurs, tant pour proposer des consultations individuelles que pour intervenir dans des services confrontés à des situations complexes et jouer un rôle de médiation (place de tiers).

venue au CHSCT... Leur recrutement, s'il peut faire suite au plan d'action des RPS et/ou aux préconisations des partenaires sociaux, n'en reste pas moins un objet de divisions. Des agents y sont favorables car « *il est au cœur de l'établissement, il prend le pouls, il est sensibilisé aux modes de fonctionnement, il participe à certaines instances* », mais d'autres « *ne veulent pas entendre parler, pensent qu'il ne sert à rien parce que même s'ils se plaignent de telle situation, ce ne sera pas forcément suivi d'effets* » (CHSCT, 3).

Des directions en soulignent les avantages mais aussi les inconvénients. Cette solution peut paraître plus pertinente que la sous-traitance à des cabinets extérieurs qui apportent plus ou moins de satisfactions, notamment en termes d'articulations et de collaboration avec les acteurs-clés de la prévention des RPS au sein de l'établissement[129]. « *Si on met quelque chose en place en interne, on mesure mieux aussi les choses. On a des retours et on peut en tenir compte* » (DS, 1). Cependant, leur rattachement institutionnel et/ou leur lien de subordination à la DRH interroge leur indépendance et leur impartialité, jette le trouble et la confusion, voire parait suspect et suscite des craintes (remontées d'informations à la DRH ou à l'encadrement, répercussions sur l'évolution de carrières), jusqu'à dissuader certains d'y recourir préférant au besoin consulter à l'extérieur de l'établissement. « *Avoir un psychologue attitré, c'est insatisfaisant en termes d'indépendance et d'impartialité. Ça va dissuader des collègues parce qu'ils vont se dire, ça va pouvoir remonter à la DRH, à l'encadrement* » (DRH, 4). Leur position exige « *une éthique extrêmement rigoureuse* » (SST, 6), « une certaine neutralité et une juste distance » (Cordoba et *al.*, 2018), entre la nécessité de garantir la confidentialité des entretiens individuels et celle d'établir, si besoin, avec l'accord de la personne, des liens institutionnels avec des services pour débloquer une situation (par exemple envisager une mobilité), ou d'alerter la DRH et/ou le CHSCT sur des procédures (par exemple pour harcèlement moral ou sexuel) ou des actions à développer dans des services identifiés comme traversant des situations compliquées ou exposés à un taux d'absentéisme et/ou de *turn over* élevés.

1.2 Des représentants du personnel se plaignant de la difficulté à faire entendre et reconnaître leur voix

Plus épineuse encore apparaît la coopération des représentants du personnel, notamment dans les CHSCT ou instances dédiées à l'abord des situations de RPS identifiées afin d'y apporter des éléments de réponse, qui divise les organisations syndicales. Celles traditionnellement ouvertes à la négociation et à la recherche de compromis semblent plus enclines à coopérer dans ces instances qui témoignent de leur point de vue d'une « *volonté de prendre en compte ces questions par la direction*[130] » (CHSCT, 2). A contrario, celles davantage dans l'opposition, sans en nier l'intérêt, se montrent plus critiques et sceptiques, et ont d'ailleurs parfois fait le choix de s'en retirer un temps par crainte de se trouver pris au piège et complices d'une politique déguisée. « *On était sorti à un moment donné parce que j'avais vraiment le sentiment parfois de porter des choses, de parler, mais de ne pas être entendue* » (CHSCT, 2).

Leur principale critique est de n'être pas entendus et pris au sérieux, avec une difficulté pour faire reconnaître certaines situations, leurs expertises et préconisations pourtant adossées à l'expérience du métier et à la connaissance du terrain, mais rarement suivies et donc niées par

[129] Pour renforcer l'offre d'écoute, existe parfois « *un dispositif en toile de fond pour l'ensemble des professionnels* » (DS, 1), avec une équipe ressource dédiée menant des interventions individuelles et collectives, mais dont l'articulation avec les acteurs-clés de la prévention des RPS reste peut-être plus incertaine.

[130] « La direction », expression d'usage, désigne souvent l'équipe de direction dans son ensemble (direction générale, DRH, DS), parfois la direction générale.

les directions dont l'inertie et/ou les freins pour mettre en place leurs préconisations sont déplorés. D'autres critiques sont soulignées, notamment :
- une tendance à pointer la responsabilité individuelle de l'agent (à laquelle certains d'entre eux n'échappent pas non plus) plutôt qu'à questionner les organisations et les conditions de travail ;
- une inégalité de traitement selon la position des agents dans la hiérarchie du service, un soignant se voyant plus facilement sanctionné et/ou déplacé dans un autre service que les responsables hiérarchiques, cadres ou médecins, du fait de marges de manœuvre plus réduites (en termes de recrutements médicaux ou changement de poste) ou bien des pressions du corps médical et jeux d'alliances entre acteurs, ce qui alimente alors le sentiment de « *toute-puissance du corps médical* » et d'inertie voire d' « *une forme de protection de la part de la direction* » (CHSCT, 3), et conduit souvent les agents à faire une demande de mobilité ;
- et plus globalement, un défaut de transparence de l'institution sur l'état des RPS : manque de données, diagnostic non actualisé, communication partielle voire partiale sur les données disponibles ou sur les suites données (mesures mises en place) aux situations remontées à la DRH sans être passées par la voie des représentants du personnel et/ou du CHSCT.

Ces éléments font douter de la volonté des directions d'agir sur les zones de problèmes identifiés ou sur le fond du problème. Ils alimentent le sentiment qu'elles agissent dans un autre sens que le leur, ou dans une temporalité trop longue (parfois au bout de plusieurs années) à force de pugnacité et de persévérance des représentants des personnels contraints de multiplier les actions (alertes de l'Inspection du travail, expertises, exercice du droit de retrait, CHSCT extraordinaires). Les tensions sont palpables, certains sujets particulièrement sensibles (avec des variations selon les EPSM), comme les accidents du travail ou la gestion des temps et des plannings (7) et les horaires de travail, notamment les 12 h dont l'impact sur la santé des soignants est jugé « *un désastre* » (CHSCT, 2).

La prévention des RPS semble alors moins s'apparenter, dans certains EPSM au moins, à un espace de coopération, même conflictuelle, qu'à un espace de luttes, de combats et de rapports de force contribuant à maintenir ou à renforcer le caractère dissymétrique des positions entre des parties dont le pouvoir est inégal. La possibilité de faire des RPS un véritable objet de travail, de débats et de dialogue et d'engager une action autour d'un objectif commun et partagé paraît entravé. Les partenaires sociaux se sentent parfois désabusés et impuissants pour surmonter les freins rencontrés vu leurs moyens d'action qu'ils jugent limités, dans une instance consultative où leur rôle se réduit à donner un avis qui, dans les faits, n'a que peu de poids, observent-ils. La disparition des CHSCT et leur remplacement par une formation spécialisée du Comité social d'établissement (CSE), comme le prévoit la loi de transformation de la fonction publique, ne sont pas pour les rassurer et leur font craindre une réduction des moyens et des droits des représentants du personnel pour agir sur la santé au travail[131], dans une instance vidée de tout contre-pouvoir (du fait notamment de la remise en cause du recours à l'expertise) laissant tout pouvoir aux directions.

[131] Les analyses produites dans le cadre de rapport d'évaluation (France Stratégie, 2021), d'études de la DARES (Pignoni, 2022) portant sur les ordonnances Macron du 22 septembre 2017 relatives au dialogue social et aux relations de travail font état d'un bilan mitigé avec un net recul de la prise en compte des questions de santé et de sécurité au travail.

1.3 Des services qualité et gestion des risques plus éloignés des enjeux du travail réel

Mobilisés sur la qualité et la sécurité des soins centrées sur la prise en charge du patient, leur sensibilité semble plus portée par l'amélioration des pratiques professionnelles dans le respect des droits des patients que par la qualité du travail et la santé au travail des agents.

Leurs actions alimentent souvent parmi les soignants le sentiment d'être assailli par un ensemble de normes, procédures et recommandations de bonnes pratiques élaborées au niveau national et validées par les autorités sanitaires, mais pour une part jugée difficiles à appliquer, tel l'article 84 réglementant l'usage des mesures de contrainte, ou dont l'application chronophage, les détourne de leurs missions premières : le lien relationnel avec les patients pourtant primordial dans la qualité des soins mais souvent oublié dans l'évaluation de la qualité des soins car difficile à mesurer. L'exigence de traçabilité dans un souci de qualité et de sécurité des prises en charge est exemplaire de ces contradictions (ce point est développé dans le chapitre suivant). Entravant la possibilité de mener à bien leur mission, elle place les soignants dans des injonctions paradoxales générant insatisfactions et perte de sens au travail (i.e. la qualité du soin, du travail bien fait). Faire tenir ensemble qualité des soins, qualité de vie au travail et santé du personnel, comme le préconise la HAS (2013), paraît un objectif mal assuré et un défi à relever.

Si ces services se voient confier la gestion des risques professionnels, notamment la réalisation du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et l'établissement d'un plan annuel de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIPACT), la démarche paraît assez souvent encore répondre aux exigences réglementaires et être conduite selon une logique verticale, descendante, cloisonnée, à distance du terrain, plutôt qu'inscrite dans une politique transversale, portée collectivement, dans une démarche participative. Le DUERP est de l'aveu même des directions décrit comme un outil assez lourd, difficile à rendre opérationnel sous la forme d'un plan d'action qui permettrait d'améliorer les conditions de travail, par exemple liées à la violence des patients à l'encontre du personnel. Quant aux représentants du personnel, ils peinent à y faire intégrer tous les risques qu'ils identifient. « *Le PAPRIPACT traite ce que la direction choisit de traiter, même si on vote contre en instance et qu'on préconise que d'autres risques soient traités* » (CHSCT, 2). Enfin, les actions engagées peuvent ne pas toujours faire sens pour les professionnels peu ou pas concertés et impliqués dans la démarche et leur paraître déconnectées du terrain, comme plaquées.

Pour contourner ces difficultés, un établissement cherchait à mettre en place une gouvernance particulière et à former des « *ambassadeurs de prévention et de gestion des risques professionnels* » ayant pour mission d'aller au plus près des équipes pour sensibiliser, écouter, observer les situations de risques et renseigner les fiches de suivi, afin de pérenniser et favoriser une « *démarche intégrée, coordonnée et acceptée par tous les partenaires internes* » et permettant d' « *actualiser et de faire vivre le DUERP* » (RH, 1).

2. Un objet flou, difficile à cerner en l'absence de culture commune

La coopération entre ces acteurs est d'autant plus difficile et la politique de prévention des RPS affaiblie qu'il n'existe pas une culture commune de la prévention des RPS. « *Derrière les risques psychosociaux, on met un peu ce que l'on veut, selon notre sensibilité* » (CHSCT, 2). Entre manque d'information et de compréhension, les RPS restent assez souvent un objet mal identifié – ce constat conduit d'ailleurs des EPSM à faire de la communication et de

l'information sur les RPS un axe du plan d'action des RPS, dont il est difficile de dire ce qu'il en est de sa mise en œuvre et de son impact.

Les situations de RPS sont souvent réduites aux problématiques de management, de conflits relationnels ou interpersonnels, au détriment d'autres plus facilement passées sous silence et rarement discutées, par exemple dans les CHSCT. Les approches, organisationnelles ou psychologisantes, se font au détriment d'une vue plus systémique (interactions entre les salariés et leur environnement de travail). Floue et vaste, la notion apparait comme une nébuleuse qui ne se laisse pas facilement cerner. Elle comporte un ensemble de dimensions (individuelles et collectives, personnelles et professionnelles, organisationnelles) dont les relations imprécises rendent sa compréhension et son appréhension peu aisées et contribuent à entretenir la confusion entre les causes (conditions et situations de travail, facteurs organisationnels et relationnels, situation propre à chaque salarié), les conséquences (impacts, modalités d'expression), les troubles (qui croisent et s'articulent à des catégories pathologiques ou cliniques en santé mentale) et les risques (physiques, psychiques, sociaux).

Si la définition et les facteurs de risque des RPS définis par le collège d'expertise présidé par M. Gollac (2011) et repris dans les travaux de l'INRS, sont parfois mentionnés dans les plans de prévention des RPS et par des psychologues des SST, il reste difficile de dire que cette référence est collectivement partagée et mobilisée comme un outil qui permettrait d'engager une réflexion pour assurer un socle commun de connaissances. La nécessité de s'accorder et de s'entendre de manière collégiale autour d'une acception et d'une approche minimale pour favoriser une culture commune ne semble pas faire l'objet d'une démarche systématique, ou pas partout. Quelques EPSM s'y sont employés au moment ou peu après leur engagement dans le champ en promouvant soit des actions de formation sur les RPS, soit une démarche de réflexion collective. Cependant, réduites à un petit nombre d'acteurs et diffusant peu au-delà, leur portée paraît limitée. Si la notion reste confuse pour beaucoup d'acteurs, elle l'est davantage encore pour les agents et les cadres qui n'identifient pas bien ce que sont les RPS et les ressources (procédures, circuits…) mises à leur disposition au sein des EPSM. Dès lors, comment les porter à la connaissance des acteurs ou instances concernées ?

