

Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



Nouvelle Gouvernance en psychiatrie : *Vers un management interculturel*

Nicolas DUFOUR

DCS@13-14

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'Ecole Supérieure Montsouris sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'Ecole Supérieure Montsouris.

Remerciements

A Laetitia.

A mes perles de bonheur, Lucas et Léana.

Merci à ma petite tribu pour leur présence, leur patience, leurs conseils et leurs attentions. Ce travail est l'aboutissement d'une année d'efforts mutuels et de conciliation.

Merci à Sandrine Garcia, ma directrice de mémoire, pour m'avoir accompagné tout le long de mon cheminement.

A mes compagnons de voyage dans cette aventure pleine de rebondissements. Et tout particulièrement mon binôme pour avoir su se montrer comme mon aide à penser.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	3
INTRODUCTION	4
1 UN NŒUD GORDIEN ?	6
2 CADRE CONCEPTUEL.....	8
2.1 Percevoir les changements.....	8
2.1.1 L'hôpital à travers le prisme du temps	8
2.1.2 Le concept de Qualité à l'hôpital.....	10
2.1.3 Les soignants face à leur travail	12
2.1.4 La psychiatrie, un environnement à part	14
2.2 Les acteurs dans leur environnement	16
2.2.1 L'hôpital en tant que configuration organisationnelle	16
2.2.2 Le cadre, ce « marginal sécant ».....	18
2.2.3 L'équipe soignante	20
2.3 Les valeurs, facteur d'identité professionnelle.....	21
2.4 Les manifestations de cette dysharmonie.....	24
2.4.1 La double contrainte du soignant	24
2.4.2 Le cadre face à ses dissonances cognitives.....	26
2.5 Réfléchir à la notion de conflit	27
2.5.1 Comment définir le conflit ?.....	27
2.5.2 Conflit de valeur et risques psychosociaux.....	29
2.6 Repenser le travail grâce à la psychodynamique du travail.....	32
2.7 Le cadre acteur du changement.....	36
2.8 Problématique et hypothèses	40
3 L'ENQUETE DE TERRAIN	42

3.1	Choix de la méthode selon les populations cibles	42
3.1.1	<i>Un questionnaire pour les infirmiers</i>	42
3.1.2	<i>Un entretien pour les cadres de santé.....</i>	43
3.2	Résultats de l'enquête	43
3.2.1	<i>La population infirmière</i>	43
3.2.2	<i>Les cadres de santé.....</i>	57
4	ANALYSE CROISEE DES DONNEES	79
4.1	Quels liens établir ?	79
4.1.1	<i>Une satisfaction professionnelle en demi-teinte.....</i>	79
4.1.2	<i>Prendre en considération la culture professionnelle.....</i>	79
4.1.3	<i>Favoriser la rencontre.....</i>	80
4.1.4	<i>Respecter la temporalité</i>	81
4.1.5	<i>Favoriser la mixité générationnelle</i>	82
4.1.6	<i>Réaffirmer le sens du travail.....</i>	83
4.2	Retour sur les hypothèses.....	84
4.3	Au regard de mon expérience personnelle	84
5	LIMITES DE L'ENQUETE	86
	CONCLUSION	87
	BIBLIOGRAPHIE	89
	TABLE DES ANNEXES	96

GLOSSAIRE

Abréviations :

ANAES : Agence Nationale D'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARH : Agence Régionale Hospitalière

ARS : Agence Régionale de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

CMP : Centre Médico-Psychologique

DPI : Dossier Patient Informatisé

DRH : Direction des Ressources Humaines

HDJ : Hôpital de Jour

IN : Indicateurs Nationaux

IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

ISP : Infirmier de Secteur Psychiatrique

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

QVT : Qualité de Vie au Travail

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

T2A : Tarification A l'Activité

Avertissement Pratique :

Pour cadre de santé : dénomination identique pour homme et femme

Pour infirmier : lire infirmier, infirmière

INTRODUCTION

*« Le monde est un jeu de go
dont les règles ont été inutilement compliquées »
Proverbe chinois*

Le go est un jeu dans lequel deux joueurs s'affrontent en disposant à tour de rôle leurs pions sur un damier appelé goban. Sa particularité est d'être un jeu égalitaire. En effet, tous les pions présentent la même valeur initiale. Mais celle-ci va considérablement évoluer en fonction de son positionnement et de ses interactions avec les autres. L'objectif final est d'occuper le plus d'espaces possibles en constituant des territoires et en délimitant des zones libres. Pour y arriver, les joueurs ne vont pas devoir s'éliminer l'un l'autre, mais bel et bien coexister dans une répartition de l'environnement. En partant de ces quelques règles simples, il est possible d'élaborer une approche métaphorique des relations sociales au sein des organisations.

Une des stratégies de base de ce jeu est de « *s'assurer des soutiens en bordure de damier pour pouvoir tenir le centre* »¹. Au même titre, une organisation se doit de prendre en considération les acteurs de terrain pour mettre en place et soutenir tout projet. Dans le go, les joueurs sont confrontés à une très grande pluralité de possibilités et donc de valeurs. Chaque coup peut alors modifier l'ensemble de ces valeurs et demander un réajustement afin de s'adapter aux nouveaux espaces. Par analogie, nous pouvons appréhender les rôles de l'encadrement de proximité. Celui-ci va se montrer le plus à même d'avoir une vision d'ensemble des positionnements de chacun et de viser la coopération des individus.

L'hôpital peut se percevoir comme une institution répondant à ce mode organisationnel. Le cadre de santé va alors se substituer à ce joueur et viser, par ses actions, la cohésion des différents professionnels autour de desseins communs. En tant que manager, il sera au plus près des interrelations. Son objectif sera alors de rendre possible la rencontre entre les différentes catégories socio-professionnelles. Mais cela relève parfois de la gageure.

¹ FAUVET Jean-Christian et SMIA Marc, Le manager joueur de go, Paris, Editions d'Organisation, 2013

Fort d'une expérience de deux ans en tant que faisant fonction cadre de santé dans un établissement de santé mentale, j'ai pu percevoir l'importance et les difficultés liées à ce travail d'articulation et de lien entre les différents participants aux prises en charge des patients. Chacun possède à son niveau ses représentations, ses objectifs et ses enjeux.

C'est en partant de ce constat que j'ai été amené à réfléchir à une problématique qui sera le fil conducteur de ma pensée au travers de ce mémoire de fin de formation.

1 UN NŒUD GORDIEN ?

Qu'il s'agisse de la volonté soignante ou bien de celle des administrations du système de santé, l'objectif final de toute prise en charge d'un patient reste identique, à savoir l'amélioration de la qualité des soins. Pourtant, face à un monde hospitalier en pleine mouvance, la définition de cette notion de qualité diffère selon ces deux approches ; elle pourrait même apparaître comme diamétralement opposée. Bertille Patin dans un article² paru dans la revue Santé Mentale, résume cette confrontation idéologique de la manière suivante : d'une part « *l'organisation des soins relève du paradigme mécaniciste et de l'épidémiologie essentialiste* », d'autre part « *la clinique relève en revanche du paradigme holistique et de l'épistémologie phénoménologique* ». La première approche est basée sur la gestion des flux des malades comme des soignants, il s'agit de mener une quête d'efficience grâce à une logique administrative. Cela signifie envisager une approche collective des soins, tendre vers une standardisation des procédés. La seconde quant à elle s'appuie sur une pratique individualisée : percevoir chaque patient comme unique et de ce fait, effectuer des soins appropriés et non reproductibles pour autrui.

Comment la rencontre entre ces deux paradigmes peut-elle alors se faire ? Nous nous retrouvons face à un nœud gordien. Faut-il le trancher ou bien tenter de le dénouer ? Cette problématique s'applique dans tous les champs sanitaires, mais je souhaite particulièrement l'envisager dans le domaine de la santé mentale.

Je peux ainsi préciser cette interrogation et formuler ma question de départ de la manière suivante :

La réforme de la Nouvelle Gouvernance génère-t-elle un conflit de valeur en psychiatrie ?

² PATIN Bertille, Produire des soins et prendre soin, *Santé mentale*, Décembre 2010, n°153, p26-p33

Afin de mieux cerner les enjeux d'un tel questionnement, je vais veiller à mettre en évidence dans mon cadre conceptuel tout d'abord les changements opérés depuis une vingtaine d'années dans le système de santé français avec notamment l'arrivée de la démarche qualité dans les pratiques professionnelles. Je souhaite également évoquer le ressenti des soignants face à leur métier, en quelques données chiffrées. Il m'apparaît par la suite nécessaire de concevoir l'hôpital en tant qu'organisation afin de mettre en évidence ses mécanismes d'action ainsi que ses acteurs. Je vais être amené à présenter les places que tiennent à la fois le cadre de santé et l'équipe soignante. Puis pour mieux percevoir les phénomènes de groupe et les modalités de constitution d'un collectif de travail, je me propose de développer la question des valeurs en tant que vecteur de l'identité professionnelle. Et à partir de ce point, je vais tenter d'analyser les processus cognitifs en jeux pour ces acteurs face aux difficultés de compréhension et d'adéquation des volontés soignantes et administratives. Je compte, à partir de ce constat, définir plus précisément la notion de conflit et de confronter ce concept à une réflexion plus globale sur ce que peut être le sens du travail, notamment grâce à la grille de lecture offerte par la psychodynamique du travail. Pour conclure, je vais m'orienter vers le rôle du cadre de santé en tant qu'acteur du changement.

Une fois ces apports théoriques amenés, il sera intéressant de percevoir quelles hypothèses peuvent découler de cette question de départ, en vue de les confronter à une réalité de terrain et de les confirmer ou les infirmer à travers l'analyse d'une enquête effectuée in situ.

2 CADRE CONCEPTUEL

*"Il est très difficile de savoir que faire,
quand on a pas de temps pour penser".*

W. R. Bion

2.1 Percevoir les changements

2.1.1 L'hôpital à travers le prisme du temps

Le parangonnage (ou benchmarking en anglais) a-t-il permis de repenser efficacement le modèle de l'hôpital en tant qu'hôpital entreprise ? Tel pourrait être le questionnement de départ au regard de l'évolution des réformes structurelles du monde de la santé. En effet, depuis les années 1980, l'organisation des établissements de santé a été remaniée en profondeur : d'abord concernant les soins apportés aux patients, puis les modes de financement à travers notamment les modes d'évaluation de l'activité des professionnels. En s'appuyant sur le modèle anglo-saxon du New Public Management (Nouveau Management Public), les gouvernements successifs ont réfléchi à la mise en œuvre de ce système de pensée visant à transposer dans les services publics les fondamentaux des organisations privées, en recherchant au final un principe d'efficience. Dès lors commence à se mettre en place la diffusion d'une culture médico-économique visant notamment l'appropriation des outils de pilotage par les différents acteurs des soins.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière³ peut être perçue comme la première à poser les jalons d'une nouvelle réflexion orientée à la fois vers les droits du malade, la régionalisation de la planification (par la mise en place du SROS), la coopération public-privé et l'évaluation⁴. A compter de cette date, les textes législatifs vont se succéder à un rythme soutenu, amenant chacun une pierre à l'édifice de l'organisation du système de santé.

³ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

⁴ Création de l'ANDEM agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, ancêtre de la Haute Autorité de Santé

Les Ordonnances de 1996⁵ dites Ordonnances Juppé apporteront entre autre la création des Agences Régionales Hospitalières, le vote par le Parlement du budget de la Sécurité Sociale (Loi de Financement de la Sécurité Sociale, visant à maîtriser les dépenses sociales et de santé) et insisteront sur le contrôle qualité obligatoire (création du livret d'accueil obligatoire et de l'ANAES). La loi du 4 mars 2002⁶ dite loi Kouchner deviendra la loi référence en termes de droit des malades. L'ordonnance de mai 2005⁷ quant à elle sera véritablement symbolique de la Nouvelle Gouvernance avec la mise en œuvre de la T2A, basée sur le PMSI. Enfin, la Loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009⁸ confirmera ces procédés et confortera l'importance de la régionalisation à travers la création des Agences Régionales de Santé.

Afin de préciser et clarifier l'enjeu économique du financement des hôpitaux, il m'apparaît nécessaire de revenir sur quelques données chiffrées. Notre système de santé fondé sur une approche solidaire est largement socialisé, la Sécurité Sociale remboursant à hauteur de 75% les dépenses de santé. Concernant la consommation de soins et de biens médicaux⁹ (regroupant tous les champs de dépenses pour la maladie) la part des soins hospitaliers représente 45%, avec une très faible part du reste à charge pour les individus. Face à ce mode de financement basé sur les cotisations salariales et patronales, il apparaît un contexte social très difficile (un chômage en hausse tendant à faire baisser les cotisations). Force est de constater que les sources de revenus de la Sécurité Sociale s'amenuisent. Il faut donc repenser la gestion économique de l'hôpital tout en maintenant l'essence même de la fonction de cette structure, à savoir le soin, l'accueil et la prise en charge des malades.

