

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

Cette recherche avait pour objet l'étude des risques psychosociaux (RPS) des soignants en psychiatrie adulte de secteur sous le prisme des pratiques de recours à la contrainte dans les soins (soins sans consentement, isolement, contention, privation de liberté).

Nous avons posé deux hypothèses :

- 1) L'exposition à la contrainte est un facteur de risque psychosocial ;
- 2) Les pratiques de soins réduisant les mesures de contrainte pour un meilleur respect du droit des patients renforcent la qualité de vie au travail (QVT).

Pour y répondre, la recherche a été conçue selon une méthode mixte qui s'organise en 4 parties : Deux volets quantitatifs :

- 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 ;
- Le questionnaire SATIN portant sur la santé perçue et la QVT des professionnels.

Deux volets qualitatifs :

- Une enquête préliminaire auprès des « acteurs-clés » impliqués dans la gestion des RPS et la QVT au sein des établissements ;
- Une enquête approfondie auprès des soignants pour saisir le vécu de la contrainte.

8 établissements publics de santé mentale (EPSM) appartenant au GCS ont été inclus sur la base du volontariat dans ce travail de recherche conduit de janvier 2020 à juin 2023.

### Principaux résultats

#### *L'étude sociologique préliminaire*

Les données recueillies au travers de 47 entretiens semi-directifs auprès de 52 « acteurs-clés » de la prévention des RPS/QVT au sein des 8 EPSM participants, et de documents produits et fournis par ces derniers, ont permis de dégager trois principaux axes d'analyse.

1/ Les enjeux institutionnels de cette recherche, qui renvoient en partie à l'axe suivant.

2/ Les enjeux et limites des démarches de prévention des RPS et QVT engagées dans les établissements, qui peinent à agir en amont, sur les causes, dans l'organisation de travail, et dont le principal écueil est de passer à côté de l'enjeu central de la santé au travail, à savoir la qualité du travail bien fait, i.e. des soins de qualité.

3/ Les facteurs de RPS et problématiques de santé mentale au travail identifiés par les interlocuteurs. Les facteurs exogènes (organisationnels, structurels), liés aux réformes de l'hôpital et de la psychiatrie, sont les plus rapportés et les facteurs endogènes, liés aux pratiques de soins, minorés. La focalisation sur l'agressivité, les agressions et violences à l'encontre des soignants, identifiées comme "la situation à risque majeure" détourne l'attention de l'impact des pratiques de contrainte sur la santé mentale au travail des soignants qui ne fait pas partie des questionnements habituels au sein des EPSM.

### *Le questionnaire SATIN*

L'enquête SATIN a été conduite dans 6 établissements. 1 350 professionnels s'étant déclarés soignants ont répondu au questionnaire : trois quarts sont des femmes, 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...).

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 analyses bivariées, 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, significativement 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.

### *Le recueil des données quantitatives DIM et RH*

Les données DIM et RH ont été analysées pour 6 établissements et dans 34 « secteurs » (soit un secteur classique, soit un regroupement de secteurs, soit 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 entraîner 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.

### *L'étude qualitative approfondie*

Enfin, la seconde étude qualitative, dernier volet de cette recherche, a donné lieu à la constitution d'un groupe de travail collaboratif avec 8 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 a ouvert des perspectives, de diffusion du document 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.

### *Perspectives croisées*

En croisant ces différents résultats deux axes d'analyse transversaux se dégagent.

#### *I. L'hospitalo-centrisme vs le travail tourné dans la communauté*

A travers les différents résultats l'hôpital apparaît 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 exercées sur les usagers et 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.

L'on aurait pu s'attendre à des résultats 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 qui pointent une exposition accrue aux RPS et contraintes liées aux conditions de travail pour les établissements hospitaliers, notamment publics.

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. La corporation est unie sur un discours commun, actuel. Les soignants se disent confrontés à une réalité commune, qui s'impose à tous.

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. 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), pour une organisation des soins 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 QVT s'explique en partie par la contrainte dans les soins.

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 rendant nécessaire l'exercice du contrôle des uns sur les comportements des autres.

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, montre une meilleure satisfaction des professionnels ayant une activité ambulatoire ou mixte. Dans cette perspective, les résultats du *focus group* reprennent l'avantage du déploiement communautaire pour la réduction de la contrainte en hospitalisation et la durée des séjours, avec la nécessité de mieux connaître les ressources d'un territoire pour augmenter la satisfaction de l'aide apportée via des solutions concrètes, tournées vers le pouvoir d'agir et l'inclusion dans la communauté via l'exercice d'une activité, l'entraide, etc. – suivant en cela les recommandations du programme Quality Right de l'OMS.

Le travail dans la communauté avec la diversité 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.

## II. 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 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.

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.

Cette question du sens donné au travail, de sa cohérence est primordiale pour engager la réalisation d'un travail. 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

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 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).

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, c'est la qualité de l'expérience, de la formation continue, notamment sur la gestion de la violence, et de la pluriprofessionnalité qui permet de se sentir utile et efficace en accord avec les recommandations du CGLPL.

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. Elle implique d'une part l'amélioration du système d'information pour faciliter les recueils mais 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 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 QVT des professionnels en permettant d'objectiver les risques et d'analyser les facteurs (ou critères) en jeu dans la qualité du travail.

La qualité des soins, c'est également rendre visible ce qui est indésirable. Les soignants décrivent le poids de la hiérarchie 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.

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 permet d'augmenter la satisfaction du travail (bien) réalisé.

Enfin, dans une perspective d'amélioration du respect des droits des usagers, cette culture du travail de qualité, nécessite 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.

Or si la communauté soutient collectivement une prise de risque positive fondée sur le principe de liberté, 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, 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 est une préoccupation majeure de plusieurs acteurs rencontrés dans ce travail. Les échanges engagés autour des résultats de ce travail ont montré l'intérêt des acteurs de la psychiatrie pour les différentes pistes ouvertes par les différents volets de la recherche et de pouvoir en débattre. Le sujet sera débattu avec les établissements membres du GCS qui envisageront les suites à donner à ce travail.