3. Sous-déclaration et invisibilisation des situations de RPS

La part des situations qui remontent aux acteurs/instances en charge de la prévention des RPS et/ou pourraient donner lieu à échanges et discussions entre les différentes parties prenantes est vraisemblablement (très) inférieure à celle qui pourrait l'être. Les syndicats, parmi les premiers à être saisis et alertés par le personnel, le reconnaissent. Plusieurs freins sont identifiés. Le fonctionnement hiérarchique de l'hôpital, des catégories de personnels peu enclins à se plaindre, l'idéologie du « soignant fort » et la normalisation des conditions de travail, l'omerta dans les services et l'emprise dans les collectifs de travail, participent à invisibiliser une partie du phénomène. Les situations les plus dégradées ou explosives tendent à focaliser l'attention, au détriment d'autres.

3.1 Le fonctionnement hiérarchique de l'hôpital

Les circuits dédiés (adresse mail) et procédures d'alerte (2, 3, 5, 6) sont conçus comme des alternatives offrant une voie plus rapide et directe, court-circuitant ou contournant des niveaux intermédiaires (cadre, supérieur hiérarchique), afin d'agir de manière réactive et d'apporter des réponses le plus tôt possible aux situations, plutôt que de risquer les voir s'enliser. « *Agir le*

plus rapidement possible, régler quelques problèmes qui auraient été encore plus délicats et chuinter tous les échelons hiérarchiques pour arriver très rapidement jusqu'à nous » (DRH, 3). Mais d'une part ces dispositifs ne semblent pas toujours bien connus et identifiés par les agents en dépit des efforts de communication déployés par les EPSM. L'enquête sur les RPS menée par une organisation syndicale au sein d'un EPSM (3) montrait que sur les 600 répondants, 80% avaient déclaré ne pas en avoir connaissance. Dans un autre EPSM, il est dit que « *les agents ne connaissent pas le dispositif. Et il faut savoir à qui faire remonter les difficultés. C'est vrai que ça passe souvent par la case organisation syndicale* » (CHSCT, 2).

D'autre part il n'est pas certain que les agents s'autorisent à ne pas passer par la voie hiérarchique. « *Je ne suis pas sûre que l'agent lambda s'autoriserait à faire remonter une problématique sans passer par son cadre sup.* » (CHSCT, 2). Ou, à l'inverse, osent faire remontrer les problématiques à leur hiérarchie ou déclarer certaines situations (par exemple des événements indésirables), par crainte d'être pénalisé (par exemple sur le plan de l'avancement de carrière). « *C'est ce qu'on nous renvoie systématiquement : ''Oui mais les gens ne font pas d'événements indésirables. Oui mais les gens n'écrivent pas. On leur dit : ''Mais vous croyez quoi ? Que c'est facile ?'' Quand vous avez ensuite votre cadre que vous allez recôtoyer et qui va se venger d'une manière ou d'une autre, comment vous faites ?* » (CHSCT, 6).

Quant à l'encadrement lui-même, il peut se montrer rétif à l'idée de faire remonter les situations et freiner le recours aux instances et/ou aux syndicats. « *Il y a des endroits où l'encadrement dissuade de s'adresser aux instances prévues et aux syndicats* » (CME, 5). Sous pression, tiraillés entre les exigences administratives et celles émanant du terrain les plaçant dans des injonctions paradoxales, les cadres peuvent être tentés de minimiser ou taire des problématiques du terrain et donner à voir une image positive de leur service pour satisfaire aux exigences de l'administration. « *Il faut avoir le moins de problèmes dans son équipe, le moins d'agents à problème aussi, pour ne pas trop être embêté, pouvoir briller et donner une image du service où tout fonctionne et où le cadre gère et peut être estimé par la direction* » (CHSCT, 1).

3.2 Des catégories de personnels peu enclins à se plaindre

Certaines catégories de personnels et/ou services, techniques et administratifs, sont perçus comme étant à la fois moins enclins à solliciter les représentants du personnel. « *On a plus de mal à toucher certaines catégories de personnels : les services techniques qui ont sans doute des problèmes aussi mais ils n'aiment pas trop en parler, et les services administratifs. Ce sont les gens qui travaillent un peu de manière isolée. Les services administratifs sont des petites unités ou des petits services ; ils travaillent par équipe de deux ou trois. C'est plus en vase clos et ça a plus de mal à sortir, les difficultés ont plus de mal à remonter* » (CHSCT, 2).

Ces personnels sont aussi perçus comme plus difficiles à mobiliser pour envisager la mise en place d'une action collective. « *On a du mal à faire en sorte que ces agents-là viennent vers les représentants du personnel pour arriver à faire une action un peu plus collective. C'est toujours, plus ou moins, du cas par cas. Il n'y a pas d'action qui pourrait prendre une forme collective pour montrer que tout le monde pourrait être concerné. On est aussi limité par rapport aux moyens d'actions* » (CHSCT, 6).

Dans le cas des équipes RH en charge du dossier RPS et pas moins exposées aux RPS, il apparaît plus difficile ou délicat d'oser parler et révéler les conditions de travail qui les placent potentiellement dans des situations de souffrance, par crainte d'éventuelles représailles ou parce

que cela les placerait dans un conflit de loyauté. « *On a fait des visites CHSCT où les agents nous disent qu'ils ont des problèmes, mais qu'ils ne nous en parleront pas !* » (CHSCT, 2).

Le personnel encadrant bien que soumis à de fortes pressions est une autre catégorie de personnel que les partenaires sociaux parviennent difficilement à toucher. Il est aussi décrit comme ayant davantage tendance à prendre sur lui et à tenir, plutôt qu'à se mettre en arrêt par exemple, et éventuellement plus enclin à rechercher un soutien et exprimer les difficultés rencontrées (fatigue, ras-le-bol…) auprès de la direction des soins. « *Et c'est là où ça devient compliqué. Il faut être vigilant aux signaux* (fatigue, irritabilité…). *On est dans une écoute et une attention permanente. Je les connais. J'arrive à détecter. Je les amène à m'en parler. Mais ça ne s'exprime pas de la même façon : ''J'en ai marre mais je ne m'autorise pas à…'' Ils sollicitent un rendez-vous et vident leur sac* » (DS, 3).

Quant aux directions elles-mêmes, qui ne sont pas à l'abri de situations de RPS liées à des conditions de travail dégradées ou des conflits institutionnels d'autant plus difficilement dicibles qu'ils sont tabous et entourés d'une sorte d'omerta, elles disposent de leurs propres circuits et espaces de soutien, notamment dans le cadre du Centre national de gestion proposant un dispositif de prévention des RPS pour les directeurs des établissements publics de santé et médico-sociaux, offrant un suivi confidentiel et indépendant, des séances de coaching : « *Ce qui nous permet nous aussi d'évacuer* » (DS, 3).

3.3 L'idéologie du « soignant fort » et la normalisation des conditions de travail

A ces limites, viennent s'ajouter le déni ou la difficulté du personnel soignant à reconnaître, exprimer ou oser révéler un vécu de souffrance, articulés aux stratégies de défense collective (Dejours, 2009), et associés à l'image du soignant qui doit se montrer « fort » et infaillible, face à des patients jugés beaucoup plus en souffrance. « *Effectivement, au vu de la population qui nous entoure et qu'on accueille, il y a ce côté ''Non je ne me plains pas. Il y a pire ailleurs. On est là pour les résidents ou pour les patients. On n'est pas là pour se plaindre''* » (CHSCT, 2). Plus attentifs aux autres qu'à eux-mêmes, les soignants ont tendance à se négliger et il leur faut souvent être confrontés à un cumul de difficultés au point que la situation devienne insoutenable et au bord de l'explosion pour oser en parler ou rechercher une aide ou un soutien. « *On sait prendre soin de l'autre. Mais on a parfois du mal à prendre soin de soi-même. Et on attend vraiment d'être dans des situations de plus en pouvoir* » (CHSCT, 2). Pour un soignant, reconnaître sa souffrance, même sans nécessairement basculer dans une forme de trouble psychique grave, c'est aussi d'une certaine manière se trouver projeter à la place du patient, changer de statut, une inversion de position qui peut être douloureuse et difficile à accepter.

L'idéologie du « soignant fort » est susceptible d'agir comme une norme venant freiner l'expression de souffrances vécues et empêcher la discussion autour des enjeux de santé au travail. Et elle peut se conjuguer avec des formes de banalisation ou normalisation des conditions de travail, des difficultés rencontrées ou des situations qui relèveraient des RPS, et avec des stratégies d'adaptation au contexte qui font dire aux agents : « *On travaille dans le stress, mais c'est normal, il y a tellement de boulot* » (CHSCT, 2), et qui les conduisent à prendre sur eux et à tenir.

D'autant que dans l'esprit des agents la notion de RPS peut être extrêmement floue et les situations relevant des RPS être mal identifiées. Ce n'est parfois que par l'intervention d'un tiers portant un regard extérieur sur la situation que la prise de conscience peut émerger. « *Parfois il faut aussi un regard extérieur pour dire :''Ben non, mais là, oui, il se passe quelque*

chose''. Et d'ailleurs, là, l'agent me dit ''Je suis allée voir mon médecin traitant, et c'est lui qui m'a dit : Mais non, ce n'est pas normal ce qu'il se passe !'' » (CHSCT, 2). Un processus de conscientisation à la portée toutefois limitée s'il en reste au colloque singulier et n'est pas porté et discuté dans les collectifs de travail.

3.4 La loi du silence et l'emprise

Certaines situations, de harcèlement ou violence sexuelle par exemple, peuvent être aussi d'autant plus difficiles à avouer que l'agent peut la vivre sur le mode de la honte et/ou de la culpabilité et que la loi du silence dans le service/l'équipe tend parfois à s'imposer. « *Pour la situation liée aux violences sexistes et sexuelles, on s'est rendu compte qu'en fait, il y avait beaucoup de gens qui étaient au courant de la problématique et que personne n'avait rien dit* » (CHSCT, 2). « *Il faut que l'on fasse vraiment le forcing sur toutes les situations de maltraitance, qu'elles relèvent ou non des risques psychosociaux. Il y a des choses qui sont quand même assez ancrées. Surtout la culture à l'hôpital où on ne balance pas son petit copain ou sa petite copine. On a tellement l'habitude que c'est institutionnalisé de se faire traiter comme ci ou comme ça. Il faut que les mentalités changent. Je l'ai vu au cours de ma carrière et je suis écœuré : on est de plus en plus sur l'individualisme ; il n'y a plus de collectif* » (CHSCT, 3).

Ces formes d'« omerta » peuvent aussi s'articuler à des phénomènes d'emprise dans les collectifs de travail (Jamoulle, 2018). Des collègues assistent à ces situations sans agir, soit par peur, soit parce qu'ils minimisent la gravité de la situation, soit qu'ils pensent que « ce n'est pas leur problème » ou ne veulent pas de problème avec leurs collègues, ce qui revient alors à cautionner la situation. « *Les deux collègues qui la harcèlent avec les guillemets, c'est un peu les grandes gueules du service. Et les autres collègues en ont un peu peur et devant l'agent n'osent pas rétorquer. Les contractuels ne veulent pas parler et les titulaires ne veulent pas de problème avec leurs collègues* » (CHSCT, 2).

L'on peut voir dans le développement de ces phénomènes d'emprise et de violence dans le travail l'un des effets de l'effritement des collectifs de travails (des liens de solidarité et d'entraine) lié aux transformations des organisations de travail. En sortir (déprise) nécessite l'intervention d'un tiers en mesure d'alerter, et passe par une nécessaire « restauration des solidarités, une recollectivisation du travail » (Jamoulle, 2018, p. 44), plus à même de porter des effets de régulation de la violence des organisations de travail.

3.5 Focus sur les situations les plus dégradées au détriment d'autres, laissées de côté

Ces différents freins expliquent que les syndicats sont souvent interpellés pour des situations assez dégradées. « *En général, quand ça remonte jusqu'à nous, c'est qu'il y a eu beaucoup de choses déjà faites et des alertes, notamment aux cadres. Ou alors les agents essaient de traiter la situation et c'est au moment où ça commence à exploser que ça arrive. Donc oui, il y a certainement des situations qu'on ne sait pas, c'est évident* » (CHSCT, 2).

Et que les CHSCT sont saisis pour des situations aigües, « *les plus chaudes ou les plus conflictuelles* ». Les situations a priori moins problématiques, sur lesquelles il serait possible d'intervenir en amont, avant qu'elles ne se dégradent plus et que la santé au travail des agents en pâtisse, remontent peu. S'il est considéré que certaines situations, tels les conflits au sein des équipes, peuvent être réglées par le collectif de travail parce qu'à la différence d'autres disciplines médicales, « *les personnels soignants en psychiatrie ont l'habitude de beaucoup*

discuter entre eux » (DRH, 3), cela reste hypothétique. Et cela paraît d'autant plus incertain que les temps d'échanges formels entre équipes sont en (net) recul dans certains EPSM (6 par exemple), et que les cadres sont aussi moins présents sur le terrain pour voir ce qu'il se passe dans les équipes et pour jouer un rôle de régulation en raison de la multiplication des tâches et missions qui leur sont dévolues. « *Le cadre est aussi moins là pour réguler, pour voir ce qui se passe, et se jouent malheureusement des choses difficiles. Il y a un peu les grandes gueules qui prennent l'ascendant sur les autres collègues, et c'est difficilement régulable. Concrètement, c'est réguler quand ? Quand il y a un clash, quand vraiment on en arrive à un point de non-retour* » (CHSCT, 2).