⁵ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁷ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁹ <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DepensesSante/ConsoMedicaleTotale.htm>

Ce bref rappel historico-juridique permet de mettre en évidence l'avancée pas à pas des évolutions et surtout de prendre conscience que deux aspects essentiels transparaissent dans le cadre législatif : à la fois la place de la qualité des soins et de l'évaluation, mais également la nécessité sociétale de maîtrise des coûts et des dépenses. Cette mutation de la structure des organisations se ressent à chaque niveau des acteurs du monde des soins ; elle transforme véritablement le cadre de l'exercice professionnel, altérant ou enrichissant la valeur travail.

2.1.2 Le concept de Qualité à l'hôpital

Si l'on souhaite réfléchir sur les évolutions des pratiques professionnelles, il convient d'aborder la notion contemporaine de Qualité. Quels sont les fondements de cette démarche et comment s'est-elle mise en place à l'hôpital ?

Il m'apparaît important de signifier que les premiers domaines d'application de la démarche qualité se sont constitués dans le monde industriel. Le taylorisme, mouvement précurseur de l'organisation scientifique du travail, a mis en évidence avec la production de masse, l'intérêt d'un contrôle des tâches pour augmenter l'efficacité voire l'efficience des chaînes de production. Ce développement du contrôle a profondément influencé la culture des organisations et de multiples approches complémentaires se sont succédées au fil du temps. C'est dans les années 1980 que la gestion de la Qualité se généralise en Europe pour notamment faire face aux prémices de la mondialisation. Ce concept s'est progressivement enrichi et s'est orienté au fur et à mesure vers un système davantage préventif que correctif.

Comment s'est déroulée la transposition de ce modèle dans le monde de la santé ? Pour faire face aux évolutions de la santé en termes de progrès thérapeutique, social et culturel, la Qualité est apparue comme un concept capable de répondre à ces nouvelles attentes et exigences tant des professionnels que des usagers. Face à un financement public de ses activités,

l'hôpital doit rendre un service de qualité au meilleur coût¹⁰. Il s'agit alors pour les établissements de respecter des normes en vigueur liées aux matériels utilisés, aux processus de soins ainsi qu'aux qualifications requises pour les personnels. La loi pose d'ailleurs un cadre précis notamment avec la loi HPST qui stipule que « *les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités*¹¹ ». Il est possible de recenser plusieurs définition de la Qualité, mais la plus largement employée est celle de l'Institut de Médecine des Etats-Unis (IOM) qui précise que la qualité est « *la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment*¹² ». Le principe général est de viser le zéro défaut, toutefois la médecine demeure une science encore aléatoire et il apparaît alors plus adapté de parler de gestion des risques.

La démarche qualité est une approche méthodique, faisant appel à des outils précis permettant notamment d'effectuer une mesure objective des situations, d'élaborer une analyse spécifique et de définir des objectifs précis. Il s'agit d'un processus dynamique, continu, formalisé et pragmatique supervisée par la HAS (historiquement la dénomination était ANAES). Cet organisme indépendant et de référence émet des recommandations de bonnes pratiques et évalue les établissements en termes de Qualité et de sécurité des soins. Depuis 1996, les différents établissements de santé publics ou privés doivent s'engager dans une démarche de certification (sous l'égide initialement de l'ANAES). Actuellement, il s'agit de la version V2014. Celle-ci s'oriente tant vers le management de l'établissement que vers la prise en charge des patients, avec comme support des indicateurs nationaux généralisés par le ministère chargé de la Santé (tableau de bord des IN) et la HAS (IPAQSS), dont le recueil est obligatoire en France¹³.

¹⁰<http://www.hopital.fr/Hopitaux/Nos-missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-missions-de-l-hopital/La-qualite>

¹¹ Article L6111-2 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1 (V)

¹² <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>

¹³ Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Manuel de certification des établissements de santé V2010, janvier 2014

« *L'ambition d'améliorer la Qualité en santé est apparue comme un élément fédérateur autour duquel, depuis une quinzaine d'années, patients, et pouvoirs publics semblent se retrouver*¹⁴ ». L'approche de la Qualité s'avère donc être multidimensionnelle. Elle n'est pas sans générer des craintes voire des résistances. Elle bouleverse les pratiques soignantes, car qui dit contrôle Qualité dit évaluation. Il est donc nécessaire pour les établissements d'avoir des supports de suivi pour rendre visible et lisible le travail effectué. Ces tâches administratives rendues obligatoires viennent alors s'ajouter à une charge de travail préexistante. Dans un contexte professionnel où la question de la maîtrise des dépenses est au premier plan, il paraît délicat d'augmenter la charge de travail à des soignants exerçant déjà à flux tendu. De plus, « *La Qualité désigne des valeurs sociales, et c'est pour cela qu'elle entraîne des désaccords.* »¹⁵ Les perceptions des divers corps professionnels au sein du monde hospitalier diffèrent autour de cette notion. Ces décalages de représentations (que je vais aborder par la suite) peuvent alors être source d'incompréhension, si ce n'est de conflit.

2.1.3 Les soignants face à leur travail

Où en sont justement les soignants dans leur relation au travail ? Différentes études s'intéressent au ressenti des professionnels (de la santé ou d'ailleurs) sur leur environnement et leurs conditions d'exercice. Je souhaite m'arrêter sur deux d'entre elles : d'une part l'étude de l'institut VIAVOICE intitulée « *les palmarès du bonheur professionnel*¹⁶ », et d'autre part l'étude Presst Next menée en France par le Dr. Estryn-Béhar.

L'étude VIAVOICE annonce en premier lieu que la majorité des français sont heureux dans leur vie professionnelle. Concernant les soignants, elle chiffre même à 81% le nombre d'infirmiers, aides-soignants, ou kinésithérapeutes à se sentir « *heureux* » dans leur travail. Mais comme pour chaque étude, il importe de regarder plus en détail et de tenter d'analyser les

¹⁴http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_college_has_horizons.pdf

¹⁵ MISPELBLOM-BEYER Frédéric, *Au-delà de la qualité, démarches qualité conditions de travail et politiques du bonheur*, Paris, Syros, 1999

¹⁶ « *Les Palmarès du bonheur professionnel* », Institut Viavoice- le Nouvel Observateur, publiée le 25 octobre 2013

données. Où se situe l'origine de cette satisfaction ? Il s'agit là de l'intérêt porté par les salariés à leur métier, le terme de *passion* va même jusqu'à être évoqué. L'importance de l'utilité pour la société est également un point essentiel, ainsi que le travail en équipe et la place du collectif. Mais après cette vision globalement très positive, des éléments atténuent cet enthousiasme apparent. Les conditions de travail, la pénibilité ainsi que la non-reconnaissance par leur hiérarchie sont autant de thèmes récurrents, manifestation d'une insatisfaction. A ce propos, un article paru le 21 octobre 2013¹⁷ se questionne de savoir si « *l'hôpital rend les soignants malades* ». La problématique des risques psycho-sociaux y est abordée, en insistant sur le retentissement politique de cette problématique. La prévention devient un enjeu majeur, à tel point que la commission européenne impose à la France de faire respecter le temps de travail au sein des hôpitaux. Il convient également de préciser la relation toute particulière que peuvent avoir les français avec le travail. Si l'on se réfère à l'un des ouvrages d'Yves Clot¹⁸, il y est fait mention d'un sondage où l'on interroge les Européens sur ce que leur évoque pour eux le travail. Et face à 40% des anglais qui y voient surtout de la « *routine* », les Français quant à eux « *préfèrent les notions d'accomplissement ou de fierté.* »

La dimension des conditions de travail est donc, comme je viens de le signaler, un enjeu supra national. Et c'est dans ce cadre qu'a eu lieu l'étude Presst-Next : « *Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail* ». Afin de mieux comprendre les raisons qui poussent les paramédicaux à quitter prématurément leur profession (Next : Nurses Early Exit Study : étude de départ prématuré des infirmiers), une étude scientifique a été menée au sein de 10 pays européens, dont la France, sur une période allant de 2002 à 2006. Le Dr. Estryn-Béhar, médecin du travail et docteur en ergonomie, a dirigé ce travail et regroupé au sein d'un ouvrage¹⁹ les principaux résultats. Il en ressort que les conditions de travail sont la raison majeure de l'envie d'abandonner. La fierté du métier demeure au premier plan mais parallèlement à cela, les soignants mettent en évidence une forme de

¹⁷<http://pourquoi-docteur.nouvelobs.com/L-hopital-rend-les-soignants-malades-4035.html>

¹⁸ CLOT Yves, Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux, Paris, La Découverte, 2010

¹⁹ ESTRYN-BEHAR Madeleine, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Presse de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008

frustration liée à un travail non suivi, fragmenté, notamment du fait d'une traçabilité de plus en plus présente et d'une hausse de la charge administrative. Un autre élément est également repris de manière forte : l'importance de la place du collectif. Mais cette fois, l'approche se fait plutôt sur le mode du manque car les soignants pointent du doigt la perte des liens interprofessionnels. La baisse des effectifs et le turn over important peuvent faire percevoir la notion d'équipe comme une entité plus volatile, moins forte et structurelle qu'elle ne devrait l'être.

Au final, nous ne pouvons donc que constater une forme de mal être chez les professionnels de santé. La remise en cause des conditions de travail et des organisations vient heurter un sentiment pourtant très fort d'appartenance et de fierté d'un métier perçu comme si riche et profitable tant pour l'individu que pour la société. Cette vision globale mérite cependant encore d'être affinée par spécialités. Chaque environnement de travail présente ses spécificités et ses valeurs propres.

2.1.4 La psychiatrie, un environnement à part

Je souhaiterais maintenant regarder le monde de la santé à travers le prisme de la psychiatrie. La psychiatrie est un champ à part de la médecine, tant par la population accueillie que par les soins qui y sont prodigués. La base même de l'exercice soignant réside dans l'utilisation de la communication comme vecteur de soin, auprès de patients eux-mêmes malades de la communication, au sens où la société la perçoit. A partir de là, il est aisé de comprendre l'importance et la nécessité de l'axe relationnel dans la pratique thérapeutique. La temporalité est également fondamentale à percevoir, tant l'attachement du patient au monde qui l'entoure impose aux soignants qui le prennent en charge de faire preuve d'adaptabilité, de patience et d'humilité. La psychiatrie se caractérise donc par une prise en charge individualisée, fondée sur la « *singularité de l'humain* »²⁰. : percevoir l'autre comme un être unique, avec ses particularités et son histoire. La clinique est essentielle aux pratiques professionnelles, elle est le pivot des valeurs soignantes.

²⁰ HESBEEN Walter, Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin, Elsevier Masson, 2011

En reprenant la construction initiale de mon propos, je peux conforter mon ressenti par le statut spécifique que fait la loi à la psychiatrie. Tout d'abord, il existe un cadre légal offrant la possibilité d'hospitaliser les patients contre leur volonté lorsque leur état de santé le nécessite²¹. Ensuite, concernant la mise en œuvre de la T2A, la psychiatrie se trouve hors de ce cadre d'application, et des groupes de travail réfléchissent à adapter le mode de gestion spécifique actuel qu'est la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie²². Enfin, la certification des établissements de santé mise en œuvre par la Haute Autorité de Santé, qui est identique pour toutes les institutions, a fait apparaître dans son manuel, au fil du temps, certains items en prenant appui notamment sur des thèmes chers à la psychiatrie : la bientraitance et l'éthique. Il est évident que ces thèmes sont applicables pour tous ceux qui exercent dans le monde du soin, mais je dirais d'autant plus que ces valeurs sont comme un leitmotiv en santé mentale. Comme le précise Christian Müller, président de la conférence des présidents de Commissions Médicales d'Etablissement de Centres Hospitaliers Spécialisés en psychiatrie, sur le site de la HAS²³, la certification est encore peu adaptée à la psychiatrie même si une évolution positive est en cours : « *Il s'agit de mieux cerner la notion de gestion des risques spécifiques à la psychiatrie, ce qui sera un gage d'une meilleure appropriation de la démarche par les équipes de soins. Aujourd'hui encore, certains critères restent peu adaptés à la psychiatrie.* »

D'ailleurs, cette spécialité est un tel enjeu de Santé Publique que les acteurs du système politique français ont décidé avec accord et conciliation des professionnels de terrain, d'élaborer le premier plan public de santé faisant suite à la loi HPST : le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015.