Enfin, les problématiques de management, les relations de conflit, les formes de maltraitances et de violences dans le travail et les dysfonctionnements dans des services ont tendance à focaliser l'attention de tous les acteurs, y compris des organisations syndicales, au détriment d'autres peu abordées voire délaissées, peu ou pas traitées dans ce type d'instance, et pour certaines d'entre elles comme mises en suspens. Les problématiques d'intensité et d'organisation/surcharge de travail notamment liées aux horaires (12 h, RTT, compte épargne temps, etc.), avec les phénomènes d'épuisement et de *burn out* qui peuvent en résulter, ou encore celles relatives à l'insécurité de l'emploi ou de la situation de travail (précarisation des contrats), portées par les organisations syndicales, peuvent être évoquées dans les CHSCT. En revanche ce qui relève des conflits de valeur et de la perte de sens au travail, du manque d'autonomie et de marge de manœuvre (ou à l'inverse sentiment d'être livré à soi-même), de l'activité empêchée, des conflits éthiques sur la conception de la qualité du travail (le travail bien fait), semblent échapper à la discussion et au débat, tout comme les risques qui seraient plus spécifiquement liés aux pratiques de soins en psychiatrie, en grande partie tabous, occultés et passés sous silence. Tout se passe comme si l'objet qui devrait être au centre de l'attention et de la discussion dans ces instances, à savoir les liens entre santé et travail – au sens de travail réel – et les enjeux qu'ils soulèvent, se trouvait éluder.

4. Des actions de prévention des RPS tournées vers l'aval plus que l'amont

Les actions de prévention des RPS déployées dans les EPSM sont de trois types : des actions tournées vers l'individu, qui peuvent s'articuler ou non à des actions plus collectives, auxquelles viennent s'ajouter des actions de formation. Si l'on considère avec Y. Clot (2015 ; 2021) que le « travail bien fait » est la principale source de satisfaction et de reconnaissance au travail, et que l'empêchement de réaliser un travail de qualité est l'un des éléments majeurs des problèmes de santé, de souffrance et de perte de sens au travail, la principale limite de ces actions est de se détourner de l'enjeu central de la problématique de la santé au travail, qui est de mettre en débat les critères à partir desquels les différentes parties prenantes (des agents d'une même profession et des collectifs de travail jusqu'aux directions en passant par les cadres, les médecins, etc.) conçoivent la « qualité du travail » (ou le travail bien fait).

4.1 Les actions individuelles – la tentation de l'hygiénisme et de l'individualisation

Tournées vers la prévention secondaire et tertiaire plus que la prévention primaire des RPS, ces actions n'agissent pas au niveau de l'organisation. Elles privilégient des approches avant tout centrées sur la prise en charge individuelle de l'agent, qu'il s'agisse des espaces d'écoute/consultations proposés au personnel par les services de santé au travail (médecins, psychologue…) voire parfois les services QVT, ou bien par des prestataires de services extérieurs aux établissements (forme de sous-traitance et d'externalisation des RPS), ou bien

encore des mesures de gestion individuelle des situations visant à réduire les atteintes à la santé liées au travail (mutation sur un autre poste…).

Aux côtés des espaces « psy » ou services de santé au travail, d'autres dispositifs dits d'étayage peuvent être mobilisés. Sont par exemple cités : les assistantes sociales qui peuvent accompagner les situations personnelles d'agents en dehors du champ professionnel ; le Comité de maintien dans l'emploi perçu comme un dispositif « *fortement soutenant* » (DRH, 1) ; ou l'entretien professionnel annuel avec le cadre de proximité, présenté par des DRH comme un espace/temps d'écoute individuelle et d'expression du ressenti et des besoins de l'agent. Des mesures individuelles peuvent être prises : le maintien dans l'emploi, l'aménagement de poste, ou à l'inverse le changement de poste et d'affectation, proposée de façon définitive ou provisoire, par exemple à la suite d'une situation d'agression, voire le reclassement et le changement de filière ; ou l'accompagnement des agents dans les démarches de dépôt de plainte et/ou de recours juridique, par les DRH et directions des affaires juridiques. Dans d'autres cas, de comportements ou pratiques d'agents jugés fautifs ou déviants (par exemple le harcèlement), les actions relèvent moins du registre du soutien et de l'accompagnement que de la sanction (conseil de discipline, mise à pied, mobilité forcée…). « *On a une échelle de sanctions qui va de l'avertissement jusqu'à l'exclusion définitive et on a utilisé toute l'échelle des sanctions. On peut remarquer qu'à chaque fois que l'on a demandé un conseil de discipline, les syndicats ont voté avec nous, ce qui est quand même le signe que globalement, le dialogue social va bien et que le dossier était suffisamment solide* » (DRH, 3).

Cette tendance à l'individualisation du traitement des RPS conduit à reporter sur l'agent l'entière responsabilité de la souffrance ou de la difficulté, d'abord vue comme une modalité d'expression individuelle, associée à une vulnérabilité ou une fragilité, voire une propriété intrinsèque à sa personnalité, ou à sa vie privée, non sans créer ou renforcer des effets d'étiquetage, plutôt qu'imputée aux effets d'une organisation ou des conditions de travail et associée au champ professionnel (Clot, 2017 ; Lhuilier, 2017). Elle conduit à faire l'économie d'une réflexion sur les causes d'ordre organisationnel et institutionnel – la faiblesse de l'organisation de travail –, sur la qualité du travail, et d'une action qui permettrait d'infléchir l'organisation de travail dans un sens plus favorable à la santé des agents. Elle traduit le « souci de soigner les personnes là où c'est le travail qu'il faut soigner » (Clot, 2015, p.113). Elle conduit aussi à faire l'impasse sur les ressources et capacités d'inventivité et de créativité des équipes, et à se détourner du pouvoir d'agir des collectifs de travail plutôt que de chercher à l'augmenter (Clot, 2017). Ce déplacement vers ces espaces d'écoute et d'étayage tout comme la sous-traitance et l'externalisation du traitement des RPS vers des cabinets extérieurs ont « pour effet d'instaurer « entre directions et syndicats des consensus fictifs autour de ‘‘machines à guérir’’ » (Clot, 2015, p. 29).

4.2 Les actions tournées vers les collectifs de travail – une fois identifiées les situations

Ces actions, parfois combinées aux actions individuelles, renvoient pour l'essentiel aux espaces de réflexivité sur les pratiques, protéiformes (réunions d'équipe, débriefings, espaces de soutien, d'échange et de questionnement), proposés par les acteurs de prévention (psychologue des SST, préventeur des risques, cabinets extérieurs) aux équipes dont les services rencontrent des dysfonctionnements au niveau de l'organisation de travail, ou à la suite d'une situation complexe, d'agression, de violence, de contention ou d'isolement par exemple, difficile à gérer et/ou plus ou moins bien vécue par les soignants. Une des limites de ces actions, à l'instar des actions individuelles et des CHSCT, est d'intervenir en aval, une fois identifiées des situations

problématiques, aigües, urgentes ou dégradées, non en amont, pour penser et agir sur les organisations de travail.

Si les espaces/temps d'échanges et de réflexion type analyse de pratique ou supervision, ayant une fonction de régulation autour des situations complexes ou difficiles à gérer existent de longue date en psychiatrie et faisaient la spécificité de la discipline, ils paraissent de plus en plus mis à mal par les nouvelles formes d'organisation du travail. Les EPSM de taille dite « humaine » (+ ou – 1500 agents) disaient parvenir à les maintenir et, pour certains, consacrer un budget important à ces temps assurés par des psychologues extérieurs au service ou à l'institution[132], en plus des « *groupes de débriefing, d'échanges, de parole où il peut y avoir des médecins et des infirmiers, sur les situations de violence* » (CME, 3). Mais ceux (6) de plus grande taille (+ ou – 2 500 agents) confrontés à de plus fortes tensions en personnel faisaient état : 1) d'un net recul de ces pratiques depuis la seconde moitié des années 2010, du fait de la charge de travail et de nouvelles activités liées à la multiplication des normes et procédures induites par les exigences de traçabilité des actes et les réformes législatives relatives aux soins sans consentement (paperasserie, temps d'accompagnement des patients au tribunal), avec toutefois des variations selon les services/pôles, suggérant que l'organisation de ces temps tient aussi à l'impulsion donnée par le chef de service/pôle, et/ou à l'approche théorique orientant les pratiques dans le service ; et 2), de la difficulté à organiser des retours d'expériences sur les situations de tension difficiles à gérer (crise, agression, violence) ayant mobilisé les dispositifs d'appels à renfort, en l'absence des principaux intéressés, en arrêt ou accident de travail, ou parce que ces retours ne font pas sens et divisent les soignants qui attendraient des espaces de réflexion autour de situations plus globales permettant de dépasser le traitement d'une situation particulière.

4.3 Les actions de formation – écart entre ambition et mise en œuvre

Tournées vers le renforcement des compétences professionnelles, les savoirs théoriques comme les savoir-faire et les savoir être, elles sont investies comme un levier majeur pour prévenir les RPS et proposées selon une politique qui se veut volontaire, active et ambitieuse (plans de formations). L'offre de formations se veut large et diversifiée[133]. Si des variations existent selon les EPSM et les orientations des pôles, trois axes communs ressortent des actions engagées pour pallier les défauts de formation du personnel encadrant et soignant.

Un premier axe correspond aux formations sur le management, qui vont de la communication à la prévention des situations de harcèlement ou des RPS (4), ou au bien-être au travail des agents (3), destinées à l'encadrement, qu'il s'agisse des cadres, cadres de pôles, des médecins-chefs de services/pôles et administratifs, dont il est considéré qu'ils sont confrontés aux mêmes types de difficultés et de problèmes (charge de travail, difficultés à gérer les personnes renvoyées à une question de personnalités). Parfois mises en place parfois à la suite d'une réflexion menée dans le cadre d'un groupe de travail sur le management avec les cadres et la DRH (4), elles sont jugées essentielles par les directions (DRH, soins) autant que par les organisations syndicales qui en attendent beaucoup et, pour certaines, auraient souhaiter les rendre obligatoires tant « *être manager, réguler une équipe, n'est pas inné* » (CHSCT, 2). « *Les bonnes attitudes* » managériales ne s'improvisent pas et « *nécessitent formation et*

[132] « *Dans l'établissement, il y a environ 70 000 euros sur les supervisions. Ce sont des psychologues en général extérieurs à l'établissement, en tous les cas extérieurs à l'équipe, qui permettent des analyses de pratiques* » (DRH, 3).

[133] S'y ajoutent les colloques considérés comme des temps participant à la formation du personnel.

accompagnement » (PE, 2°19-2023, 5). « *Dispensées assez largement parmi les professionnels encadrants, et ce n'était pas du luxe* » (DRH, 3) dans certains EPSM (3), elles restaient à engager dans d'autres (5) et il était envisagé de les étendre dans les prochaines années à l'ensemble des pôles de psychiatrie.

Les deux autres axes se destinent au personnel soignant, notamment les aides-soignants et infirmiers récemment diplômés et/ou nouvellement recrutés et affectés en psychiatrie et dont les niveaux de formation, tant au niveau des connaissances en psychiatrie qu'au niveau du repérage des signes annonciateurs de crise et de la gestion de ces situations, sont jugés insuffisants. Les défauts de formation du personnel sont considérés majeurs dans des EPSM de grande taille qui, face aux difficultés de recruter du personnel soignant qualifié, n'ont parfois d'autres de choix que de se montrer moins exigeants et de retenir des candidats ayant peu ou pas de connaissances et d'expérience en psychiatrie. Dans le cas des infirmiers, est parfois pointé le décret de 1992 qui a mis fin au diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et fusionné les formations d'infirmier en soins généraux et en soins psychiatriques (Leyreloup, 2010). La formation initiale des infirmiers semble toutefois rester un objet de division, entre les partisans d'un diplôme spécifique au secteur psychiatrique, en parallèle du diplôme existant, ceux favorables à un diplôme unique, ou encore ceux défendant un socle commun de base suivi d'une spécialisation (Imiéla, Klopp, 2006).

De l'avis de ceux plutôt favorables à cette dernière option, l'absence de bagage théorique est jugée préjudiciable à toute l'équipe car à vouloir coller aux pratiques par mimétisme et se laisser imprégner par le savoir psychiatrique sans avoir la capacité de prendre du recul et d'apporter un autre regard de soignant, le risque est d'appauvrir la pensée qui faisait la force du collectif de travail et d'aboutir, à terme, à une forme de « *pensée unique* » (CME, 6), comme certains en font le constat. Quant au compagnonnage, jugé capital dans l'apprentissage du métier qui s'acquiert sur le terrain, au cours de la socialisation professionnelle pour apprendre les ficelles du métier (savoirs pratiques incorporés, au-delà des savoirs théoriques qui fondent la discipline), il paraît de moins en moins opérant (avec des variations selon les EPSM) pour deux raisons : la réduction des espaces d'échanges et de réflexion qui jouaient une fonction importante de formation des équipes sur le plan clinique ; et la difficulté d'assurer une transmission intergénérationnelle, notamment dans les services intra-hospitaliers majoritairement dotés de jeunes professionnels peu formés et peu expérimentés en psychiatrie, la plupart des infirmiers aguerris s'étant, au fil du temps, de l'expérience et de l'usure du travail en intra, tournés vers l'extra ou des postes de cadres, ou déjà partis ou sur le point de partir en retraite.

Sont donc proposées : des formations portant sur les connaissances de base en psychiatrie, souvent obligatoires et/ou s'inscrivant dans un parcours de formation et parfois accompagnées par la mise en place de tutorat investi comme une modalité privilégiée d'accompagnement des nouveaux arrivants ; et des formations sur la prévention/la gestion des situations complexes, de stress, conflits, crise, agressivité, violence des patients et de leur entourage, notamment les techniques de désescalade. La formation « OMEGA », tournée vers la pacification et la prévention des situations de crise, est l'une de ces formations dont il est dit qu'elle est très plébiscitée par les soignants car « *unanimement saluée comme portant une nouvelle approche* » (DRH, 2) – même si certains en soulignent aussi les limites, notamment pour les patients non francophones ou n'accédant pas au langage. Des EPSM la proposent de longue date (2011-2012). D'autres reconnaissent avoir opéré un changement de paradigme (soins *vs* sécurité) sur le tard : « *Il y a 5-6 ans, on était plutôt sur une gestion de l'agressivité qui était sous l'angle autodéfense* » (DRH, 2).

L'impact de ces différentes formations est toutefois rarement évalué et comme le pointe l'un des interlocuteurs : « *On met des actions de formation, ce n'est pas miraculeux et ça ne peut pas l'être* » (DRH, 4). Et aussi ambitieuses soient-elles, les politiques de formation se heurtent à des problèmes de faisabilité qui en affaiblissent la portée. Outre le fait qu'elles ne sont pas nécessairement demandées par ceux qui en auraient le plus besoin, la tension sur les effectifs en personnel ne permet pas d'en faire bénéficier tous les agents ou de donner satisfaction à tous ceux qui en font la demande, au risque le cas échéant de mettre à mal les organisations et collectifs de travail et en tension les cadres pour les faire tenir. « *Tout le monde ne peut pas en bénéficier. Parce que si on envoie tout le monde en formation, on n'a plus personne dans les services* » (DS, 6). Cette contrainte conduit des EPSM à ajuster les formats (4) afin de proposer des modules de formation très courts (plusieurs dans l'année au besoin), et/ou à établir des priorisations, par exemple former à la gestion de la violence les professionnels en services fermés où le recours à la contrainte (isolement, contention) est plus important (1). De même, si le tutorat a fait ses preuves, la disparition progressive des infirmiers spécialisés formés à la psychiatrie en réduit la pertinence et conduit à le réserver aux soignants les moins formés et les plus exposés aux situations difficiles (violences des patients), arrêts et accidents de travail, et RPS (épuisement…), comme le personnel de nuit dans les services d'intra. « *Les équipes de nuit font partie des professionnels qu'on inscrit en priorité sur le tutorat. Sur tous les arrêts qu'on a, et les gros accidents de travail qu'on a eu, c'est la nuit* » (DS, 6).

ANNEXE 4 : Enjeux et limites de la démarche de qualité de vie au travail (QVT)

1. Limites des politiques d'attractivité et de fidélisation face à la désaffection de la discipline

L'axe anticipation de l'évolution des organisations et des impacts humains s'inscrit dans une logique d'amélioration des conditions de travail pour les salariés et de performance – qualité des soins – pour l'établissement. Pour faire face au problème de démographie soignante et médicale et de désaffection des métiers du soin en partie liée aux conditions de travail à l'hôpital, difficiles et exigeantes, au déficit de reconnaissance dont souffrent les métiers du *care* (les plus mal rémunérés) et à la dévalorisation/disqualification de la discipline psychiatrique (en miroir de la disqualification dont sont l'objet les usagers des services de psychiatrie), il a vocation à promouvoir des conditions de travail et à créer des organisations de travail suffisamment attractives pour fidéliser le personnel.

La politique d'attractivité et de fidélisation développée par les EPSM paraît toutefois difficile à opérer dans un contexte d'équilibre budgétaire contraignant et de tension sur les effectifs soignant et/ou médical, plus ou moins marquée selon les EPSM.

Ceux de taille moyenne (1,3) considèrent avoir été plus préservés jusqu'à ces dernières années (entre 2 et 4 ans) où une évolution moins favorable était observée. En revanche ceux de grande taille font état de problèmes plus massifs de recrutement, notamment en intra-hospitalier, avec un sous-effectif chronique et/ou une pénurie soignante et/ou médicale plus ou moins forte et, pour certains, un nombre élevé de postes soignants vacants ne trouvant pas preneurs, entre les suppressions de postes et départs non remplacés, les arrêts de travail, l'absentéisme, les demandes de disponibilités, les démissions de médecins et soignants. Plus particulièrement dans les unités d'intra accueillant des patients en situation de crise aigüe (lourdeur des tâches, violence des patients à l'égard des soignants, difficultés à gérer les situations de crise, mauvaises ambiances de travail dans certains services identifiés comme confrontés à des dysfonctionnements majeurs), où les effectifs à flux tendu peuvent aller jusqu'à entraîner des fermetures d'unités (2, 7), des réorganisations de dispositifs, des fusions et des fonctionnements sur un mode dit « dégradé » dans beaucoup de secteurs (7), générateurs d'insatisfactions (remplacement extra/intra réguliers, changement d'unité au jour le jour…) et de RPS au travail (perte de sens, accidents de travail).

Quant au recours aux intérimaires et contractuels, souvent privilégié, il ne permet visiblement pas de résorber le manque et génère un ensemble de difficultés et de tensions au travail. Non seulement pour ces personnels parfois affectés dans des services en sous-effectif (personnel en congé, en arrêt) et/ou sur des postes pour lesquels ils ne sont pas qualifiés. Mais également pour les équipes, déstabilisées et désorganisées par la rotation importante des contractuels, et pour les collectifs de travail qui, affaiblis par le faible niveau de qualification et d'expérience en psychiatrie de ces personnels (voire leur défaut d'investissement dans la relation soignante), sont privés d'une certaine efficacité retentissant sur leurs capacités d'organisation du travail et sur la qualité de soins prodigués aux patients dont le suivi devrait, idéalement, être assuré par les mêmes soignants : « *Ça fait faire du mauvais travail à tout le monde en fait* » (CHSCT, 2). « *Il y a moins de titulaires sur les postes, et ça augmente le nombre de contractuels, ce qui est aussi lié à la fuite du personnel de notre établissement, avec un manque de personnel impressionnant qui ont pris, tous corps de métier, des disponibilités. Avec des gens qui reviennent, et d'autres qui ne reviennent pas, qui réalisent d'autres projets, pour certains sans aucun lien avec la santé parce qu'ils sont écœurés* » (CHSCT, 2). « *Et des gens non qualifiés.*

Comme ils n'arrivent pas à recruter. C'est-à-dire quelqu'un qui a juste besoin d'un boulot, qui dit : ''Moi je veux bien faire le ménage, je veux bien être agent hospitalier. Mais par contre je ne fais pas de soin''. On lui dit : ''Oui oui''. On le recrute et on le met sur une fonction d'aide-soignant alors que la personne n'a jamais fait de soin avant. Et après l'équipe dit : ''C'est à cause de Machin ou Machine, il bosse mal''. Mais en même temps il ne voulait pas faire ce boulot-là. Et puis la personne se barre à la fin de son contrat et ils devront recruter quelqu'un d'autre. Ça fait faire du mauvais travail à tout le monde en fait » (CHSCT, 2).

Au nombre de postes soignants vacants pour les raisons précédemment évoquées, s'ajoutent depuis quelques années (5-6 ans), des phénomènes de fuites des personnels paramédical et médical (départs, démissions, ou demandes de disponibilité), associés aux conditions de travail dégradées et/ou à la pénibilité de l'exercice à l'hôpital imputée, dans le cas des médecins, à la « prescriptophrénie » entourant les soins sous contrainte (i.e. la multiplication des certificats médicaux), que la crise du COVID et l'article 84 réglementant l'usage des mesures d'isolement de contention n'ont fait qu'amplifier. Y compris dans des EPSM de taille moyenne, où l'un d'eux (3) observait une dégradation de la situation avec un accroissement de l'absentéisme et des démissions du personnel paramédical (infirmiers, aides-soignants) et médical (6 démissions de médecins entre janvier et juillet 2021 attribuées cet article de loi). Seul un EPSM disait ne pas connaître de problème d'effectif médical (5) en raison de son implantation, dans un territoire marqué par une forte concentration/concurrence entre établissements de santé jouant plutôt en sa faveur ; en revanche le nombre élevé de postes de paramédicaux vacants restait préoccupant.

L'attractivité des EPSM et la lutte contre « *l'hémorragie médicale* » (CME, 2) reste un enjeu de taille. Dans le cas des praticiens hospitaliers, des EPSM (2) pouvaient avoir recours aux contractuels (2 par exemple), d'autres (3) faire venir des pays hors Union européenne (notamment du Maghreb) des médecins en cours de cursus pour obtenir la qualification de psychiatre et l'inscription au Conseil de l'ordre, non sans générer des tensions du fait du report de charge de la gestion des certificats médicaux sur les autres médecins amenés à contresigner des certificats sans voir les patients. Des leviers existent néanmoins. Par exemple, dans le cas des médecins : « *travailler à la réduction drastique des soins sous contrainte* » (CME, 2) (i.e. les soins sans consentement) dont le recours est jugé abusif sur certains territoires (2), offrir des postes mixtes intra et extrahospitalier (et pas centrés que sur l'intra) pour répondre aux aspirations des jeunes générations, et jouer sur l'action sociale, comme offrir des places de crèches jusqu'ici réservées aux soignants.

Dans certains EPSM, ces deux derniers leviers sont aussi parfois activés pour rendre attractif le métier de soignant, favoriser la transmission intergénérationnelle et fidéliser le personnel soignant. Dans des EPSM de taille moyenne (3), la voie de mutation privé-public qui permet de recruter la personne en tant que stagiaire titulaire est une solution privilégiée (aux CCD), investie comme un moyen d'offrir des conditions administratives plus avantageuses et plus attractives car moins précaires que les CDD. Dans les EPSM de grande taille recourant peu ou prou aux intérimaires et contractuels, les organisations syndicales (2, 7) en appellent à une revalorisation salariale pour sortir de la précarité ces personnels soignants souvent recrutés sur des temps longs et sous-payés. Étendre le recrutement à d'autres professions comme les éducateurs, ou de nouveaux métiers comme les pairs-aidants ou médiateurs de santé pairs (MSP) et les infirmiers en pratique avancée (IPA), susceptibles d'apporter des compétences complémentaires, peut constituer un autre levier. Des EPSM ont amorcé des changements dans ce sens. Ce levier est toutefois loin de faire l'unanimité et suscite encore de forte résistances, parmi les médecins par crainte d'une perte de pouvoir, comme les personnels paramédicaux et

leurs représentants, notamment les infirmiers, dont certains rétifs pour des raisons qui touchent à l'identité et à la juridiction professionnelle, avec la crainte de voir le métier d'infirmier disqualifié et réduit à certaines tâches, comme « *donner des traitements, faire des injections, attacher des gens sur des lits et remplir la paperasse,* et de « *mettre des sous-professionnels à la place des infirmiers* » (DS, 6).

2. La gestion des compétences et carrières – limites de la formation et de la mobilité

Étroitement lié au précédent, cet axe renvoie au développement d'actions de formation conçues comme un des leviers et un moyen de faire le lien entre QVT et qualité des soins participant à la performance de l'établissement. La politique de formation se veut continue, active et ambitieuse, pour accompagner les parcours professionnels et compléter la formation de base, déficitaire en psychiatrie, afin de développer et renforcer les compétences professionnelles. Elle se heurte toutefois à des limites de faisabilité qui en affaiblissent la portée – comme cela a déjà été évoqué plus haut.

Cet axe renvoie également aux politiques de mobilité du personnel et à la promotion professionnelle, également identifiées comme un levier pour agir de manière préventive sur les RPS, notamment réduire les risques d'épuisement professionnel. Certaines DRH en reconnaissaient toutefois les limites. « *On n'a pas de politique de mobilité installée. C'est un écueil. On éviterait certaines situations d'épuisement professionnel si on structurait mieux cette politique de mobilité* » (DRH, 2). Une priorité sur la mobilité peut être donnée aux agents dans le cadre des réorganisations ou fermetures de services pour réorganisations, pour les accompagner dans les changements, avec la difficulté de donner satisfaction aux demandes et souhaits de mobilité de tous les agents. « *C'est-à-dire qu'ils expriment leurs souhaits et bougent là où on peut les mettre mais là où ils souhaitent aller. On fait en sorte que ça se passe. Ça grince un peu pour l'encadrement d'accueil, mais on fait tout pour que ça marche* » (DRH, 2).

Par ailleurs, si pendant longtemps la promotion professionnelle était réservée aux titulaires, des EPSM (2) ont cherché à harmoniser leur politique et à égaliser le traitement réservé aux salariés indépendamment de leur statut, de titulaire ou contractuel. Cette mesure vue comme un moyen de lutter contre la discrimination entre les salariés selon leur statut (« *C'est le côté tout le monde a sa chance* » (DRH, 2), est jugée positive car elle est susceptible de concerner beaucoup d'agents en CDD, de réduire les incertitudes liées au statut de contractuel, et de renforcer le sentiment d'appartenance et d'adhésion des salariés concernés à l'institution. Encore faut-il que les intéressés en aient connaissance, ce qui ne semble pas toujours être assuré (i.e. défaut de communication).

Cela étant, les perspectives d'évolution professionnelle sont assez réduites pour certains métiers, comme les infirmiers qui ont peu de choix si ce n'est celui de devenir cadre. « *On est infirmière ou on est cadre, mais au-delà de ça, on ne sait pas trop comment évoluer* » (CME, 6). Ce qui d'ailleurs ne va pas sans poser des problèmes pour les équipes dont le collègue promu devient un supérieur hiérarchique, et pour le cadre lui-même qui peut alors se trouver pris dans des enjeux relationnels complexes à gérer. Un des leviers pour diversifier les perspectives d'évolution professionnelle serait de promouvoir et valoriser davantage les parcours des infirmiers ayant de l'expérience vers des postes plus valorisants (visites et hospitalisation à domicile, interventions de crise), où leur savoir-faire et leur autonomie sont reconnus.