Ce plan « *s'inscrit dans le cadre du Pacte Européen qui reconnaît notamment que la santé mentale est un droit de l'Homme.* »²⁴ Le plan décline 4 axes stratégiques²⁵ :

²¹ Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

²²<http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20120203-colloque-fhf-sph-changements-tous-azimuts-en-psychiatrie>

²³http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602351/fr/la-certification-en-psychiatrie-contrainte-ou-opportunit%C3%A9

²⁴ Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, Ministère chargé de la Santé Ministère chargé des Solidarités

- 1/ Prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne
- 2/ Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires
- 3/ Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal
- 4/ Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs

Ce plan comporte un pilotage national par la Direction Générale des Soins, mais l'application se fait au niveau des Agences Régionales de Santé. Une conférence annuelle permet une évaluation régulière, en attente du rapport final prévu pour 2016. Et dans la lignée de cet axe législatif, un collectif de signataires ainsi que l'intersyndicale de Défense de la Psychiatrie Publique ont publié un document²⁶ visant à mettre en exergue l'état des lieux de la psychiatrie actuelle et d'être force de propositions, afin d'en distinguer toute l'exception face au système classique de la santé, le MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

Il faut donc bien comprendre que la psychiatrie ne peut se détacher de sa culture, de son histoire, fondée notamment sur des pratiques soignantes empreintes de notions de temporalité, d'écriture soignante, de transmissions des savoirs et des connaissances. Et il peut alors apparaître complexe d'articuler cette vision avec une approche plus administrative et gestionnaire, mais par ailleurs si pragmatique et nécessaire. Je me propose maintenant de réduire l'angle d'analyse en m'orientant vers une vision micro des interrelations au sein de l'environnement soignant.

2.2 Les acteurs dans leur environnement

2.2.1 L'hôpital en tant que configuration organisationnelle

Pour définir une problématique, il est nécessaire de s'appuyer sur différents éléments comme le domaine de l'exercice, les acteurs et les enjeux entre chacun.

²⁵ <http://www.sante.gouv.fr/presentation-du-plan-sante-mentale-2011-2015.html>

²⁶ Intersyndicale de Défense de la psychiatrie publique, Le livre Blanc de la psy, version février 2012

Je souhaite dans un premier temps définir l'environnement global dans lequel évoluent les soignants, à savoir l'hôpital. Pour ce faire, je vais m'appuyer sur le cadre conceptuel proposé par Henry Mintzberg²⁷, qui dans son analyse des configurations organisationnelles, décrit l'hôpital comme une bureaucratie professionnelle. Mon objectif à ce stade est de percevoir les liens existants entre les 5 groupes sociaux composant l'organisation, à savoir le centre opérationnel (les employés produisant des biens et des services), le sommet stratégique et la ligne hiérarchique (des hauts dirigeants aux cadres mettant en œuvre les décisions), la technostructure (les analystes qui planifient et organisent le travail) et le groupe de support logistique (les services aidant à la réalisation du travail mais ne concourant pas directement à la production). Schématiquement, l'hôpital peut donc prendre cette représentation :

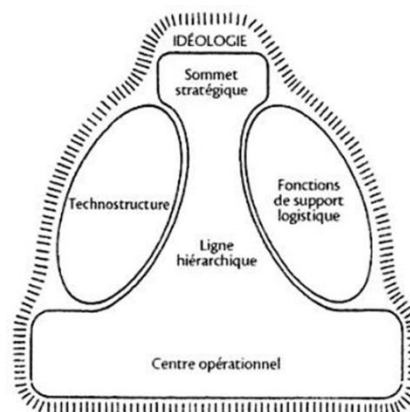


Schéma 1 : structure simple

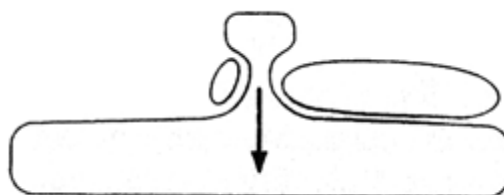


Schéma 2 : bureaucratie professionnelle

Les soignants se positionnent au niveau du centre opérationnel ; ils représentent une part très importante, une sorte de socle sur lequel s'appuie l'organisation. Les cadres de santé se situent au niveau des cadres

²⁷ MINTZBERG Henry, Le management : voyage au centre des organisations, Paris, Organisation, 1998

intermédiaires. L'image parle d'elle-même, il est aisé de percevoir qu'ils sont à l'interface des différents acteurs, sorte de relais de la direction de l'établissement. Henry Mintzberg met en avant l'importance de l'environnement comme facteur de contingence dans cette configuration ; celui-ci est à la fois stable et complexe. Autrement dit, ceux qui font le travail (le centre opérationnel) disposent de suffisamment d'autonomie et de connaissances pour décider comment le faire et mettre en place une forme d'autocontrôle de leurs actes. Il existe une forte décentralisation et une ligne hiérarchique peu développée. Pourtant elle reste nécessaire dans l'application des grandes directives fixées par le sommet. A partir de là, il est plus simple de percevoir les articulations entre chaque participant, ainsi que les enjeux contextuels. Je vais étayer mon propos grâce notamment aux apports de la sociologie des organisations.

2.2.2 Le cadre, ce « marginal sécant »

Une fois mieux perçue la structure de l'organisation et les différents acteurs, je souhaite faire ressortir plus particulièrement la fonction de cadre de santé. Comme je viens de le définir, il se trouve littéralement à l'interface des logiques s'exerçant au sein de la structure. Josette Hart et Alex Mucchielli²⁸ l'énoncent de la manière suivante : « *Trois grandes cultures dominent les débats internes et organisent les conflits internes latents : la logique médicale, la logique administrative et la logique soignante* ». Ce qui paraîtrait comme une position quasi schizophrénique à première vue, peut devenir un atout et il importe de se référer à l'ouvrage de Messieurs Crozier et Friedberg²⁹ pour en comprendre le sens.

Ces sociologues ont démontré que pour régler les tensions et les problèmes entre individus au sein des organisations, des systèmes d'alliance et de groupe se créent naturellement. Il s'agit là du système d'action concret. L'objectif de chacun à son niveau est de réduire son incertitude, tout en augmentant autant que possible sa marge de liberté et d'autonomie. Cela signifie donc avoir du pouvoir sur autrui, aussi minime soit-il. Les auteurs ont défini le pouvoir à travers son caractère relationnel ; en effet il n'est pas

²⁸ HART Josette et MUCCHIELLI Alex, *Soigner l'hôpital*, édition Lamarre, 1994, p63

²⁹ CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, *L'acteur et le système*, Paris, Le Seuil, 1977, (Sociologie politique)

l'apanage des acteurs mais bien le fait d'une relation entre individus (ou groupes). Il est indubitablement lié à la négociation entre les parties.

Il est possible de repérer quatre sources au pouvoir. Tout d'abord, il y a la notion d'expertise : celui qui est capable de résoudre des problèmes cruciaux peut se montrer véritablement nécessaire voire indispensable à l'institution. Puis vient l'utilisation des règles organisationnelles, en effet bien les connaître permet à l'individu de bien les utiliser voire de bien les éviter (l'existence des règles génère des zones d'incertitude). Ensuite, la communication peut être perçue comme un levier majeur dans l'obtention d'un pouvoir : un sujet ayant construit un réseau professionnel autour de lui apparaît comme essentiel en termes de valeur stratégique. Enfin, parlons de la maîtrise des relations avec l'environnement : il s'agit du pouvoir dit du « *marginal sécant* ». Je souhaite insister sur ce dernier point afin de l'appropriier au cadre de santé. En plus d'être au fait des règles organisationnelles et de faire preuve de communication dans son exercice quotidien, le cadre est clairement l'interlocuteur privilégié de plusieurs environnements différents, de multiples systèmes avec leurs valeurs propres. Il est donc apte à mettre en œuvre un langage commun, tantôt observateur actif, tantôt diffuseur de l'information. Le cadre se retrouve donc à tenter de résoudre la quadrature du cercle : mettre en lien les médecins, les soignants, l'administration et les patients et leur famille. Quel challenge !

A quelles difficultés doit alors faire face le cadre « *marginal sécant* », en tant que transmetteur d'informations à la fois du haut vers le bas et du bas vers le haut ? Ou comme le dirait Paule Bourret³⁰, établir ce « *travail d'articulation et de lien invisible* » avec l'équipe soignante dont il assure l'encadrement. Afin de mieux comprendre les échanges entre chacun, il convient de réfléchir et définir ce qu'est une équipe, à travers ses fonctionnements et ses caractéristiques.

³⁰ BOURRET Paule, Que font les cadres de santé ?, *Santé Mentale*, Décembre 2010, n°153, p34-p41

2.2.3 L'équipe soignante

Dans cette première partie, j'ai mis en avant essentiellement le positionnement du cadre de santé dans les interactions entre les différents acteurs de l'organisation. Mais il m'apparaît impossible de ne pas définir en quelques mots ce second acteur essentiel à savoir l'équipe soignante. En effet, mon questionnement repose sur les échanges entre celle-ci et son encadrement direct. Comment s'exercent-ils et comment se vivent-ils ? Le cadre draine les informations mais reste en attente d'un feed back afin, à son tour, de faire remonter les vécus et ressentis des soignants de terrain. Il convient de se questionner plus en profondeur sur la notion d'équipe, d'un point de vue à la fois étymologique mais également psycho-social.

Le vocable « *équipe* »³¹ remonte à l'année 1456, désignant à l'époque un équipage de bateau. Il a évolué progressivement au fil du temps pour englober les pratiquants d'un même sport, avant de signifier en 1864 « un groupe de personnes unies dans une tâche commune ». Ce retour aux origines maritimes met en avant que dès le départ, il s'agissait d'un ensemble pluridisciplinaire d'individus, ayant chacun une spécificité mais œuvrant pour un même objectif. Pour filer la métaphore, je reprendrais un extrait du livre de Messieurs Albert et Emery³², où le cadre de santé est perçu comme un pilote de bateau. Il se trouve là pour coordonner les actions de chacun, veiller à la bonne trajectoire en se tenant au gouvernail. Sa position stratégique à la poupe lui confère une vision globale des actions de chacun. A contrario d'une locomotive où il ne ferait que tracter derrière lui, le cadre à ce niveau laisse une marge d'autonomie aux intervenants tout en contrôlant et en donnant les grandes directives.

Maintenant, je souhaite m'appuyer sur un auteur français M. Roger Mucchielli³³, psychosociologue et neuropsychiatre français, pour enrichir l'analyse des caractéristiques d'une équipe. En plus de la notion d'être en groupe, l'appartenance à un collectif fait poindre selon l'auteur une volonté de

³¹ <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/equipe>

³² ALBERT Eric et EMERY Jean-Luc, *Le manager est un psy*, Editions d'Organisation, 1998

³³ MUCCHIELLI Roger, *Le travail en équipe*, ESF Edition, Paris, 1996

travailler ensemble, de viser au succès de l'équipe. Pour reprendre une théorie économique, il est possible de parler d'effet de synergie : $1+1=3$. Cela signifie que les capacités et compétences de chacun se retrouvent alors potentialisées par le collectif. L'individu peut se reconnaître dans le groupe notamment à travers les valeurs que celui-ci véhicule. D'ailleurs, l'auteur l'évoque en ces termes « *Dans la mesure où comme le disait Durkheim, « les valeurs morales sont des valeurs sociales », il n'est pas étonnant de constater que l'appartenance à une équipe devient rapidement une éthique* ». Au-delà des conditions nécessaires pour permettre un fonctionnement correct de l'équipe (une communication libre, une répartition des tâches et une entraide le cas échéant), deux éléments complémentaires se dégagent : l'individu avec ses particularités, et l'équipe dans son homogénéité. Voyons maintenant les valeurs à proprement parler, en tant que vecteur de cohésion du groupe. Est-il possible de les définir plus clairement ? En quoi constituent-elles un socle commun d'appartenance au groupe ?

2.3 Les valeurs, facteur d'identité professionnelle

Dans un article paru dans la revue électronique Ethique publique³⁴, Diane Girard distingue deux types de valeurs : les valeurs identitaires et les valeurs idéales. Elle effectue ainsi un distinguo entre celles qui « *s'intègrent à notre identité, notre image de soi* », celles à travers lesquelles on perçoit les situations, et celles définies par Legault en éthique appliquée : les valeurs idéales. Elles seraient alors « *la raison d'agir dans une situation particulière en vertu d'un certain idéal de pratique ou du sens qu'on veut donner à une action, donc la fin visée par l'action*. » C'est à partir de ce deuxième concept que je souhaite aborder les valeurs professionnelles soignantes.