Par ailleurs, les orientations promues en matière de promotion professionnelle – qui ont à voir avec l'individualisation du management – ne sont pas toujours bien vécues par le personnel, et

ne vont pas sans produire des effets ambivalents. Certaines d'entre elles divisent les organisations syndicales. Par exemple, le nouvel entretien individuel « *par objectif* », validé par certaines (après négociation avec la direction et prise en compte de plusieurs de leurs propositions) qui y voient un levier potentiel, par exemple pour favoriser l'engagement des cadres dans une démarche de formation au management, est contesté par d'autres. « *L'entretien professionnel évolue. Il y a eu le guide de l'entretien professionnel. Donc la direction nous l'avait fait passer avant les instances. On a rencontré la direction. On a fait une vingtaine de propositions pour amender le guide. Elles ont été acceptées par la direction. Du coup, on a voté favorablement. Pour le coup, c'est un guide qui nous ressemblait, qui nous semblait pertinent. Les deux autres* (organisations syndicales)*, en regard, ont voté contre* » (CHSCT, 2).

Pour ces derniers, l'activité de travail est avant tout une affaire collective ; l'entretien d'évaluation individuelle et la promotion de la méritocratie (prime de service au mérite *vs* ancienneté) sont donc vues comme des mesures défavorables aux salariés et à la dynamique du collectif de travail. Elles génèrent des tensions et une mise en concurrence entre les salariés, favorisent l'isolement plus que la solidarité dans les collectifs de travail, qui en sont affaiblis, mis à mal, « en miette » pour reprendre l'expression de Y. Clot. « *Ils ont introduit une espèce de notation au mérite depuis 3-4 ans. On a des équipes qui travaillaient bien ensemble et ils individualisent le travail. Et les gens se disent : ''Pourquoi lui est passé titulaire avant moi et pas moi, mieux payé ? Pourquoi lui a eu une meilleure note ?'' Et là ça fait souffrir aussi dans notre hôpital. Les gens sont mis en concurrence alors qu'ils font aussi bien leur travail et que le travail c'est un sport collectif* » (CHSCT, 2). Les nouvelles « lignes directrices de gestion » de la promotion du personnel ne sont guère perçues comme plus rassurantes : « *Tout ce qui se prépare actuellement par rapport au personnel est fait pour aller en s'aggravant. Ça aura un impact sur la prime de service qui sera versée aux agents. C'est même fait pour casser la dynamique collective* » (CHSCT, 6). Notamment, la suppression de la notation de la Fonction Publique Hospitalière, qui devrait être effective en 2022, ne manque pas d'interroger.

3. Les effets ambivalents des (ré-)organisations du travail sur l'exposition aux RPS

Les organisations du travail ou réorganisations recherchées, et la gestion des ressources humaines, impliquent des ajustements/arrangements visant à tenir compte de la charge de travail, des moyens déployés, à compenser le manque d'effectif en personnel, notamment lié à l'absentéisme et aux arrêts de travail, à ajuster au mieux les plannings en conséquence. Cependant, comme le met en évidence l'étude de la DREES sur la prévention des RPS à l'hôpital (Abord de Chatillon et *al.*, 2017), « certaines mesures d'organisation bousculent le travail des soignants. Elles produisent des effets contrastés sur leur exposition aux risques psychosociaux, positifs dans certains contextes, terriblement négatifs dans d'autres » (p. 5).

3.1 Des effets délétères sur la santé des aménagements du temps de travail

Il en est ainsi des aménagements du temps de travail. Par exemple les 12 h mises en place dans une équipe au sein d'un EPSM (2) et dont l'extension à d'autres équipes est redoutée par les organisations syndicales vu ses conséquences jugées nombreuses et délétères sur la santé au travail (fatigabilité, épuisement et *burn out,* conduites addictives, accidents de travail, arrêts, absentéisme voire démission), et pourtant difficiles à faire reconnaître et à inscrire dans le DUERP. Ou encore la mise en place de nouveaux plannings en lien avec la suppression de 5 RTT qui impliquait de faire le même travail dans la journée sur un temps plus réduit, non sans exposer les agents à davantage de stress et à d'autres conséquences sur la santé au travail.

3.2 L'écart entre le planning prévisionnel et réalisé : prendre sur soi et tenir

Pour améliorer les conditions de vie au travail, une attention particulière veut être portée aux plannings, avec le souci de prendre en compte les demandes du personnel et d'y répondre au mieux afin d'apporter satisfaction aux agents. Cependant « *la réalité est parfois toute autre que celle du planning* » (CHSCT, 3) et souvent plus complexe – que ne le laissent penser les résultats d'enquête sur les RPS montrant que « *pour ce qui est des plannings, globalement, l'ensemble des agents sont satisfaits* » : « *Quand on reçoit des collègues au syndicat ou que l'on échange par téléphone ou par mail, à chaque fois, les agents se lâchent : ''C'est le bazar, on n'est plus que deux infirmiers ; l'autre jour, on n'est resté qu'à un''* » (CHSCT, 3). Le gap entre le planning prévisionnel et réalisé est parfois important, et la planification des équipes un vrai casse-tête pour les cadres qui doivent gérer le manque de personnel lié à l'absentéisme et aux arrêts maladie[134], avec une difficulté pour respecter le cadre de fonctionnement (les effectifs requis en théorie) et les rythmes de travail (temps de travail et de repos).

Si les agents sont tenus à un quota d'heures par mois, dans les faits beaucoup doivent effectuer des heures supplémentaires pour pallier le manque de personnel dans certains services, voire parfois rempiler après leur journée de travail (par exemple l'après-midi après leur poste du matin) ou revenir en fin d'après-midi et enchaîner le lendemain matin, ou encore quitter leur formation pour venir en poste. Au grand dam des organisations syndicales pour lesquelles le manque d'effectif/l'absentéisme contraignent l'encadrement à des dérives et pratiques illégales (3, 7). « *Normalement, nul n'est censé ignoré la loi et les cadres sont garants de faire respecter la loi, mais pour l'appliquer, dans la réalité des faits… on te rappelle sur ton téléphone portable chez toi la veille pour le lendemain : ''Il faut que tu viennes remplacer, tu n'as pas tes 12 heures de repos, tant pis si tu es fatigué, tu n'as pas le choix, tu récupèreras ''* » (CHSCT, 3). Or ces heures non rémunérées qui devraient être récupérées le sont rarement, les agents prenant le plus souvent sur eux pour ne pas mettre les collègues en difficulté et alourdir leur charge de travail : « *Quand on sait que poser une semaine de congé va mettre trois autres collègues dans la merde, personne ne le fait. Jamais des congés sont refusés, mais combien de personnes renoncent seules à leurs congés ?* » (CHSCT, 1). Les mesures prises par les directions d'établissement pour réduire le phénomène de reporting des congés non pris et restreindre les dépôts sur le compte épargne temp afin d'inciter les agents à prendre leurs jours de congés ne préjugent pas des possibilités de les mettre en œuvre et sont alors susceptibles de fonctionner comme des injonctions paradoxales plaçant les salariés dans une double contrainte, voire un conflit de loyauté, tiraillés entre la nécessité ou le désir de prendre des congés pour se ressourcer, et le devoir de solidarité envers les collègues dans le souci de ne pas les mettre en danger (susceptible de s'imposer comme une exigence morale normative au sein de la profession), au risque de s'exposer à des phénomènes de fatigabilité, d'épuisement professionnel et de *burn out*.

[134] L'application Hublo utilisée dans certains établissements pour faciliter la gestion des absences, est décrite comme un outil permettant d'alléger cette charge. Le personnel volontaire inscrit sur l'application peut être sollicité pour effectuer des remplacements, des missions, des vacations, payés en heure supplémentaire. Ce système basé sur le volontariat, avec une rémunération des heures supplémentaires (type Hublo), n'est pas mis en place partout et divise les organisations syndicales (7). Certaines y sont favorables et appellent à la mise en place de ce système, a contrario d'autres qui y voient une dérive contraignant les salariés à accepter de cumuler des heures de travail au-delà de la durée légale, non sans les exposer à des conditions de travail susceptibles d'impacter leur santé physique et mentale.

3.3 Des dispositifs de remplacement / renfort pas toujours bien vécus par les agents

« *Sauf que restrictions budgétaires, restrictions de personnel, réduction des pools de remplacement, ce qui fait que quand l'auto-remplacement a commencé à se mettre en place, ç'a été très mal vécu par les agents. Les remplacements pour arrêt, ça reste compliqué et contraignant pour les agents, avec des plannings en plus qui bougent tout le temps, une fois on est de matin, une fois on est d'après-midi* » (CHSCT, 2). De même, la mutualisation RH parfois privilégiée, consistant à faire jouer l'entraide et la solidarité entre soignants/services pour pallier le manque de personnel (absentéisme ou arrêt maladie), présente des inconvénients. L'affectation de soignants dans d'autres services que le leur pour soutenir les équipes en sous-effectif est source de déstabilisation (perte de repères) pour les agents qui ont parfois le sentiment d'être des pions déplacés au jour le jour, et d'affaiblissement des collectifs de travail dont la stabilité, pourtant jugée nécessaire car gage d'une meilleure qualité des soins, se trouve mise à mal. Sans compter que la méconnaissance des patients nuit à leur accompagnement et à la qualité des soins.

Les organisations mises en place en intra, plus rarement en extra[135], pour prévenir et réduire les situations de violences exercées par les patients, identifiées comme le risque d'exposition majeur et de vulnérabilité plus élevé pour les professionnels exerçant en psychiatrie, ne sont pas en reste. Il en va ainsi des dispositifs d'appels à renfort qui peuvent être sollicités à tout moment, de nuit comme de jour, pour apaiser, rassurer et soutenir les équipes qui font face à un potentiel risque dans des situations de tension difficiles à gérer (crise, agression, violence), en amont, pour désamorcer les situations avant qu'elles ne se cristallisent/ne dégénèrent, ou pendant la situation de crise. Leurs organisations varient selon les EPSM : unité mobile d'intervention composée de aides-soignants et d'infirmiers par redéploiement (1), dispositif d'alerte du travailleur isolé à défaut d'une équipe dédiée par manque d'effectifs d'infirmiers (6), équipes de renfort mobilisant en deuxième intention/deuxième ligne, après les soignants détachés des autres équipes, des agents de sécurité formés aux savoirs de base en psychiatrie et à la gestion de la violence dans l'idée d'être dans une logique prévention plutôt que curative ou sécuritaire (cf. annexe 2). Ils apportent toutefois plus ou moins de satisfaction.

La principale limite des organisations fonctionnant par redéploiement de soignants est de « *déshabiller leurs unités pour aller prêter main forte ailleurs* » (DS, 6), ce qui peut être mal vécu par les soignants et les exposer à une forme d'insécurité, particulièrement la nuit où les effectifs, plus réduits qu'en journée, mettent en difficulté le seul soignant restant dans l'unité. Ceci explique que dans certains EPSM (6) le fonctionnement du dispositif paraît aléatoire, la procédure – qui prévoit de se déplacer immédiatement – pas toujours respectée par les soignants. Ce défaut d'adhésion est révélateur soit d'une incompréhension du soin en psychiatrie dans les cas des soignants peu expérimentés, soit d'un dilemme des soignants, tiraillés entre le souci de cohésion et de solidarité envers leur propre équipe, et celui de soutenir d'autres équipes, alors que des expériences antérieures jugées peu concluantes ont pu alimenter le sentiment de se déplacer inutilement et de laisser dans l'embarras les collègues de leur unité. Une autre limite est que la mobilisation de l'ensemble des soignants positionnés sur le renfort n'est pas toujours possible, notamment dans les périodes de vacances ou dans les périodes d'absentéisme, ce qui est vu par les syndicats comme un dysfonctionnement majeur (1).

[135] Un des établissements (1) qui se décrit comme pilote en la matière a récemment étendu l'organisation existant en intra depuis plus de 10 ans à l'ambulatoire moyennant des financements obtenus dans le cadre du CRACT.

3.4 Points de blocage dans les ajustements des organisations de travail

Plus globalement, les ajustements recherchés des organisations de travail et des ressources humaines à l'activité du service, du secteur ou du pôle et aux réalités concrètes de travail et risques associés, sont souvent un objet de tensions et de divisions entre les directions et le personnel ou leurs représentants et les partenaires sociaux. Ils sont particulièrement critiqués par ces derniers, et vécus comme des injonctions paradoxales, sources de stress et de tensions au travail, lorsqu'ils sont imposés par le haut, au mépris de l'expertise des agents qui se voient reprocher leur manque de souplesse et leur faible propension au changement, alors qu'ils leur apparaissent éloignés des réalités du terrain, peu adaptés aux besoins des patients et difficiles à mettre en œuvre.

Ils sont aussi susceptibles de se heurter à plusieurs points de blocage : du côté des partenaires sociaux, la tendance à focaliser l'attention et faire porter leurs revendications sur le manque de lits et de personnels, et du côté de la gouvernance de l'établissement, le manque de transparence et le défaut de circulation de l'information – par exemple les données d'activité (la file active de patients suivie dans un secteur ou un pôle, etc.) ne remontent pas toujours à la DRH –, sont susceptibles de constituer un frein à l'ajustement de l'organisation avec une répartition des effectifs soignants tenant compte des réalités du terrain et des besoins d'accompagnement des patients, variables selon leurs profils, problématiques et capacité d'autonomie, plus ou moins grande[136]. Le risque est alors grand de plaquer les mêmes organisations d'un service à l'autre. Pour les unités accueillant des patients en situation de crise décrits comme peu ou moins autonomes et potentiellement plus agressifs et violents, le risque est d'accroître l'exposition aux RPS des équipes, plus encore celles amputées d'une partie de leurs effectifs lors d'appels en renfort, ainsi que le recours aux mesures d'isolement et de contention dans une visée de protection des soignants, plus que du patient. « *Il n'y a pas ce côté comment on protège certaines organisations de travail. Du coup derrière, la question de la contention, de l'isolement, bien évidemment que les soignants se mettent en sécurité je pense. Et à un moment ces mesures-là sont des mesures coercitives, ça passe comme ça. Et donc oui c'est générateur de RPS chez eux. Et c'est sûrement générateur de difficultés pour l'encadrement* » (DRH, 2).