Les valeurs professionnelles apparaîtraient donc comme un outil d'aide au développement d'une éthique, permettant aux individus de pouvoir donner du sens à leur pratique, de donner corps à leur *praxis* au sens aristotélicien du terme. Dans son œuvre³⁵, le philosophe différencie en effet la *praxis* de la *poiésis*. La *poiésis* correspond au travail en tant que pure production de

³⁴ <http://ethiquepublique.revues.org/119> ; DOI : 10.4000/ethiquepublique.11

³⁵ ARISTOTE et TRICOT Jules, Ethique à Nicomaque, Biblio textes philosophiques, 1994

services ou de biens. La finalité de la production est dissociable de son producteur, l'action est dépréciée par rapport à son but. A contrario, dans la *praxis*, le but de l'action est interne à l'action et donc à celui qui agit. « *Le fait de bien agir est le but même de l'action* ». Il s'agit là de percevoir que la répétition des actions permet à l'individu de se les approprier, de les rendre plus spontanées, plus naturelles. L'infirmière à force de répéter des gestes techniques comme les injections par exemple, va finir par les réaliser de manière aisée et donc va développer une nouvelle compétence. Ainsi, elle va dans le même temps se transformer personnellement à travers l'action et tendre vers une forme d'accomplissement de soi. Nous ne pouvons donc pas limiter le travail à une tâche pénible, exécutée de manière purement machinale puisque chaque activité nécessite une forme d'apprentissage aussi minime soit-il, et donc une forme de *praxis*.

Michel Vial³⁶ va plus loin dans la réflexion en identifiant ces valeurs, qu'il définit d'ailleurs comme les « *qualités attendues du professionnel* ». Il en perçoit cinq, toutes reliées à des registres de pensées. Il y a tout d'abord « *le respect de soi et de l'autre* » qu'il met en lien avec la pensée humaniste : positionner l'humain au cœur des préoccupations et de ce qui est important. « *L'efficacité et le dynamisme* » aborde la notion d'amélioration du professionnel qui tend à se perfectionner au fil du temps ; il s'agit là d'une pensée par objectifs, définie par une rationalisation et une recherche de la finalité basée notamment sur la planification des actions. « *L'autonomie et la motivation* », c'est-à-dire la marge de manœuvre que le sujet peut avoir pour faire « *par soi-même* », est en relation avec la pensée dite stratégique. Directement en lien avec le management, elle tend à rendre l'individu acteur afin qu'il gère de manière plus efficace sa « *zone d'incertitude*³⁷ ». Ensuite « *la qualité (sécurité) et le bien être* » se définissent par une recherche du zéro défaut, autant que cela soit possible en exerçant auprès de l'humain. Elle se rapproche de la pensée magique ou archaïque, qui peut permettre de se rassurer, de se conforter dans ses pratiques. Enfin, il y a « *le changement permanent et la plasticité du sujet* ». Cela concerne la capacité de remise en

³⁶ VIAL Michel, Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser, *Soins Cadres*, Février 2005, n°53, p27-p30

³⁷ CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, L'acteur et le système, Paris, Le Seuil, 1977, (Sociologie politique)

question, d'adaptabilité : se montrer curieux et dans un questionnement constant. Cette valeur rejoint la pensée pragmatique ou pensée par projets, qui démontre la pluralité de l'individu. Une évolution permanente est nécessaire tant dans les pratiques quotidiennes que dans les connaissances théoriques.

Une fois repéré, comment mettre à profit ce décryptage des différentes valeurs ? L'auteur explique qu'elles se hiérarchisent différemment selon cette grille de lecture en fonction des situations rencontrées. Elles ne présentent pas une réponse en tant que telle mais elles permettent de réfléchir au bien-fondé d'une action face à une situation. Ce processus de remise en question et donc de professionnalisation est permanent, tout le long du cursus soignant. Chacun à son niveau met des priorités face à ce qui le touche plus particulièrement, en son for intérieur. Dans un groupe, chacun s'adaptera à son vécu et son ressenti à travers son histoire, mais sans totalement se détacher de la vision collective.

Ainsi, nous pouvons percevoir que le groupe existe à la fois comme un ensemble d'individus, mais qu'il est plus que ça. Il est porteur d'un certain nombre d'éléments qui lui forgent une identité, une culture. Renaud Sainsaulieu fonde les identités collectives sur le fait que « *les individus ont en commun une même logique d'acteurs*³⁸ », l'identité étant ce par quoi un individu se définit socialement. Il s'agit alors pour le sujet de réussir à répondre à ce que la psychologie sociale appelle la pression à la conformité : s'intégrer dans le groupe, en s'appropriant ses valeurs à la fois implicites et explicites. Les valeurs implicites sont toutes celles qui restent tacites mais qui fondent le socle commun du groupe, comme l'humanisme pour les professions soignantes. Elles ne sont pas clairement lisibles, mais restent ancrées dans le marbre, comme essentielles à la pratique de l'exercice. Le sujet va débiter son expérience de groupe en arrivant avec ses représentations et ses valeurs. Il va par la suite continuer à les développer mais en s'appuyant sur celles du collectif, au risque dans le cas contraire de se trouver frappé d'ostracisme. A contrario, les valeurs explicites sont accessibles beaucoup plus aisément. Elles

³⁸ BERNOUX Philippe, La sociologie des organisations, Paris, Edition du Seuil, 2009 (collection Points)

sont en général reconnues notamment par le système juridique à travers un code de déontologie. Concernant la profession infirmière, une des difficultés est que ce code n'en est encore qu'à ses prémices. Bien qu'étant rédigé par l'Ordre National Infirmier depuis mars 2010³⁹, il n'est à ce jour pas encore reconnu par le pouvoir réglementaire. Accessible en ligne, il demeure à l'état de projet et ne présente donc pas la même portée que celui des médecins par exemple. Par conséquent, les valeurs de la profession soignante demeurent encore prioritairement véhiculées par la pratique, l'expérience et l'adhésion au groupe.

Mais que se passe-t-il alors quand les valeurs du groupe rentrent en confrontation avec des valeurs différentes, imposées de l'extérieur ? Quels mécanismes de régulation entre en jeu ? Lorsque les valeurs humanistes soignantes rencontrent les valeurs gestionnaires de Qualité, il apparaît légitime de se questionner sur les incidences potentielles pour les acteurs. Cette opposition d'idéologie ne peut être sans effet pour les soignants.

2.4 Les manifestations de cette dysharmonie

2.4.1 La double contrainte du soignant

Afin de clarifier ce questionnement, je voudrais appuyer ma réflexion sur une notion issue de la psychologie sociale : la double contrainte. Est-il possible de la transposer dans le monde de la santé ?

Mise en évidence en 1956 par Grégory Bateson (psychologue américain) dans le cadre de la psychopathologie, la situation de double contrainte entre en application lorsqu'un individu est confronté à deux ordres opposés. Ainsi le sujet se retrouve face à l'impossibilité de sortir de la situation, de désobéir voire juste de commenter le caractère absurde de celle-ci. D'autres auteurs comme M. Paul Watzlawick illustrent ce principe de manière très claire à travers deux exemples : un panneau routier ayant comme inscription « *ignorez ce panneau* » ou bien le fameux « *soyez spontané* » (y répondre activement serait alors le parfait contraire...).

³⁹ <http://www.ordre-infirmiers.fr/code-de-deontologie/le-code.html>

Christophe Peiffer dans un article⁴⁰ publié sur le site infirmier.com montre en quoi ce concept s'applique particulièrement aux équipes soignantes, en s'appuyant sur l'exemple d'une infirmière. Il met en confrontation d'une part les valeurs professionnelles soignantes, basées sur le prendre soin, la dimension holistique de la profession, et d'autre part les demandes et enjeux de l'institution hospitalière. Se pose alors la question de comment réussir à allier une approche relationnelle fondée sur la disponibilité, à une dynamique de réduction des coûts et d'exigence qualité ? Autrement dit, parvenir à associer diminution de personnel et de moyens et présence soignante auprès du malade. Dans un article paru dans la revue *Adsp*⁴¹, le Dr. Estryn-Behar en arrive aux mêmes conclusions, en mettant en évidence d'un côté les interruptions permanentes dans l'exercice infirmier ainsi que les très nombreux actes techniques à effectuer et de l'autre le souhait des personnels d'une prise en charge personnalisée, au-delà des normes et référentiels généralisés.

Le soignant se retrouve par conséquent dans une posture inextricable, ne pouvant évidemment s'opposer activement. En effet, son éthique ainsi que ses obligations légales l'engagent à assurer la continuité des soins. Il est important au-delà du simple constat de mettre en évidence les conséquences directes subies par les soignants. Pression, stress, mal-être voire burn out font partis de ces symptômes généralement regroupés sous le terme de « *risques psycho sociaux* ». Mais ne nous méprenons pas, chaque mot à son importance et celui de « *risque* » trouve une justification précise. Dans une interview donnée sur le site novethic.fr, Vincent de Gaulejac⁴² (sociologue, professeur de sociologie à l'UFR de Sciences Sociales de l'Université Paris-Diderot) effectue une distinction entre la notion de *violence* qui met en avant selon lui la responsabilité directe des organisations, à celle de *risque* qui peut apparaître plus neutre. Parler ainsi revient selon l'auteur à s'intéresser au problème sans pour autant s'attaquer aux origines, voire même de « *nier les sources du*

⁴⁰<http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/la-double-contrainte-de-infirmiere.html>

⁴¹ ESTRYN-BEHAR Madeleine, interface entre les normes et les référentiels, et l'activité de travail réelle des soignants, *Revue Adsp*, Juin 2001, n°35, p71-p73

⁴² http://www.novethic.fr/novethic/entreprises/ressources_humaines/conditions_de_travail/des_salaries_seuls_face_injonctions_paradoxaes/133490.jsp

malaise ». Le risque n'existe qu'en termes de probabilité de préjudice en cas d'exposition à un risque.

Il apparaît donc extrêmement difficile pour les soignants de s'y retrouver dans les demandes institutionnelles. Mais la place du cadre n'est pas non plus aisée. Il est en première ligne pour recevoir les doléances des soignants en position d'incompréhension et parallèlement il se trouve dans une obligation hiérarchique d'application des exigences administratives. Comment peut-il alors s'y retrouver, étant d'ailleurs lui-même issu de la filière soignante et donc en possession des valeurs élémentaires du métier ?

2.4.2 Le cadre face à ses dissonances cognitives

De la sorte, nous pouvons constater que le cadre de santé peut dans certaines circonstances, se retrouver à agir en désaccord avec ses croyances. Il se retrouve donc dans un état d'inconfort, de tension psychologique appelé dissonance.

Léon Festinger, psychosociologue américain, a développé il y a plus de 50 ans une théorie dite de la dissonance cognitive⁴³. Pour se faire, il s'est appuyé sur la notion de cognition qu'il a définie de la manière suivante : « *tout élément de connaissance, opinion ou croyance sur l'environnement, sur soi-même ou sur son propre comportement* » (Festinger, 1957, p9). Ainsi spécifiées, les cognitions peuvent interférer entre elles ; soit sous la forme de la dissonance (elles ne s'accordent guère), de la consonance (elles vont bien ensemble) ou neutre (pas de lien entre elles). Dans notre cas, nous percevons bien qu'il y a conflit entre des valeurs et des comportements ou des propos. Comment l'individu peut-il alors faire face à cet état de gêne ? L'auteur a mis en évidence la réalisation possible d'un travail de réduction de la dissonance afin de retrouver une forme d'équilibre. Trois principaux modes de réductions peuvent entrer en jeu :

- La trivialisation : il s'agit du fait de dévaloriser ses actes « *finalement ce n'est pas si important ce que j'ai fait...* ».

⁴³ <http://RePS.psychologie-sociale.org>

- Le support social : l'individu concerné va s'entourer de personnes présentant comme lui ce type de dissonance.
- La rationalisation consonante : le sujet ajoute des éléments consonants à son propos, ou des éléments dissonants sur l'autre choix possible, modifiant ainsi la réalité psychique (plus malléable que la réalité physique). Ce mode peut être soit sur un mode cognitif, soit comportemental (ajouter un second comportement pour conforter le premier). Exemple : achat d'une voiture après avoir hésité longtemps entre deux modèles. « *J'ai eu raison, cette voiture a en plus un très bon GPS* » ou « *l'autre modèle était de toute façon trop bruyant* ».

Nous pouvons nous rendre compte qu'il existe donc des moyens pour relativiser et rendre plus acceptable pour soi une situation délicate. Il s'agit là de mécanismes que l'on pourrait qualifier de défense, mais qui ne règlent pas la problématique de base. Le cadre de santé ne peut maintenir en permanence une forme d'équilibre précaire, tiraillé entre 2 logiques pouvant paraître si contradictoires. Il risquerait à son tour de mettre à mal sa santé mentale ou physique. Il importe donc de réfléchir autrement, et d'envisager un moyen de résolution peut-être davantage axé sur le collectif: réfléchir en termes d'équipe, au-delà d'une approche purement individuelle.

L'existence de divergences d'opinions entre les représentations soignantes et gestionnaires de ce que représente un soin de qualité, peut alors être source de conflit. Intéressons-nous plus précisément à cette notion : est-elle à considérer comme systématiquement préjudiciable pour le groupe ? Ou bien permet-elle de mener un échange productif entre les acteurs en présence ?

2.5 Réfléchir à la notion de conflit

2.5.1 Comment définir le conflit ?

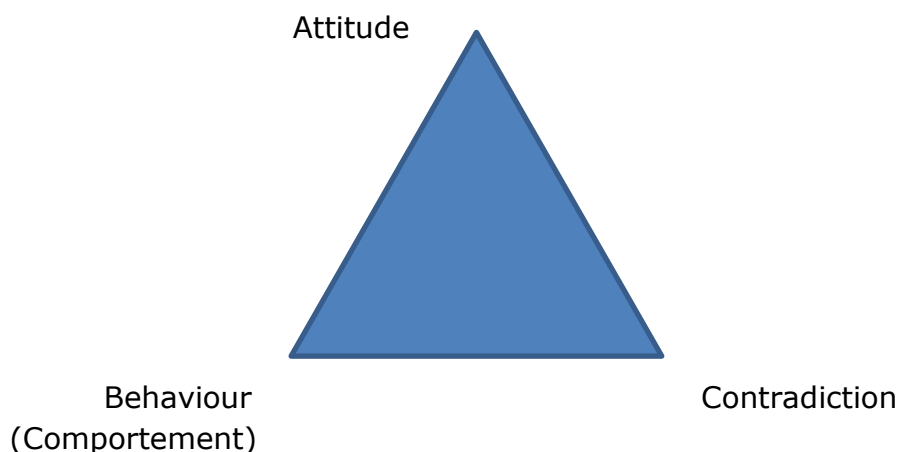
Mais en fait, qu'est réellement un conflit ? Je vais m'appuyer sur la vision de M. Johan Galtung⁴⁴, politologue norvégien, pour définir ce concept.

⁴⁴ GALTUNG Johan, Repenser le conflit : l'approche culturelle, conseil de l'Europe, Strasbourg, 2002

Fondateur de l'irénologie ou science de la paix, cet auteur recherche dans son raisonnement à mettre en œuvre des moyens pacifiques en vue de modifier les conflits.

Tout d'abord, il importe de différencier les notions de conflit et violence. La violence consiste à blesser autrui, tant physiquement que psychologiquement. Elle peut laisser des séquelles, des traces ou bien des traumatismes, du fait du recours à la force. Elle peut être possiblement une conséquence d'un conflit. A l'origine du conflit se trouve l'incompatibilité ou la contradiction entre des objectifs. *« Le conflit est quelque chose d'aussi naturel que l'air que nous respirons : parler de la « prévention des conflits » est un non-sens ; la violence est ce que l'on doit prévenir. »* M. Galtung met également en avant le lien très fort entre le conflit et les émotions, sans pour autant nier l'existence de nombreux processus cognitifs. En confondant violence et conflit, le risque est d'être dans une forme de passivité latente et de n'entrer dans une phase d'action que lorsque de l'agitation voire du désordre ne commencent à poindre.

Le conflit ne se limite pas à une seule et unique notion, mais il repose sur trois points fondamentaux, que représente le triangle ABC du conflit (Johan Galtung, 1969).



Pour tenter de résoudre un conflit il est nécessaire de réfléchir et d'agir sur ces trois piliers, même s'ils n'ont pas forcément la même valeur. L'origine du conflit comme nous l'avons vu est la contradiction et donc le point central de l'action, l'attitude et le comportement pourrait être perçus plutôt comme des ramifications. L'attitude intègre plus ce qui est du domaine à la fois des

émotions et de la cognition, le comportement lui peut aller selon les individus de l'apathie à la violence.

Nous pouvons percevoir que les conflits sont liés aux déséquilibres relationnels entre les individus. Ce modèle présente d'ailleurs plusieurs registres de conflits dont deux vont surtout nous intéresser : le micro niveau qui concerne les conflits intra et interpersonnels, et le méso niveau qui se joue au niveau des groupes au sein de la société. Nous pouvons aller un peu plus loin dans cette réflexion en déterminant la nature du conflit en présence. Comme nous l'avons exploré précédemment, l'incompatibilité de positionnement se situe au niveau des valeurs véhiculées par chaque corps : l'approche qualité ou procédurale versus l'approche humaniste.

2.5.2 Conflit de valeur et risques psychosociaux

Si l'on se réfère à la sociologie de Durkheim⁴⁵, c'est l'intégration de l'individu à une communauté qui permet une action collective. Et lorsque les valeurs préconisées par ce groupe entrent en opposition avec des actions mises en œuvre pour mener à bien d'autres logiques dans une situation donnée, on parle alors de *conflit de valeur*.

Nous percevons bien dans ce cas le déséquilibre relationnel qui caractérise le conflit, entre deux points de vue qui n'arrivent pas à se rencontrer, tout du moins en première intention. En psychologie, Rokeach et Schwartz⁴⁶ ont développé une typologie des situations pouvant générer de tels conflits. Ils distinguent des valeurs dites « *morales ou transcendantes* », s'attachant à la dignité humaine et au bien-être d'autrui, et d'autres catégories de valeurs comme celles dites organisationnelles, axée sur la rentabilité et la gestion. Un conflit de valeur peut être lié à deux valeurs du même registre (compassion versus équité par exemple), mais elles peuvent aussi être de nature différente. Et c'est bien le cas qui nous intéresse, de montrer comment un soignant ou une équipe soignante peuvent se sentir tiraillés entre d'un côté une volonté de prodiguer des soins de qualité à un patient et de l'autre

⁴⁵ BERNOUX Philippe, La sociologie des organisations, Paris, Edition du Seuil, 2009 (collection Points)

⁴⁶ <http://ethiquepublique.revues.org/119> ; DOI : 10.4000/ethiquepublique.11

répondre à des exigences administratives de performance et de traçabilité, aussi légitimes soient-elles.

Pour étayer mon propos je voudrais m'appuyer sur un article de Caroline Cintas sur la pénibilité du travail en hôpital psychiatrique⁴⁷. L'auteure se propose de réfléchir sur la violence en psychiatrie, et plus particulièrement sur les sources de cette violence. Au-delà d'un environnement difficile en lien avec les problématiques des patients pris en charge, elle se questionne sur l'exercice professionnel et sur le sens du travail. C'est en partant de cette démarche qu'elle a mis en évidence différents éléments susceptibles d'interférer avec l'attitude des soignants. Tout d'abord, elle évoque un phénomène de glissement des tâches entre les différentes qualifications de personnel et ce malgré des prérogatives claires de la part des instances décisionnaires. Puis ses différents entretiens lui ont permis de relever à la fois une diminution en personnel et une augmentation des tâches administratives. Ce qui implique en conséquence un réel manque de disponibilité auprès du patient ; plus de temps pour élaborer des ateliers ou des moments privilégiés de la relation de soin. Ces faits questionnent donc en profondeur les valeurs soignantes et la démarche initiale du prendre soin de l'autre. La notion de violence prend alors un autre visage : celui de l'absence d'accompagnement des professionnels face aux mutations de leur environnement de travail. Le cadre de santé se retrouve également dans une situation difficile, soumis aux injonctions paradoxales des exigences administratives et de la réalité de terrain. Caroline Cintas met en évidence l'ambivalence de demander à des personnes de faire plus avec moins, ce que Bourdieu appelle « *la violence symbolique* », représentée par ce nouveau mode de management. L'organisation est remise en question dans ses pratiques et ses fonctionnements, à travers l'existence d'un conflit de valeur autour de la notion de qualité : certification versus relationnel. Pour conclure elle reprend d'ailleurs la définition de la violence selon Wieviorka : « *la véritable dimension de la violence est la manifestation d'une fêlure, voire d'une fracture du sujet, dans les moments où le sens se dérobe, se distord ou s'emballe* ».

⁴⁷ <http://www.pistes.uqam.ca/v11n1/articles/v11n1a2.htm>

François Aballéa⁴⁸ explique dans un article le décalage existant entre les références et normes notamment éthiques existant entre le corps professionnel et l'institution. L'organisation modifiant son cadre conceptuel et l'imposant à la profession, un climat de tension peut se créer et générer un phénomène de « *déprofessionalisation* ». Les conséquences directes sont alors l'épuisement pour les acteurs et l'existence de différents troubles (stress, burn-out...) regroupés sous le terme générique de risques psycho-sociaux. Cette dénomination bénéficie d'une définition consensuelle: il s'agit des « *risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental*⁴⁹ ». A défaut d'une véritable reconnaissance juridique, certains textes réglementaires tendent à poser un cadre législatif autour de ces risques (Code du Travail et accords nationaux⁵⁰) en imposant notamment des conditions de sécurité : « *L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs*⁵¹ ». Comme l'explique Sandra Durand⁵² dans la revue *Soins Cadres*, cette formulation permet dorénavant d'appréhender la qualité de vie au travail davantage sur un versant institutionnel avant de s'orienter vers une approche individuelle des troubles. C'est d'ailleurs ce que propose la psychodynamique du travail en (re)pensant le concept même de travail. Quels apports peut nous amener ce courant de pensée pour comprendre le bienfondé d'une approche organisationnelle ?

⁴⁸ ABALLEA François, « L'anomie professionnelle », Recherche et formation [En ligne], 72 | 2013

⁴⁹ Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Mesurer les facteurs de risques au travail pour les maîtriser, 2011

⁵⁰ Accord national interprofessionnel en matière de stress du 2 juillet 2008 et accord national interprofessionnel sur le harcèlement et la violence au travail du 26 mars 2010

⁵¹ Article L. 4124-2 du Code du travail

⁵² DURAND Sandra, Les risques psychosociaux : de quoi parle-t-on ?, *Soins Cadres*, Février 2014, n°89, p61-p62

2.6 Repenser le travail grâce à la psychodynamique du travail

Tout l'intérêt de s'appuyer sur les éléments de la psychodynamique du travail dans notre réflexion actuelle est entre autre qu'elle trouve sa source, selon Pascale Molinier⁵³, dans les années 1950 dans le courant de la psychiatrie sociale. L'objectif à cette époque est de faire participer les patients à l'amélioration de leur cadre de vie, mais également de responsabiliser les professionnels. Le travail est alors perçu comme un outil de réadaptation des malades mentaux. Selon le psychiatre Louis le Guillant : « *le malade doit certes participer à des groupes, mais à des groupes humains réels auxquels il appartenait et continue d'appartenir* ». Par la suite, la psychothérapie institutionnelle abondera dans le même sens, en précisant notamment par un de ses chefs de file le psychiatre François Tosquelles : « *c'est la réélaboration du travail en question qui détermine la vie concrète et variable des hommes dans leurs espaces d'existence* ».

Depuis les années 1970, Christophe Dejours psychiatre, psychanalyste et médecin du travail reprend le flambeau du lien établi entre santé mentale et travail et se montre l'instigateur du changement : de la psychopathologie du travail vers la psychodynamique du travail.

Une des particularités de ce mode de pensée est l'intégration de la souffrance dans la normalité des individus. Selon ce médecin, celle-ci fait partie intégrante de chacun d'entre nous. Cependant, lorsque le rythme de travail ne cesse d'augmenter, lorsque l'intensification et la complexité de l'exercice se font de plus en plus prégnantes et que les tâches sont perpétuellement interrompues, cela génère un fort coût cognitif et la nécessité de mettre en place des stratégies. La souffrance ne devenant plus supportable, les défenses initialement mises en œuvre ne parvenant plus à tenir leur rôle de rempart, le sujet peut décompenser d'une manière ou d'une autre, engageant sa santé mentale ou physique. C'est en partant de ce constat qu'il apparaît alors nécessaire de faire appel à d'autres spécialités que la médecine pour traiter de la souffrance au travail, comme la psychologie ou

⁵³ MOLINIER Pascale, les enjeux psychiques du travail, Editions Payot, 2008, (petite bibliothèque Payot, numéro 581)

bien l'ergonomie. La psychodynamique du travail peut alors se définir comme « *une clinique des défenses mobilisées pour tenir en situation de travail.* »⁵⁴

Précédemment dans mon exposé, j'ai abordé la notion de *praxis* comme une modalité de l'exercice professionnel permettant au sujet de s'accomplir personnellement. Une autre notion vient enrichir ce concept, celle de la *mètis*. Selon Pascale Molinier⁵⁵, l'intelligence n'existe pas seule mais il est nécessaire de la replacer dans un contexte situationnel permettant réellement de l'appréhender. Il convient alors de la définir comme une intelligence de terrain, *une intelligence rusée*. Si l'on se réfère au mythe grec, *Mètis* était enceinte de Zeus. Ce dernier apprenant par un oracle le risque de se faire supplanter par son propre enfant, il avala son épouse. A l'intérieur de son ventre elle continua de le conseiller, jusqu'à ce que son enfant Athéna déesse de la *Téchnè*, lourdement armée, ne parvienne avec l'aide d'Héphaïstos à sortir par la tête de son père. Ainsi la *mètis* provient du ventre tandis que la pensée technique sort littéralement de la tête.