Ces descriptions donnent à voir une réalité plus complexe qu'elle ne paraît sur le papier, dans les résultats d'enquête et/ou dans les discours de certaines directions. Cette instabilité et cette complexité des organisations sont sources de stress et des facteurs potentiels de RPS, pour les salariés (sous-effectif reportant la charge de travail sur les salariés en poste, etc.), comme pour les managers mis en difficulté pour piloter ou gérer de manière satisfaisante ces organisations. Ces contraintes illustrent la tension permanente dans laquelle se trouve prise l'activité ou la situation de travail, entre les exigences des salariés et celles de l'organisation, dans un contexte de ressources rares, de tension des effectifs soignants et de difficultés de recrutement, impactant les relations professionnelles au travail (avec les collègues, l'encadrement) – comme le met en évidence le modèle systémique privilégié par l'ANACT centré sur les contraintes, les ressources et les régulations (Burakova, Leduc, 2014).

[136] Plus celle-ci est réduite, plus les exigences en termes de présence soignante, d'accompagnement et de soins sont élevées. Plus grande, elle permet d'envisager une organisation pouvant davantage mobiliser la capacité d'action et d'auto-détermination du patient (s'appuyer sur ses ressources…).

4. Conciliation vie professionnelle et vie privée – des actions tournées vers l'individuel

Le souci de favoriser l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle se traduit généralement par la combinaison d'actions, notamment des actions sociales afin de favoriser l'accès au logement social, les modes de transports pour le personnel et les modes de garde pour leurs enfants – soit réserver des places de crèches pour le personnel soignant (2, 4) ou médical (2), soit développer des « partenariats avec des assistantes familiales » (DRH, 3).

Du point de vue des directions (RH, soins) ou CME, ces actions ou aménagements en périphérie, qui débordent le cadre du travail, ne sont pas accessoires ou négligeables car elles participent d'un certain confort au travail et contribuent en cela à agir préventivement sur les RPS : « *Ça fait effectivement un peu anecdotique. Ceci dit, ça ne l'est pas là. Les risques psychosociaux c'est aussi parce qu'on est inconfortable au travail. L'inconfort dans sa vie privée, ça a des impacts forts sur la vie professionnelle et inversement* » (CME, 2). « *Il y a des tas de difficultés de conciliation entre la vie professionnelle et personnelle, qui retentissent directement sur les RPS* » (QVT, 4). En revanche, des partenaires sociaux y voient plutôt des mesures par défaut (un pis-aller, faute de mieux), peu efficaces car n'agissant pas sur le cœur du problème – l'enjeu du rapport entre santé et travail : « *La mobilité, les transports en commun, ça participe de la qualité de vie au travail mais ce n'est pas l'essentiel. Si on continue à venir au travail la boule au ventre, le nœud du problème est toujours là : on n'a pas agi sur le cœur du problème, c'est comme si on ne faisait rien* » (CHSCT, 2).

Peuvent s'y ajouter des actions relevant de l'hygiène/la santé physique et mentale tournées vers le bien-être individuel des salariés[137]. Par exemple, un EPSM (7) propose depuis 2017 à l'ensemble de son personnel un programme de développement personnel intitulé « Au cœur de mon Bien-être » pour « Se sentir bien au travail, se sentir bien tout court », avec deux formules au choix pour tenir compte des contraintes de temps (horaires) des professionnels : soit une formation de trois jours intitulée « De la gestion du stress à mon épanouissement » dispensée au sein de l'établissement ; soit une dizaine de séances en petit groupe prenant place dans l'espace « Bien-être » aménagé au sein du service de santé au travail. Chacun est libre de s'y inscrire ou non. Le tirage se fait au sort pour assurer une certaine impartialité. Une assiduité et une implication des participants sont attendues.

Un autre EPSM (6) s'est, lui, saisi d'appels à projets comme celui de la Fondation de France intitulé « Prenons soin de nos soignants », pour rendre accessible (sur des créneaux plus larges) la salle de sport à l'ensemble du personnel de l'établissement et la doter d'équipements supplémentaires, et pour proposer la mise en place d'espaces de bien-être, de détente et de discussion conçus comme des espaces-temps de « *décompression* » pour apaiser/alléger les tensions physiques et psychiques des salariés. Au-delà de la dimension bien-être/détente, ces actions se veulent un moyen de créer du lien et de favoriser le sentiment d'appartenance à l'institution conçus comme des éléments « *importants pour se sentir mieux au travail* » (DS, 6). Leur portée se veut aussi symbolique : il s'agit de reconnaître les soignants comme dignes d'intérêt et d'attention au même titre que les patients qui bénéficient d'espaces de ce type (salle d'apaisement…) et, par-là, d'opérer une sorte de rééquilibrage dans le rapport soignants-soignés. « *Même pour les professionnels, c'est important qu'ils se rendent compte qu'on essaie de mettre en place des choses pour eux. Qu'on ne soit pas là juste pour leur demander :*

[137] Les démarches de prévention des addictions aux produits psychoactifs (médicaments psychotropes, alcool, produits illicites) en milieu professionnel s'inscrivent dans ce registre. Elles semblent être peu développées mais faire partie des axes de travail que certaines DRH (3) souhaiteraient promouvoir avec la médecine du travail.

''Travaille, tais-toi et obéis, et change tes horaires quand on te le dit'' » (DS, 6). La considération et la reconnaissance des soignants dont ces actions sont porteuses sont perçues comme des dimensions concourant à la fois à la santé et à la qualité de vie au travail des professionnels.

5. Les groupes de travail et la participation – quid des enjeux du travail réel ?

Qu'en est-il des objectifs de participation des personnels dans les groupes de travail, et plus globalement aux décisions qui les concernent – i.e. le dialogue social et le mode de gouvernance « partagé », « participatif » ou « collaboratif » –, qui tendent à s'imposer comme de nouvelles exigences normatives ? La participation place-t-elle l'expérience de travail/l'expertise des professionnels au cœur du processus ?

5.1 Des groupes de travail répondant aux exigences réglementaires

Les groupes de travail dans lesquels la participation du personnel, encadrant notamment, est fortement attendue, sont multiples. Ils portent sur diverses thématiques (comme la prévention et la gestion des situations de violence), sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ou les revues de morbidité-mortalité (RMM) mises en place à la suite à d'événements indésirables (un décès, une complication, un événement qui aurait pu s'avérer dommageable pour un patient) [138].

Si la multiplication de ces groupes de travail qui se veulent collaboratifs ou participatifs ne sont pas nécessairement dénués d'intérêt, ils paraissent pour une part au moins davantage répondre aux exigences réglementaires et aux enjeux de certification, et les thématiques abordées plus souvent portées voire imposées par les directions (de la qualité, des soins) que choisies par les professionnels eux-mêmes, et il paraît difficile, notamment pour les cadres, d'échapper à ces injonctions. « *On a l'impression que plus ils sont inscrits à des groupes de travail, plus leur valeur est estimée. Au niveau de la direction des soins, il y a une grosse pression sur tout ce qui est certification, participation à des groupes de travail* » (CHSCT, 1). Or ces temps de réunions sont très chronophages et représentent une charge de travail s'ajoutant à leur charge déjà lourde. Au risque d'éloigner davantage les cadres du terrain, des équipes et des problèmes qu'elles soulèvent, et donc des enjeux du travail réel : « *Ça donne un peu l'impression que les cadres sont moins présents, sont moins au courant des problèmes de leurs équipes. Ils sont souvent en réunion* » (CHSCT, 1).

C'est une des limites de ces groupes ou réunions thématiques instaurés par la hiérarchie, plus éloignés ou moins directement centrés sur les conditions et enjeux du travail réel. S'ils ont leur légitimité, ils ne sauraient suffire ou se réduire au « problème à régler » telle que le conçoit la hiérarchie. Devraient être aussi pris en compte les thèmes, questions, problèmes, dilemmes qui préoccupent les agents sur le terrain. Cela explique que dans certains EPSM (1), est encouragé le développement dans les services des réunions dites « *d'expression libre, par rapport à un contexte, une évolution de service, ou une pratique* » (DS, 1). Partant des préoccupations et du

[138] Du point de vue d'une DRH (3), l'intérêt des RMM est de relever d'une dynamique d'action plus institutionnelle susceptible de contribuer à la prévention des RPS puisqu'elles visent à réfléchir collectivement à la manière dont certaines situations auraient pu ou pourraient être évitées, voire à promouvoir de nouvelles pratiques professionnelles ou rechercher de nouvelles organisations de travail, et à se décaler d'une réflexion centrée sur un ou des individus (pointer une responsabilité individuelle, prendre des mesures disciplinaires). Cette description rejoint la définition qu'en donne l'HAS, consultable à l'adresse suivante : https://www.has-sante.fr/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm

vécu des acteurs de terrain, pouvant être animées par un cadre, sans obligation d'en rendre compte à un supérieur hiérarchique, elles sont conçues comme « *un temps privilégié pour que chacun puisse s'exprimer* », propice à la cohésion d'équipe, et comme un moyen de sortir des obligations formelles. « *C'est un bel outil parce qu'on est en dehors de tous les champs formels, de tous ces outils méthodo qui ont une étiquette HAS ou management ou autre* » (DS, 1).

5.2 Les limites de la participation du personnel aux décisions qui les concernent

Au-delà des groupes de travail thématiques, la participation des salariés, par exemple au projet d'établissement, est décrite comme un moyen de redonner du sens au travail, et donc susceptibles de mobiliser et d'être très investie par les soignants : « *Le projet d'établissement de l'hôpital a été très investi par tous les soignants, parce que c'étaient des espaces de réflexion justement et de mise en sens. Qu'est-ce qu'on fait, qu'est-ce qu'on ne veut plus faire, qu'est-ce qu'on nous donne et qu'on projette ?* » (CME, 2). De même la certification, bien que vécue comme une démarche intense et assez lourde pour tous, est vue comme une occasion de produire un effet positif en termes de dynamique collective et de témoigner du dynamisme de l'établissement : « *La certification nous a porté. C'était intense mais tout le monde a répondu présent. On arrive à fédérer tout le monde* » (DS, 3).

Cependant des limites à la participation sont aussi soulignées, avec des variations selon la taille des EPSM. Si ceux de taille moyenne n'échappent pas à la critique, les critiques et les jugements sont plus sévères dans les EPSM de grande taille.

D'une part, la bureaucratisation et le manque de lisibilité de la gouvernance paraissent plus importants, et accentués dans les EPSM dont la grande taille est consécutive aux fusions et regroupements hospitaliers entre établissements à l'échelle d'un territoire, du fait des bouleversements qu'ils ont occasionnés[139]. Ces transformations institutionnelles ont introduit une perte de lisibilité de qui fait quoi, de la distance complexifiant les échanges et interpellations, un alourdissement des procédures et un manque de réactivité. « *Ces regroupements, ces transferts, transformations organisationnelles, ont un impact direct sur la facilité d'interpellation des directions, d'avoir une réactivité aussi* » (PH, 6). « *Maintenant on ne sait plus qui il faut interpeller. Vous faites des mails, vous interpellez 50 interlocuteurs et six mois après, ce n'est toujours pas fait. Donc ça c'est un peu compliqué* » (DS, 6). Sans compter que la délocalisation des instances de direction (générale, des ressources humaines) sur l'un des sites, alimente parmi les agents des structures hospitalières absorbées, un sentiment d'abandon et de désinvestissement du site (« *Ce dont se plaignent les agents aussi, c'est le sentiment que le site est abandonné* » – DS, 6), et l'idée que les enjeux du GHT l'emportent sur le reste : « *On a un DRH qui est là, quoi, 2 jours par semaine. Il n'y a plus de directeur sur place à temps plein. Sur quoi il s'investit ? Je ne sais pas. Sur le minimum. La seule chose qui semble importante pour la direction, et peut-être aussi pour les pôles, c'est le GHT. Ça embolise tout le reste* » (CHSCT, 6). Plus globalement, le manque de lisibilité et de transparence de la gouvernance, faute de communication sur les projets, les évolutions à venir et/ou les échéances, alimente le sentiment de devoir naviguer dans le flou, sans repères : « *On a besoin d'avoir une communication institutionnelle, de savoir où on est et où on va, quels sont les projets* » (DRH, 4).

[139] Ces risques sont bien mis en exergue dans le rapport de l'IGAS sur les fusions et regroupements hospitaliers (Lalande et *al.*, 2012).

D'autre part le dialogue social est décrit comme « *pas toujours fluide* » (DRH, 2), assez tendu et conflictuel avec certaines organisations syndicales sur différents sujets (accidents du travail, réduction du nombre de jours de RTT, ajustement des organisations du travail à la réalité du terrain et du risque, contractualisation avec les pôles), au point de ne pas s'autoriser à en aborder d'autres : « *Et comme c'est compliqué, on ne s'autorise pas à aborder les sujets. Là aussi il y a notre part de responsabilité. C'est pour ça que je parlais de dialogue social de part et d'autre assez limité sur certains sujets* » (DRH, 2). Les discours de certaines organisations syndicales dont les préoccupations sont centrées sur le manque de moyens (humains, nombre de lits) sont jugés assez ou très « caricaturaux » par les directions (2, 4). Les valeurs, les visions du monde et les conceptions du service public hospitalier dont ces organisations syndicales sont porteuses peinent à être prises au sérieux et sont plutôt perçues comme des obstacles entravant les objectifs de changement de l'organisation/l'établissement avec lesquels ils entrent en concurrence et en conflit. Les valeurs professionnelles/syndicales s'opposent aux valeurs managériales, les préoccupations de santé/la défense de l'intérêt du service public entrent en conflit avec les logiques de réduction des coûts, d'efficience... Les rapports sociaux paraissent assez antagoniques et teintés de méfiance voire de défiance, les attitudes des uns et des autres vus sous le prisme de la mauvaise foi. Le conflit et les formes d'opposition assez systématiques ne remettent pas en question la possibilité de dialoguer et de travailler ensemble : « *Ici les syndicats on peut discuter avec eux, ce n'est pas très compliqué. Ils sont contre tout mais on travaille bien avec* » (DRH/QVT, 4) – un constat à mettre en perspective avec le fait que ces établissements ont connu des périodes plus agitées dans le passé. En revanche, les parties en présence ont des visions et des interprétations différentes de la réalité qu'il paraît difficile de faire coïncider et qui complexifient le processus de négociation tourné vers la recherche d'un compromis.

Enfin, que ce soit dans les projets d'établissement/de pôle, sur des lignes directrices au niveau de l'EPSM, ou dans des groupes de travail, la participation paraît plus ou moins effective. Les limites et difficultés de l'exercice dans un contexte de forte évolution du système de santé sont d'ailleurs parfois soulignées dans les projets d'établissement[140]. La participation est souvent vécue par les partenaires sociaux comme relevant plus de la consultation ou de la concertation factice ou « *bidon* » (CME, 5), que d'une « *vraie démarche participative, où le point de vue de chacun fait évoluer le projet final. Pas un projet qu'on vous présente. On fait des petites réunions, on fait semblant de vous écouter, et le projet qui sort à la fin n'a pas bougé d'une seule virgule* » (CHSCT, 5).

Les représentants du personnel regrettent être le plus souvent consultés pour donner un avis, et peu ou pas peser dans les décisions qui restent du ressort de la direction et qui leur sont ensuite imposées. Cette forme de participation alimente alors le sentiment d'être un simple faire-valoir, voire d'être pris dans un piège susceptible de se retourner contre eux : « *Donc si par exemple, notre avis c'est qu'on pourrait changer tel article mais que ce n'est pas l'avis du directeur, il va dire ''OK, j'ai pris note de votre avis, mais c'est moi qui décide en dernier recours''. Donc elles nous sont imposées. En nous faisant croire évidemment que quand on participe aux réunions, ça favorise le dialogue social. Donc en fait, on est caution : ils sont obligés de convoquer un groupe de travail soi-disant. Dans les groupes de travail, on donne nos idées, eux ils donnent les leurs. Après ça passe en instance au Comité technique d'établissement, et*

[140] Par exemple, l'un d'eux précise que seule une organisation syndicale a participé au groupe de travail mis en place pour élaborer le volet social du projet d'établissement, ajoutant que : « *Le contexte d'installation des GHT, de la direction commune et d'une nouvelle gouvernance ont probablement été des freins à la participation des autres partenaires sociaux* » (PE 2019-2023, p. 50, 5).

là on dit ‘‘qui vote pour’’, donc on va tous voter contre, et on va dire ‘‘OK on a pris votre avis, vous êtes contre, mais on fait quand même’’ » (CHSCT, 6).

Les EPSM de taille moyenne qui se veulent « *pilotes dans des projets* » innovants (1) ou « *sur un certain nombre de thématiques, qu’elles soient en lien avec les soins ou la gestion* » (Synthèse PE, 3), ne sont pas exempts de critiques. A contrario des « *grandes usines* » (DS, 1) plus impersonnelles, leur taille contribue généralement à favoriser l’interconnaissance et l’identification de qui fait quoi, à faciliter l’interpellation des responsables des services et des directions et à les rendre plus accessibles aux agents. Dotés de petites structures pavillonnaires ou d’unités de taille moyenne avec des petites équipes (1), ou dispersées sur le territoire (3), leur configuration et l’état du bâti qui tranchent avec des bâtiments « *mastodontes* » et/ou dans un état très délabré de certains EPSM de grande taille (2, 5), jouent aussi. Ces éléments contribuent à renforcer le sentiment d’appartenance à l’institution et la qualité des conditions de travail, si ce n’est la qualité du travail.

Cependant, l’arrivée de nouvelles formes de gouvernance coïncidant souvent avec des changements de directions dans la première moitié de la décennie 2010, a souvent été vécu comme un tournant marquant une rupture : à la gestion « *paternaliste* » (1) ou patriarcale « *bonne enfant* » (CME, 3), généralement associée à une stabilité plus grande de la direction (*vs* des changements tous les 2 ou 3 ans), à une bonne entente entre les directions (générale, des soins, etc.) et plus globalement entre les différentes parties prenantes, avec l’instauration d’un dialogue social et des relations de coopération autour d’un objectif commun, s’est substituée une gestion qualifiée de plus rigide, autoritaire et descendante (3), ou plus dans le contrôle et la surveillance que dans la confiance (1), et moins dans la transparence, source de tension et complexifiant la communication, avec une difficulté pour les agents et leurs représentants à faire entendre leur voix et à être pris au sérieux par la direction (1, 3).

Quant au dialogue social, il est jugé plutôt satisfaisant par les directions (1,3) « *même si de temps en temps il y a des tensions* (qui nécessitent) *des logiques d’ajustement mutuel* » (DS, 1), ou que la crise COVID a complexifié les relations. « *Le social est globalement bon ; on n’a pas de conflit, tout au long de l’année. On arrive à dialoguer avec nos syndicats. La période Covid a altéré quand même la qualité du lien que l’on pouvait avoir avec les syndicats* » (DRH, 3). De leur côté les partenaires sociaux (interviewés) considèrent ne pas avoir « *de trop mauvais rapports avec l’administration* » (CHSCT, 3). Ils dépeignent toutefois une difficulté pour faire reconnaître auprès de la direction certaines réalités de travail et les changements à entreprendre. « *Ils nous accusent souvent de mentir, de parler de choses, notamment des ambiances de travail dans les services, qui ne sont pas réelles et dont ils ne sont pas au courant. Ils sont dans le déni* » au motif que ce sont des « *ressentis et que ce n’est pas réalité du terrain* » (CHSCT, 1).

BIBLIOGRAPHIE

Abord de Chatillon E., Branchet B., Crambes C., Commeiras N., Malaquin M., Rossano M. et Valette A. (2017), La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier (public et privé). Observations de terrain et analyses à partir de l'enquête Conditions de travail 2013, DREES, *Études, recherche et débats*, février 2017.

Abbott A. (1988), *The system of professions. An essay of the division of expert labour*, Chicago, University of Chicago Press.

Akrich M., Rabeharisoa V. (2012), L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire, *Santé Publique*, 24, 1, p. 69-74.

Bigwood S. & Crowe M. (2008). It's Part of the Job, But It Spoils the Job : A Phenomenological Study of Physical Restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, p. 215-222, https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00526.x

Blanchet A. & Gotman A. (2002), *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan.

Bernoux P. (2015), *Mieux-être au travail : appropriations et reconnaissance*, Toulouse, Octarès.

Beque M. (2021), Conflits de valeurs au travail : qui est concerné et quels liens avec la santé ?, DARES, *Analyses*, Mai 2021, N° 27.

Bene J. (2019), *Saisir la diversité de la jeunesse à travers ses rapports au travail. Exploitation de l'enquête Génération 2013*, INJEP Notes & rapports/Rapport d'étude. Consulté le 4 février 2022 à l'adresse suivante : https://injep.fr/wp-content/uploads/2019/10/rapport-2019-09-rapport-au-travail.pdf.

Biarez S. (2002), *Quelle politique pour la santé mentale ?*, Convention Mire n° 27/00, CRES.

Bonner G., Lowe T., Rawcliffe D. et *al.* (2002), Trauma for all : A pilot study of the subjective experience of the physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, p. 465-473. http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00504.x

Boudet J.-F. (2011), La gestion publique au prisme du développement durable : l'« administration exemplaire », *Politiques et management public* [En ligne], Vol 28/4, mis en ligne le 27 octobre 2012, consulté le 20 avril 2019. URL : http://journals.openedition.org/pmp/4502

Bouffard M., Solar C. (2017), Développement des compétences en matière de littératie en santé : portrait d'un apprentissage professionnel, *Savoirs*, 2017/2 (N° 44), p. 46-66. Mis en ligne sur Cairn.info le 02/10/2017, https://doi.org/10.3917/savo.044.0049

Burakova M., Leduc S. (2014), Risques psychosociaux, Qualité de vie au travail : Opposition ou complémentarité ? De la prévention à la promotion de la santé au travail, dans : C. Lagabrielle, & S. Laberon (eds.), *Santé au Travail et Risques Psychosociaux : Tous Préventeurs ?* Paris, L'Harmattan, p. 73-96.

Castel R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.

Catinchi M. (2021), La situation de l'hôpital public va-t-elle me résoudre à la démission ? (Lettre ouverte à un gestionnaire, un politique ou un décideur de la santé qui croit savoir), *L'Information psychiatrique*, 97 (7), 547-8 doi:10.1684/ipe.2021.2294

Caudron M. (2016), *Burnout chez les infirmiers exerçant en psychiatrie : état des lieux, facteurs de risque et apports du concept de flexibilité psychologique*, Université Lille 2 Droit et Santé, https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/9753e5fa-ad75-4d9c-b19d-4fc235dab94d

Cefaï D. (dir.) (2010), L'engagement ethnographique, Paris, Éditions de l'EHESS.

Clot Y. (2014), Réhabiliter la dispute professionnelle. *Le journal de l'école de Paris du management*, 105, p. 9-16. https://doi.org/10.3917/jepam.105.0009

Clot Y. (2015), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte (1ère éd.

2010).

Clot Y. (2017), *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF (1ère éd. 2008).

Clot Y., Bonnefond J.-Y., Bonnemain A. et Zittoun M. (2021). *Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations*, Paris, La Découverte.

Coldefy M., Nestrigue C., Paget L.-M., Younès N. (2016), L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : analyse et déterminants de la variabilité territoriale, *Revue Francaise Des Affaires Sociales*, (2), p. 253–273.

Coldefy M., Gandré C., Rallo S. (avec la collaboration de) (2022), Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre, *Question d'économie de la santé*, n° 269, juin. https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/269- les-soins-sans-consentement-et-les-pratiques-privatives-de-liberte-en- psychiatrie.pdf

Combret M. (2018), Oser la relation pour moins de violence, *Santé mentale*, La dimension relationnelle du soin, N° 230, septembre.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) (2017), *Le personnel des lieux de privation de liberté*, Editions Dalloz. www.cglpl.fr/wp.content/uploads/2017/07/Rapport-thématique-personnel_web.pdf

Cordoba I., Fouillet B., Frétigny I., Gaignard H., Messika R., Sinet-Mooutiez C. (2018), Le rôle du psychologue clinicien auprès du personnel., dans : Robert Holcman (sous la dir. de), *La souffrance des soignants. Stress, burn-out, violences… du constat à la prévention*. Paris, Dunod, p. 173-196.

Corneau P., Jacob J.-D., Holmes D., Rioux D. (2017) « Contentions mécaniques en psychiatrie : étude phénoménologique de l'expérience vécue du personnel infirmier », *Recherche en soins infirmiers*, 1 (N° 128), p. 41-53.

Crozier M., Friedberg E. (2007), L'acteur et le système, Paris, Seuil, coll. « Points essais » (1ère éd. 1977).

Daubas-Letourneux V. (2021), *Accidents du travail. Des morts et des blessés invisibles*, Paris, Bayard.

Dejours C. (1998), *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil.

Dejours C. (2001), « Subjectivité, travail et action », [En ligne], https://static.convergencerh.com/medias/3/subjectivite_et_travail_C_Dejours.pdf

Dejours C. (2009), Résistance et défense, *Nouvelle revue de psychosociologie*, *7*, p. 225- 234.

Dejours C., Molinier P. (1994), De la peine au travail, *Autrement*, 142, p. 138-151.

Deville A., Dupuis J., Lebraty J.-F., Nègre E., Riché C., Sattin J.-F. (sous la dir.) (2022), *La disputatio au cœur du management : débats et controverses*, Collectif CNU 06, Presses universitaires de Provence.

Durand J.-P.**,** Baszanger I., Dejours C. (2000), Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale », *Sociologie du travail* [En ligne], Vol. 42 - n° 2 |Avril-Juin, mis en ligne le 20 septembre 2000, consulté le 14 novembre 2022. URL : http://journals.openedition.org/sdt/36832 ; DOI : https://doi.org/10.4000/sdt.36832

Gandré C., Gervaix J., Thillard J., Macé J.-M., Roelandt J.-L., Chevreul K. (2018), Geographic variations in involuntary care and associations with the supply of health and social care: results from a nationwide study, *BMC Health Services Research*, *18*(1), 253.

de Gaulejac V., Hanique F. & Roche P. (2007), *La sociologie clinique*. Toulouse, France, Érès. https://doi.org/10.3917/eres.roche.2007.01

de Gaulejac V. (2011), *Travail, les raisons de la colère*, Paris, Seuil.

de Gaulejac V. et Hanique F. (2015), *Le Capitalisme paradoxant. Un système qui rend fou*, Paris, Seuil.