C'est bien ce qui différencie l'homme de la machine : l'homme travaille, la machine exécute. Et c'est notamment pour conforter ce principe qu'il apparaît essentiel de distinguer le travail prescrit du travail réel. Le travail prescrit correspond au travail tel qu'il doit être mis en œuvre. Défini en termes de normes, de procédures, le travail peut garder sa valeur de qualité mais il se détache de la réalité du terrain. Et c'est pour cela que les professionnels au plus près des difficultés quotidiennes sont obligés de faire preuve d'adaptabilité, de subtilité pour répondre aux différentes exigences venant mettre à mal un maillage imparfait des règles de travail. Comme le dit Christophe Dejours, travailler c'est « *travailler* »⁵⁶, c'est-à-dire faire preuve d'ingéniosité pour confronter ces règles strictes à l'imprévisibilité de l'humain. Le travail peut alors se définir comme « *l'ensemble des activités déployées par les hommes et par les femmes pour faire face à ce qui n'est pas donné par l'organisation prescrite du travail* »⁵⁷.

⁵⁴ *Ibid* p54

⁵⁵ *Ibid*

⁵⁶ DEJOURS Christophe, L'Évaluation du travail à l'épreuve du réel : Critique des fondements de l'évaluation, Editions Inra, Paris, 2003, (Sciences en questions, n°1)

⁵⁷ DAVEZIES Philippe, Eléments de psychodynamique du travail, Education permanente, Mars 1993, n°116, p33-46

Mais rendre visible ce travail invisible n'est pas chose aisée, surtout aux yeux d'une organisation structurée sur l'élaboration de ces règles. Il est évident qu'elles sont indispensables à sa propre survie, mais il faut dans le même temps accepter leur remise en question, leur discussion et leur adaptation. Afin de ne pas tomber dans une forme de « *prescriptophrénie* »⁵⁸, il importe de construire des règles basées non seulement sur l'application stricto sensu d'un acte mais sur *l'être ensemble*, à travers les notions d'échange, de dialogue et surtout de confiance. Un collectif de travail se fonde sur une communauté de valeurs et sur la mise en place d'une coopération des acteurs, qui, elle, ne peut se prescrire.

Force est de constater que l'individu s'implique personnellement dans son activité, au sens où il investit aujourd'hui en vue d'y retirer un bénéfice futur. La psychodynamique du travail s'appuie alors davantage sur une définition individuelle de l'identité (plus que sociale). Et cette identité devient alors une véritable « *armature de la santé mentale* ». L'individu existe à deux niveaux de représentation : en tant que personne au sein d'un groupement, il s'agit de son identité administrative (exister au travers des autres), mais également en tant qu'un être unique et singulier, en existant dans sa propre ipsité. Et cette identité passe notamment par une reconnaissance qui selon Christophe Dejours⁵⁹ s'effectue selon deux aspects complémentaires. Tout d'abord, il existe le jugement d'utilité ; percevoir ce que fait l'individu avec une utilité technique, sociale ou économique. Et c'est bien souvent le client ou la hiérarchie qui se trouve à même de poser ce jugement. Ensuite, il apparaît une deuxième forme de jugement, celui qualifié d'esthétique ; établir son travail dans les règles de l'art, les règles du métier. Face à une situation inhabituelle, le sujet pleinement mobilisé dans son action est en recherche de reconnaissance par ses pairs en vue de valider ce qu'il a pu mettre en œuvre. Ces derniers connaissant la complexité de l'exercice, peuvent alors valider ce travail réel. Au-delà des éléments d'appartenance à sa communauté, le sujet met dans son exercice une part de sa personnalité, de sa singularité.

⁵⁸ DE GAULEJAC Vincent, Travail, les raisons de la colère, Editions Seuil, Paris, 2011, (Economie humaine)

⁵⁹ DEJOURS Christophe, L'Évaluation du travail à l'épreuve du réel : Critique des fondements de l'évaluation, Editions Inra, Paris, 2003, (Sciences en questions, n°1)

Travailler, c'est donc souffrir et prendre des risques et expérimenter par l'échec parfois. Sans cette reconnaissance, « *la souffrance qui est irréductiblement liée à toute expérience de travail, va prendre le devant de la scène* »⁶⁰. Dans ce système de contribution rétribution qu'est le travail, l'élément le plus important est, malgré les apparences, le symbolique de la reconnaissance plutôt que la dimension purement matérielle (salaire, prime). Sans cela, le sujet tend vers une forme de désorganisation de ses relations tant sociales que familiales. Il peut s'ensuivre une décompensation psychique ou biosomatique.

Au regard de cette analyse, nous pouvons constater que la place et le rôle de l'organisation sont fondamentaux pour le bien-être et la santé de l'individu. Réfléchir en termes de risques psychosociaux est une modalité d'aborder cette problématique : il importe de prendre en compte l'organisation dans son ensemble. Réfléchir autour de l'adaptation de ses règles et des attitudes de chacun des acteurs paraît fondamental. La notion de reconnaissance doit intervenir aussi bien lorsque tout va bien, mais aussi en phase de difficultés. Reconnaître un moment complexe permet de libérer une parole potentiellement salutaire, ou du moins susceptible de lever des tensions et des incompréhensions, permettant de laisser à chaque professionnel le soin d'amener son expérience et son ressenti sur l'élaboration de nouvelles règles organisationnelles. Penser les règles de travail c'est aborder tout à la fois la manière de travailler et la manière de vivre ensemble. Et si nous souhaitons nous attacher à un exemple précis, prenons celui de l'évaluation. Cette démarche individuelle est particulièrement représentative des directives et exigences actuelles de qualité, de traçabilité. Mais qu'en est-il dans les faits ? S'agit-il de juger ou de mesurer le travail ? La signification n'est pas la même. En effet, il peut s'agir d'amener une appréciation sur le résultat d'un travail, ou bien d'en déterminer la valeur vis-à-vis d'un étalon. Cela conduit inexorablement à connaître réellement le travail, en desserrant l'étau de la gestion et en avançant sur les sciences du travail. Ainsi que l'explique Yves

⁶⁰ DAVEZIES Philippe, *Eléments de psychodynamique du travail*, Education permanente, Mars 1993, n°116, p33-46

Clot⁶¹, il faut différencier la qualité du travail et la qualité de vie au travail, en maintenant une discussion sur cette qualité. Il est fort judicieux de s'appuyer sur des référentiels de bonnes pratiques en termes de risques psychosociaux, mais sans pour autant se focaliser sur une représentation du tout psychologique. Les outils mis à dispositions notamment pour soulager la souffrance des professionnels peuvent s'apparenter à des « *scripts comportementaux* », camisole d'une liberté de penser. Le soin passe parfois plus par un acte chirurgical que par une cautérisation superficielle. Et comme nous l'avons vu précédemment, le cadre de santé est littéralement à l'interface des différents systèmes de l'organisation, lui conférant ainsi une place privilégiée pour être un acteur majeur du changement.

2.7 Le cadre acteur du changement

Il apparaît légitime de se questionner sur la manière dont le cadre de santé peut concrètement mettre en place une dynamique constructive et positive de changement. Bénéficie-t-il de suffisamment d'autonomie dans son exercice professionnel pour répondre de manière efficace aux exigences institutionnelles ? Peut-il porter à lui seul le poids et les enjeux des mutations de l'organisation face aux soignants ?

Pour étayer mes propos je souhaite m'appuyer sur un article de Régine Delplanque⁶². Selon cette auteure, la prise en compte des différentes cultures soignantes est un élément fondamental pour appréhender de façon pertinente la question du changement. Il est indispensable d'agir au niveau des valeurs portées par ces différents groupes. Elle reprend les propositions du sociologue Renaud Sainsaulieu et du Professeur émérite spécialisé dans le domaine du travail Françoise Piotet. Ceux-ci préconisent de former les professionnels et de les déplacer régulièrement, dans le but d'enrichir leurs champs de connaissances et leurs visions professionnelles à travers un exercice diversifié et abondant de rencontres. A partir de là, les acteurs engagés peuvent être à

⁶¹ CLOT Yves, Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux, Paris, La Découverte, 2010

⁶² DELPLANQUE Régine, Stratégie de changement, comment gérer la crise et piloter la transformation négociée ?, *Soins Cadres*, Octobre 2008, supplément au n°67, p8-p11

même de structurer de nouvelles normes que celles véhiculées et portées initialement par leur groupe d'appartenance. Il ne s'agit pas là de lisser de façon anonyme les cultures des professionnels, mais bien au contraire de respecter chacune tout en harmonisant les pratiques et en respectant autant que faire se peut leur autonomie propre. Mieux connaître l'autre s'avère source de richesse et de reconnaissance. La création d'un collectif de travail avec des objectifs clairement établis est un axe majeur dans l'accompagnement du changement. Il convient de développer la coopération entre acteurs et la reconnaissance de chacun notamment à l'aide de projets transversaux.

Pour poursuivre son propos, Régine Delplanque s'appuie sur la théorie de la régulation sociale initiée par le sociologue Jean-Daniel Reynaud. Cette approche met la négociation au cœur des relations sociales. En effet, il peut apparaître une confrontation entre les règles dictées par l'institution et celles informelles générées par les acteurs de terrain. Afin de ne pas entrer dans un processus d'opposition et de conflit, cette théorie propose une reconnaissance mutuelle de chacune de ces normes et une approche collaborative à travers une « *régulation conjointe* ». Il s'agit là d'autoriser l'élaboration de règles autonomes par les acteurs, en complément de celles dictées par le corps administratif. Et qui mieux que le cadre de santé du fait de son positionnement stratégique peut tenir cette place visant l'élaboration d'un travail de lien et ainsi tenter de lever les éventuelles résistances.

Il me paraît nécessaire de compléter ces arguments par ceux d'un autre auteur ayant publié de nombreux articles et ouvrages sur le domaine de la santé au travail et des liens entre management et santé, Mathieu Detchessahar. Ce dernier fait le constat du « *rôle central* » joué par les cadres de santé pour aider à donner du sens au travail. Face à l'apparition des risques psycho-sociaux, M. Detchessahar pour qui la régulation locale demeure un enjeu de la qualité de vie au travail, va démontrer dans un article en quoi il est nécessaire de repenser la place et l'exercice du cadre de santé. En s'appuyant sur des études dont « *le projet PHARES portant sur l'absentéisme à l'hôpital* » il démontre les liens entre mode d'organisation, management et qualité de vie au travail. A partir de là, il va mettre en

évidence le « *retrait du travail opérationnel* »⁶³ du cadre. Les encadrants d'ordinaire au plus près de leurs collaborateurs ont tendance selon lui à se retrouver de plus en plus éloignés de la réalité du terrain. Cet élément peut apparaître comme préjudiciable au regard du contexte actuel de l'exercice professionnel. Les soignants peuvent se retrouver sous tension mais sans coordinateur pour les aider à réguler. Il paraît alors légitime de se questionner sur le fondement de cette absence.

L'auteur décline deux axes expliquant ce retrait. Pour effectuer des actes plus quantifiables et visibles pour l'institution, le cadre de santé va devoir effectuer de nouvelles tâches au détriment de certaines. Ce travail du « *cadre empêché* »⁶⁴ repose sur « *l'entretien et l'alimentation des machines de gestion* »⁶⁵. Il s'agit là de percevoir le travail de gestionnaire que doit remplir le cadre : protocole, reporting, utilisation d'indicateurs. Au-delà d'une utilisation théoriquement aidante pour le quotidien, ces tâches se montrent littéralement chronophages et phagocytent l'exercice du manager. Il en est de même pour le second registre qui correspond aux temps de présence en réunion.