Gilles M., (2020) *Prévenir l'usure professionnelle pour relever le défi du vieillissement au travail : l'expérience de l'ANACT*. https://www.anact.fr/prevenir-lusure-professionnelle-pour-relever-le-defi-du-vieillissement-au-travail-lexperience-du

Gollac M. (2005), L'intensité du travail : Formes et effets, *Revue Économique*, *56*(2), p. 195–216. http://www.jstor.org/stable/3503270

Gollac M. et Bodier M. (2011), *Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Rapport faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé. http://www.ladocumentation-francaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000201/0000.pdf

Grebot E. (2010), Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence, *Annales Médico-Psychologiques*, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson, 2010, 168 (9), p. 686. 10.1016/j.amp.2010.03.018 . hal-00690274

Guibet-Lafaye C. (2016), Quelle éthique pour quels psychiatres ? *Sociologie*, *7*(2), p. 169–186. https://doi.org/10.3917/socio.072.0169

Estryn-Behar M., Braudo M.-H., Fry C. & Guetarni K. (2011), Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *L'information Psychiatrique*, *87*(2), p. 95-117.

Gardien E., Jaeger M. (coord.) (2017), L'implication citoyenne dans la recherche, Toulouse, Erès, *Vie Sociale*, n° 20.

Gillet A., Tremblay D.-G. (2011), Pratiques, analyses et enjeux de la recherche partenariale. Une Introduction, *Revue Interventions économiques*, [En ligne], 43, mis en ligne le 01 juin 2011, consulté le 21 mars 2022.

Harusseau J.-L., Lanouzière H. (2013), La certification, la qualité des soins et la qualité de vie au travail, Haute Autorité de Santé, novembre.

Haute Autorité de Santé (HAS), Recommandation de bonne pratique, *Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandations pour la pratique clinique*. Texte des recommandations. Février 2017. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf

Herreros G. (2009), *Pour une sociologie d'intervention*, Erès, Coll. Sociologie Clinique.

Holcman R. (sous la dir.) (2018), *La souffrance des soignants. Stress, burn-out, violences… du constat à la prévention*, Paris, Dunod.

Holcman R. (2018a), L'organisation ou le soin à l'origine de la souffrance des soignants hospitaliers ?, dans Robert Holcman (sous la dir.), *La souffrance des soignants. Stress, burn-out, violences… du constat à la prévention*, Paris, Dunod, p. 213-233.

Houllier F. (dir.), 2016. *Les sciences participatives en France. État des lieux, bonnes pratiques & recommandations*, rapport élaboré à la demande des ministres en charge de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Imiéla F., Klopp S. (2006), Infirmier en psychiatrie : de la nécessité d'une formation adaptée, dans Hervé Bokobza (sous la dir.), *La psychiatrie en péril. En dépit des États généraux*, Paris, Erès, p. 123-138.

Jamoulle P. (2018), Systèmes d'emprise dans les mondes du travail : De l'adhésion contrainte à la déprise, *Cahiers de psychologie clinique*, 51, p. 11-55. https://doi.org/10.3917/cpc.051.0011

Koubemba A. (2021), Le « stand up meeting » : un outil du lean pour discuter du travail dans l'univers hospitalier ?, *Revue des conditions de travail*, « Alternatives Organisationnelles Et Managériales : Promesses Et Réalités ? », N°12, p. 74-81. https://www.anact.fr/alternatives-organisationnelles-et-manageriales-promesses-et-realites

Lafont-Rapnouil S. (2013), La réhabilitation psychosociale : quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique ?, *L'information psychiatrique*, 89, p. 371-377. https://doi.org/10.3917/inpsy.8905.0371

Lalande F., Scorttons C., Bocquet P.-Y., Bonnet J.-L. (2012), *Fusions et regroupement hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?* Rapport IGAS, N°RM2012-020P.

LeBel J. L., Duxbury J. A., Putkonen A., Sprague T., Rae C. & Sharpe J. (2014), Multinational experiences in reducing and preventing the use of restraint and seclusion, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *52* (11), p. 22–29.

Lecocq C., Dupuis B., Forest H. (2018), *Santé au travail : Vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du Premier ministre, août. https://travailemploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_le-cocq_sante_au_travail_280818.pdf

Lerouge L. (2020), Risques psychosociaux et qualité de vie au travail : une articulation au prisme du droit et d'une approche éthique, *Sciences & Bonheur*, « Bien-être au travail : Concepts, méthodes et pluridisciplinarité », 4, p.73-85. halshs-02876005

Les Chercheurs ignorants (collectif) (2015), *Les recherches-actions collaboratives. Une révolution de la connaissance*, Rennes, Presses de l'École des hautes Études en Santé Publique.

Leyreloup A.-M. (2010), Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie, dans *Sud/Nord*, « Folies et cultures », Erès, N°25, p. 121 à 128. https://www.cairn.info/revue-sud-nord-2010-1-page-121.htm.

Lhuilier D., Litim M. (2009), Le rapport santé-travail en psychologie du travail. *Mouvements*, 58, p. 85-96. https://doi.org/10.3917/mouv.058.0085

Lhuilier D. (2010), L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail, *Sciences sociales et santé*, Vol. 28, n°2, « Santé au travail : une méconnaissances durable », p. 31-63.

Lhuilier D. (2017), Quelle reconnaissance des vulnérabilités au travail ? Synthèse de travaux empiriques, *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*. [En ligne], 19-1 | 2017, mis en ligne le 01 janvier 2017, consulté le 31 mars 2023. URL : http://journals.openedition.org/pistes/4942 ; DOI : https://doi.org/10.4000/pistes.4942

Lin E., Or Z., Coldefy M., Urbanoski K., Seitz D., Carlisle C., Kurdyak P. (2016), Medical Practice Variations in Mental Health and Addictions Care, *Medical Practice Variations*, 1–41.

Linhart D. (2015), Quand l'humanisation du travail rend les salariés malades, *Connexions*, 103, 49-60. https://doi.org/10.3917/cnx.103.0049p.

Lopez A., Turan-Pelletier G. (2017), Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), rapport N°2017-064R, Tome 2, novembre.

Loriol M. (2000), Le temps de la fatigue : la gestion sociale du mal-être au travail, Paris, Anthropos.

Loriol M. (2009), Le *burn out* des infirmières, dans Annie Thébaud-Mony et Nathalie Robatel, *Stress et risques psychosociaux au travail*, Problèmes politiques et sociaux, N° 965, Paris, La Documentation Française, octobre, p. 56-61.

Loriol M. (2012), *La construction du social. Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*. Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social ».

Loriol M. (2013), Travail émotionnel et soins infirmiers, *Santé Mentale*, Acte Presse, p. 60-63. hal-00925629

Lovell A. (2004), *Santé mentale et société*, Problèmes politiques et sociaux, N° 899, Paris, La Documentation Française.

McTiernan, K., & McDonald, N. (2015). Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *22*(3), 208–218. https://doi.org/10.1111/jpm.12170

Maillard I. (2011), Lignes de force de l'évolution des politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents, *Santé publique*, Hors-Série (Vol. 23) « Psychiatrie et Santé mentale : dynamique et renouveau », p. 127-140.

Maillard I. (2012), La prise en compte des compétences et capacités adolescentes : un renouvellement des approches du rétablissement en pédopsychiatrie, *Revue Développement humain, handicap et changement social*, Hors-Série « Les conceptions du rétablissement en santé mentale : recherches identitaires, interdépendances et changements sociaux », (20), 2, p. 87-103.

Maillard I., Costa M., Roelandt J.-L., Labey M. (2022), Santé mentale au travail des soignants de psychiatrie : un détour réflexif sur les enjeux épistémologiques et institutionnels de la recherche RPSY, *Revue française des affaires sociales*, 4, p. 193-211.

Maslach C., Leiter M. P. (2016), Understanding the Burnout Experience: Recent Research and Its Implications for Psychiatry, *World Psychiatry*, 15, p. 103-111.

Massin B. (2021), La « QVT organisationnelle » : un modèle alternatif pour l'hôpital ?, *Revue des conditions de travail*, « Alternatives Organisationnelles et managériales ; Promesses et Réalités ? », N° 12, p. 122-132. https://www.anact.fr/alternatives-organisationnelles-et-manageriales-promesses-et-realites

Matthiasson P. (2017), Moins de soins sous contrainte : l'expérience islandaise, *L'information Psychiatrique*, *93* (7), p. 558–562.

Mougeot F. (2019), *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*, Paris, Erès.

Mougeot F. (2013), A quoi tient la mesure ? Engagement dans le travail et opérations de codification. Le cas du travail infirmier en psychiatrie, *Les Cahiers Internationaux de Sociologie de Gestion*, N°11, juin, p. 24-35.

Mucchielli L. (2007), *Violences et insécurités. Fantasmes et réalités dans le débat français*, Paris, La Découverte.

Ogien R. (1990), Sanctions diffuses. Sarcasmes, rires, mépris, *Revue française de sociologie*, 31-4. p. 591-607. doi : 10.2307/3322405, https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1990_num_31_4_2713

Petiau A. (dir.) (2021), *De la prise de parole à l'émancipation des usagers. Recherches participatives en intervention sociale*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Pignoni M.-T. (2022), Les instances de représentation des salariés dans les entreprises en 2020. La baisse du taux de couverture se poursuit bien qu'à un rythme plus lent, DARES, *Résultats*, N° 32, juillet.

Pisarik J. (2021), L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquées dans le secteur hospitalier qu'ailleurs, DREES, *Études & Résultats*, N° 1215.

Pluye P. (2019), L'intégration en méthodes mixtes. Cadre conceptuel pour l'intégration des phases, résultats et données qualitatifs et quantitatifs, dans Valéry Ridde et Christian Dagenais (sous la dir.), *Évaluation des interventions de santé mondiale. Méthodes avancées*, Québec, Éditions science et bien commun et Marseille, IRD Éditions, p. 187-212.

Prouet E. et Naboulet A. (2021), *Évaluation des ordonnances du 22 septembre 2017 relatives au dialogue social et aux relations de travail*, Rapport du Comité d'évaluation présidé par Marcel Grignard et François Pilliard, France Stratégie, décembre.

Rabeharisoa V., Moreira T., Akrich M. (2014), Evidence-based activism: Patients', users' and activists' groups in knowledge society, *BioSocieties*, 9, (2), p. 111-128

Rappaport J. (1981), In praise of paradox : A social policy of empowerment over prevention, *American Journal of Community Psychology*, vol 9, n° 1.

Roche P. (2016), *La puissance d'agir au travail. Recherches et interventions cliniques*, Toulouse, Erès, Coll. Sociologie clinique.

Roelandt J.-L., Crétin A., Askevis-Leherpeux F., Baucheron J.-P., Brun-Rousseau H. et *al.*. Compulsory Hospitalization, Severity of Disorders and Territorial Landscape: A French Study. Global Journal of Health Science, 2017, 9 (12), pp.64. ⟨10.5539/gjhs.v9n12p64⟩. ⟨hal-03546995⟩

Rolo D. (2017), Histoire et actualité du concept de souffrance éthique, *Travailler*, 37, p. 253-281. https://doi.org/10.3917/trav.037.0253

Ruffier C. (2021), La participation des salariés aux décisions : pourquoi et comment, quels impacts sur les conditions de travail ?, *Revue des conditions de travail*, « Alternatives Organisationnelles Et Managériales : Promesses Et Réalités ? », N°12, p. 14-19. https://www.anact.fr/alternatives-organisationnelles-et-manageriales-promesses-et-realites

Soulet M. (2005). Reconsidérer la vulnérabilité. *Empan*, *60*, p. 24-29.

Steffen M. (1987), Les médecins et l'État en France, *Politiques et Management Public*, 5-3, p. 19-39.

Supiot A. (2022), *La justice au travail*, Paris, Seuil, Coll. Libelle.

Tchernia J.-F. (2015), Des effets générationnels sur l'engagement au travail ? Entretien réalisé par Béatrice Sarazin. ANACT, *La Revue des conditions de travail*, N°2.

Terrenoir V., Barat C., Massabuau C. (2021, Janvier). *Rapport ONVS 2020 : Données 2019*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2020_donnees_2019_vd_2021-03-11.pdf

Theviot A. (2021), « Confinement et entretien à distance : quels enjeux méthodologiques ? », *Terminal* [En ligne], 129 | 2021, mis en ligne le 15 mars 2021, consulté le 25 octobre 2021. URL : http://journals.openedition.org/terminal/7193 ; DOI : https://doi.org/10.4000/terminal.7193

Uhalde M. (2008), L'instrumentalisation de la sociologie en situation d'intervention : analyse critique d'une notion ordinaire. *Sociologies pratiques*, 1 (n°16), p. 95-113.

Vandevelde-Rougale A. (2017), *La Novlangue managériale. Emprise et résistance*, Paris, Érès, Collection Sociologie clinique.

Velpry L., Eyraud B. (2014), Réguler les pratiques contraignantes de soin en santé mentale : recompositions et enjeux, dans Jean-Charles Pascal, Cécile Hanon (dir.), *Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie*, Doin. halshs-01086628.

Vincent C. (2020), La très grande souffrance de la psychiatrie française, *Le Monde*, Rubrique Santé – Vie des idées, 17 juillet, https://www.lemonde.fr/sante/article/2020/07/17/la-tres-grande-souffrance-de-la-psychiatrie-francaise_6046447_1651302.html