Ce n'est pas tant une hyper-présence du cadre de santé mais bien son absentéisme qui fait défaut, en laissant les équipes seules faces aux contraintes et aux conflits. Un processus d'épuisement peut rapidement faire son apparition du fait de l'absence de régulation et de reconnaissance du travail effectué. Mais comment les encadrants sont amenés à vivre ce phénomène ? L'absence de discussion sur le travail et cet ajout de tâches administratives peut conduire le cadre à résister ou se résigner : soit il maintient dans son exercice l'animation d'espace de discussion au risque de s'épuiser si son organisation ne le soutient pas dans sa démarche, soit il se résigne et pilote son équipe de façon distante, en se protégeant des problèmes quotidiens, en n'exposant pas directement et ouvertement sa connaissance (ou non) du travail. De ce fait, il peut entendre les doléances mais ne pas offrir l'appui managérial ad hoc.

⁶³ DETCHESSAHAR Mathieu, Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management, *Soins Cadres*, Février 2013, n°85, p28-p32

⁶⁴ *Ibid*

⁶⁵ *Ibid*

En termes d'axes d'amélioration, l'auteur amène alors des propositions de réflexion. Il met en exergue l'importance de « *« désempêcher » les managers et à redonner du temps, des moyens et de la valeur aux activités de conduite de la discussion sur le travail.* »⁶⁶ . Il étaye sa pensée sur l'importance de la communication et du partage au sein de l'équipe et de l'encadrement à travers des temps de rencontres et d'échanges centrés sur le travail. Maintenir et développer un dialogue autour du *faire*, de manière régulière et dynamique permet de favoriser le bon fonctionnement des collectifs. Pour mener à bien cette démarche, il apparaît nécessaire selon M. Detchessahar de repenser les fiches de postes, les missions dévolues aux cadres de santé ainsi que leurs zones d'autonomie et leur marge de manœuvre : replacer le cadre au centre des processus de régulation.

Mais cet enjeu ne suffit pas, il est nécessaire qu'au-delà d'une démarche individuelle, l'encadrement supérieur accompagne ce mouvement et valide cette démarche de rapprochement de proximité en fixant des exigences en termes de fréquence et de contenu. Le cadre peut se sentir accompagné, soutenu et de ce fait plus en confiance dans l'élaboration de ses actions. Il convient également de réfléchir à un temps de concertation pour l'équipe de cadres elle-même. Enfin, l'auteur met également l'accent sur l'importance de la gestion des ressources humaines vis-à-vis des cadres de santé. Par cette approche collaborative de discussion, le cadre va faire apparaître le travail réel des soignants. Il doit alors avoir des moyens clairs et définis pour pouvoir agir sur cette réalité et ces difficultés. La question de la temporalité est essentielle. Pour asseoir son positionnement et créer avec l'équipe une relation de confiance, le cadre a besoin de temps, au-delà des moyens. Il est donc indispensable que la politique des ressources humaines de l'établissement permette cette stabilité requise à l'action managériale.

Enfin, l'auteur aborde la question des compétences requises pour le cadre, qu'elles soient liées au management mais aussi à la connaissance du lieu d'exercice. Pour pouvoir ouvrir un échange productif sur le travail, le cadre doit être au fait des spécificités de l'unité dont il a la charge. Il s'agit là de trois conditions sine qua non pour aborder efficacement le travail à travers

⁶⁶ *Ibid*

l'outil de la discussion. Mais cela peut s'avérer complexe notamment dans les établissements hospitaliers de taille importante. Ces éléments sont d'ailleurs du même ordre que les conclusions du rapport sur la limitation des risques psychosociaux de la CNRACL⁶⁷ qui préconisent 3 niveaux de vigilance : les « *cultures professionnelles* » et les « *identités au travail* », le management des services et les instances et procédures en tant que lieux et moyens « *d'intelligence collective* » du travail.

La priorité va donc être de redéfinir la place du cadre de santé en tant qu'acteur de terrain, au plus près des professionnels, comme pivot dans la réflexion sur l'amélioration de la qualité de vie au travail. Mais tout ne repose pas sur ses épaules; sans soutien de son encadrement direct voire de sa direction, il risque à son tour d'altérer sa santé et son équilibre professionnel. Les encadrants intermédiaires apparaissent alors au cœur des enjeux d'avenir. Le changement ne se décrète pas mais il s'accompagne et s'élabore à travers un travail mutuel d'articulation et de compréhension. Le conflit peut apparaître davantage comme un outil de résolution plutôt que comme une entrave aux évolutions.

2.8 Problématique et hypothèses

L'intérêt de définir un cadre conceptuel en faisant référence à différents courants de pensée est de pouvoir affiner sa réflexion. La démarche consiste à repartir de ma question initiale, à savoir :

La réforme de la Nouvelle Gouvernance génère-t-elle un conflit de valeur en psychiatrie ?

⁶⁷ Synthèse du rapport sur les Risques psychosociaux dans les deux fonctions publiques territoriale et hospitalière, 5eme colloque du Fonds national de prévention de la CNRACL (Caisse Nationale des Retraites des Agents des Collectivités Locales), pour un prévention durable des risques psychosociaux dans les fonctions publiques territoriales et hospitalières, 10 juillet 2013

Si je souhaite approfondir ce questionnement, il m'est possible de soumettre des hypothèses. Au regard des connaissances et des lectures abordées, il me paraît pertinent d'en proposer deux, situées sur des registres différents. En effet, la première concerne le ressenti des soignants et la seconde pose la question de la place du cadre de santé. Il est alors possible de les définir précisément de la manière suivante.

Hypothèse 1 : Les soignants ressentent un décalage entre leur conception de la qualité des soins et les attentes administratives de contrôle qualité liées aux prises en charge (EPP, traçabilité...), d'où l'apparition d'un conflit de valeurs entre le corps soignant et le corps administratif.

Hypothèse 2 : En tant que marginal sécant, le cadre de santé est un acteur clé de l'institution hospitalière pour réussir à concilier qualité des prises en charge selon les soignants et démarche qualité selon l'administration.

Afin de valider ou non ces hypothèses, je vais à travers la mise en place d'une enquête de terrain, confronter des données recueillies factuelles à mon cadre théorique de référence. Je me propose maintenant de présenter les outils mis en œuvre.

3 L'ENQUETE DE TERRAIN

*« J'ai beau chercher la vérité dans les masses,
je ne la rencontre que dans les individus. »*

Eugène Delacroix

3.1 Choix de la méthode selon les populations cibles

3.1.1 Un questionnaire pour les infirmiers

Pour élaborer cette enquête et tenter d'y répondre au mieux, j'ai envisagé l'approche méthodologique suivante. Dans un premier temps, j'ai élaboré un questionnaire. Destiné aux infirmiers exerçant dans un établissement de psychiatrie (Annexe I), celui-ci est composé de questions à choix multiples ainsi que de questions à réponses ouvertes pour laisser une liberté d'expression et ne pas orienter les réponses attendues. J'ai souhaité m'orienter plus particulièrement vers cette catégorie socio-professionnelle car au regard de ma pratique de faisant fonction cadre de santé, j'ai pu mettre en évidence les multiples tâches administratives qui leur étaient dédiées. Il est cependant vrai que les autres corps de métiers soignants sont sollicités pour ces actes, mais il s'agit là pour ma part de cibler une population spécifique. J'ai mis en place ces questionnaires sur différents établissements de santé, publics et privés, afin d'avoir une vision la plus représentative possible et de ne pas me focaliser uniquement sur la perception d'un groupe de professionnels au sein d'une seule et même institution. L'échantillon représentatif est composé de 50 questionnaires, dont l'objectif final est de répondre à l'hypothèse 1.

Le choix d'une enquête par questionnaire est de permettre, à travers cet outil d'observation, de quantifier et comparer l'information. Le travail sur un « *modèle réduit* » de la population cible permet de mesurer le changement dans les pratiques. Mais il est évident qu'il ne peut fournir qu'une image simplifiée de la réalité.

3.1.2 Un entretien pour les cadres de santé

Dans un second temps, j'ai souhaité pouvoir échanger avec des cadres de santé, en réponse à l'hypothèse 2. Ainsi, j'ai construit une grille d'entretien (Annexe II) pour harmoniser les réponses et suivre une trame similaire de réflexion. De la même manière, les cadres que j'ai rencontrés exercent dans des lieux différents, publics ou privés. Au total, j'ai mené cinq entretiens semi-directifs, d'une durée de 30 à 45 minutes chacun. Un seul entretien a été retranscrit dans son intégralité (Annexe III), les autres seront abordés sur un versant plus synthétique des données.

Mon choix de l'entretien pour cette deuxième partie de l'enquête tient au fait que cette démarche présente plusieurs avantages. En permettant une relation directe avec son interlocuteur, l'entretien permet une analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques. Il met en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs. Il permet également de montrer l'évolution temporelle des expériences vécues. Le choix d'un entretien semi-directif s'est établi sur l'intérêt qu'il présente d'être ni entièrement ouvert ou fermé. Ainsi, il laisse une certaine marge de liberté à l'interviewé, qui ne sera réorienté sur certaines thématiques que de façon ponctuelle.

Pour confronter d'une part le ressenti des soignants et d'autre part la perception de leur encadrement direct, j'ai donc abordé cette enquête avec deux outils différents pour les populations concernées.

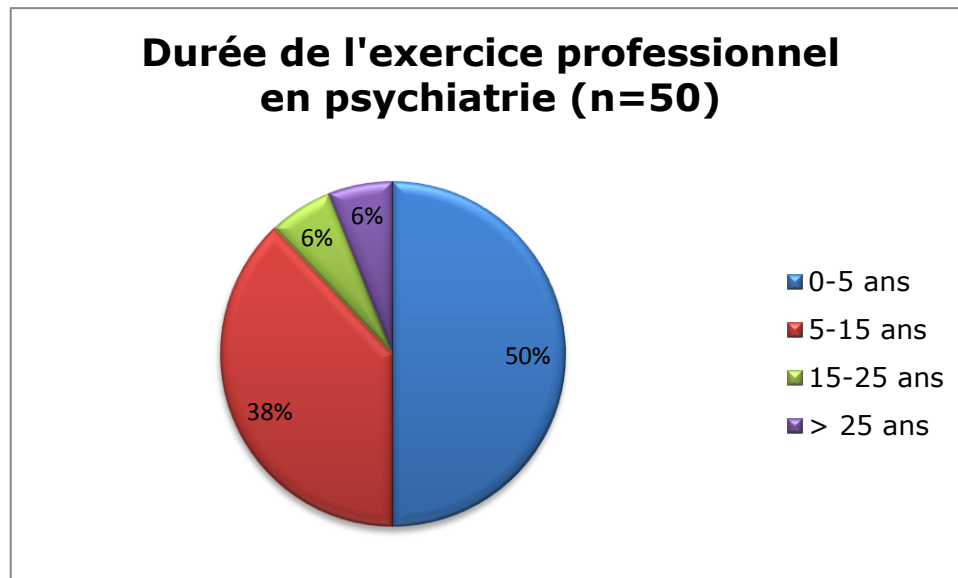
3.2 Résultats de l'enquête

3.2.1 La population infirmière

La mise en place de ces questionnaires a pour but de mieux percevoir les représentations de la qualité des prises en charge selon les soignants ainsi que leur implication dans la démarche qualité : du retentissement de ces tâches administratives dans leur quotidien aux personnes ressources permettant de mieux appréhender ce nouvel exercice. Pour établir le recueil de données, j'ai envisagé une présentation sous forme graphique dans le but d'avoir une

représentation visuelle et synthétique. Voici question par question les retours obtenus.

Question 1



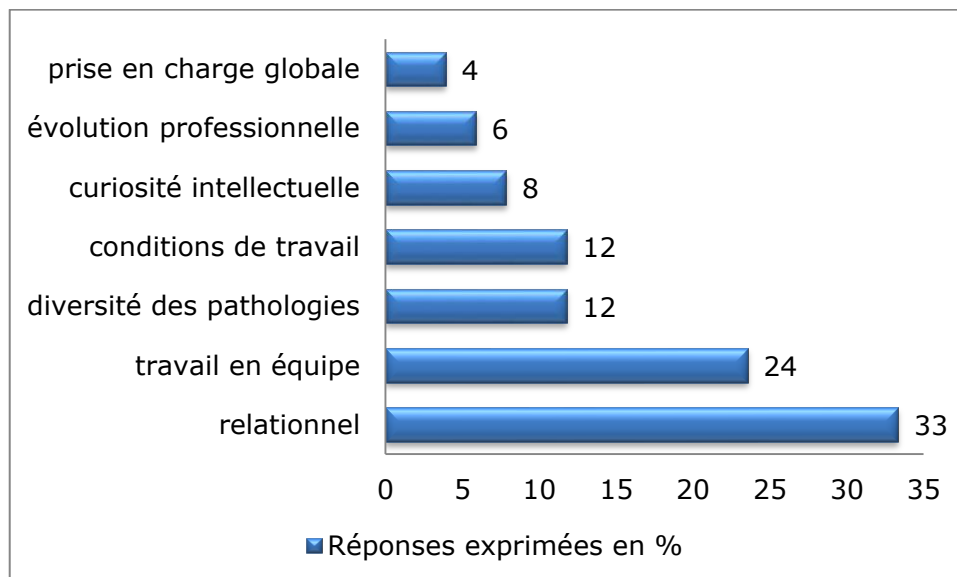
Cette première représentation de la durée de l'expérience professionnelle des soignants en psychiatrie présente un double intérêt. Cela permet de percevoir une potentielle évolution démographique au sein des structures avec un rajeunissement du corps soignant, même si cela n'est pas nécessairement représentatif de la population infirmière dans son ensemble. Ensuite, il est intéressant de voir que la majorité des soignants ayant répondu à ce questionnaire débutent dans ce champ spécifique de la médecine. Il n'est pas impossible cependant qu'ils aient exercé auparavant dans d'autres spécialités. La question pourrait alors être affinée avec l'année d'obtention de leur diplôme.

Question 2



Nous pouvons appréhender à travers cette question que la grande majorité des sondés sont satisfaits de leur profession, pour les raisons suivantes.

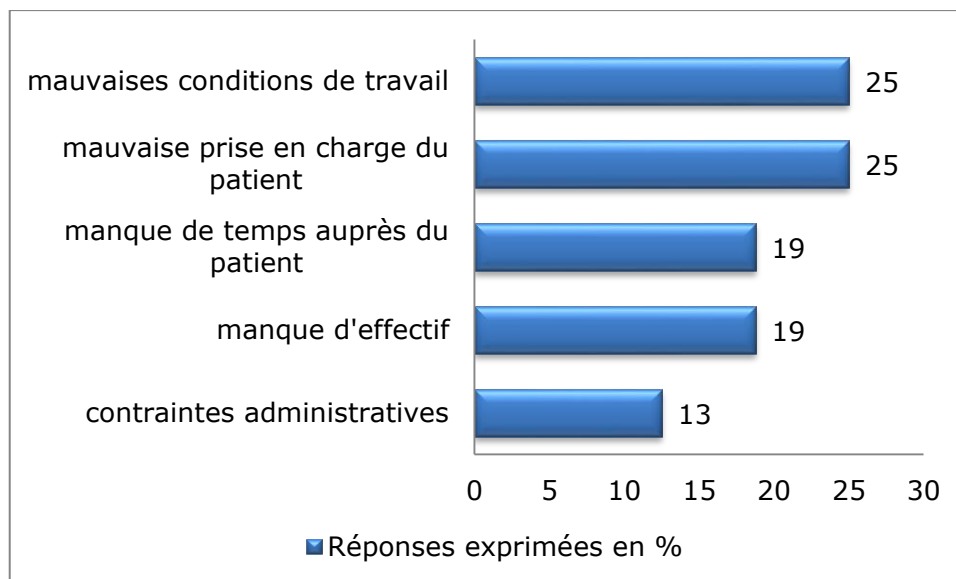
Motifs de satisfaction (plusieurs réponses possibles)



Le caractère relationnel du travail en psychiatrie apparaît comme l'élément majeur de la satisfaction professionnelle. Que ce soit avec les patients ou bien au sein de l'équipe, nous pouvons percevoir ici que la place du lien avec l'autre apparaît essentielle dans l'orientation et l'épanouissement professionnel. La

variété de l'exercice ainsi que les opportunités d'évolution confirment également ce choix.

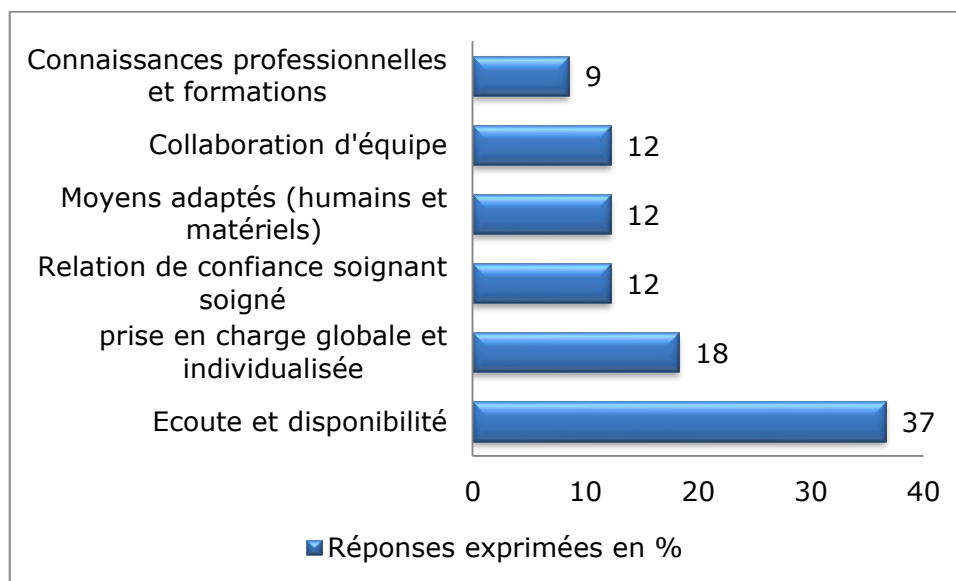
Motifs d'insatisfaction (plusieurs réponses possibles)



Cependant, 24% des professionnels interrogés sont insatisfaits dans leur exercice. Il est nécessaire d'affiner selon les différentes catégories d'âge. Cela ne concerne que 11% des plus de 25 ans d'ancienneté, alors que pour les 0-5 ans cela s'élève à 45% et même 55% des 5-15 ans. Les motifs évoqués sont prioritairement de mauvaises conditions de travail et la place insuffisante allouée au patient. La notion des moyens humains est également évoquée. La question sensible du lien surgit de nouveau, mais cette fois sur le mode du manque. Et parmi les réponses fournies, se révèlent déjà des contraintes administratives dans les pratiques infirmières (annoncées principalement par les 5-15 ans).

Question 3

Critères soignants pour une prise en charge de qualité en psychiatrie

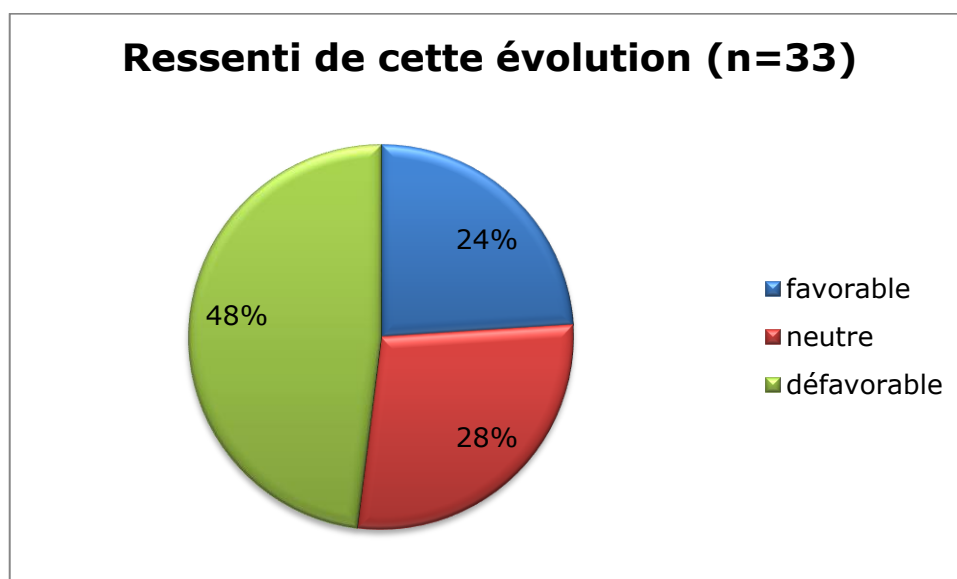


En abordant la question générale de la démarche qualité comme un des éléments représentatifs de la Nouvelle Gouvernance, il m'est apparu nécessaire de rechercher en parallèle les critères représentatifs d'une prise en charge de qualité pour les soignants. L'écoute et la disponibilité semblent être les fondements de la relation soignant soigné en psychiatrie. Afin de favoriser une perception holistique du patient, un travail d'équipe et des moyens adaptés semblent requis, comme le démontre le graphique ci-dessus. Ces différents éléments de réponse sont apportés de manière homogène par les différentes catégories interrogées. Quelle que soit l'ancienneté des soignants, les valeurs liées à la qualité des soins semblent sensiblement identiques.

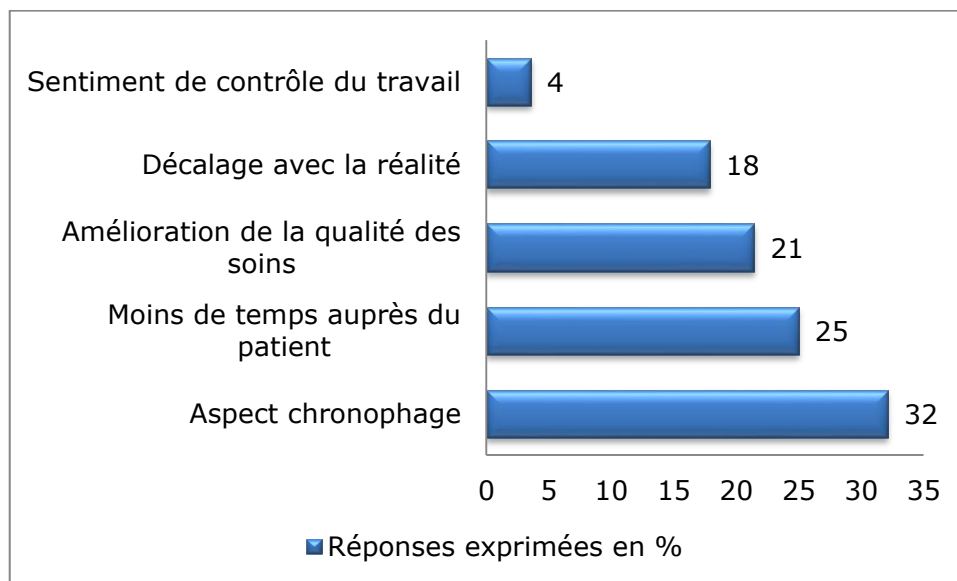
Question 4



Les soignants perçoivent à une très large majorité une évolution de leurs pratiques avec la mise en place de la démarche qualité. Celle-ci ne semble d'ailleurs pas forcément en lien avec leurs représentations de l'exercice professionnel. Il est intéressant de voir que les 35% qui ne perçoivent pas d'évolution ont pour la totalité entre 0 et 5 ans d'expérience professionnelle en psychiatrie. Tentons maintenant de comprendre plus précisément quel est leur ressenti et les motifs invoqués.



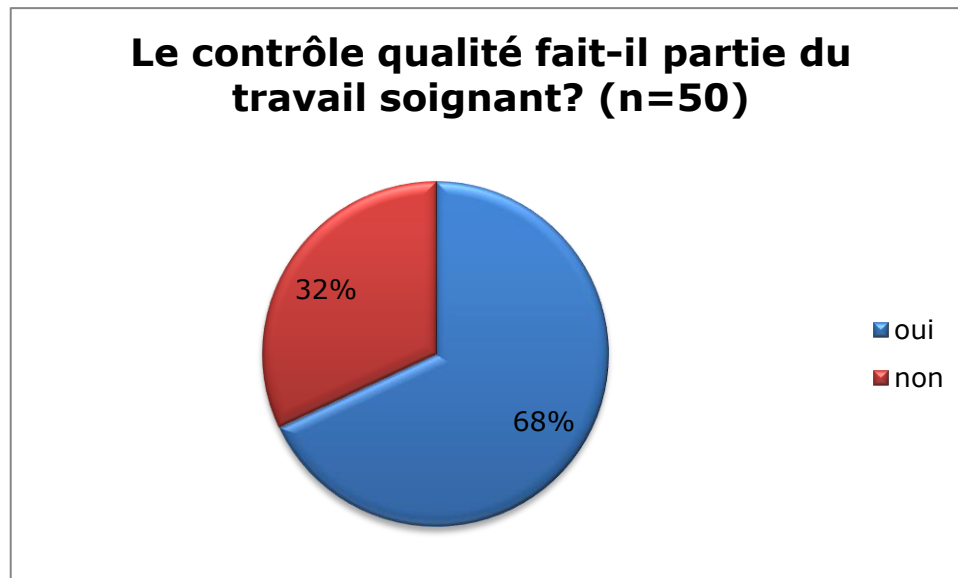
Pour quelles raisons ?



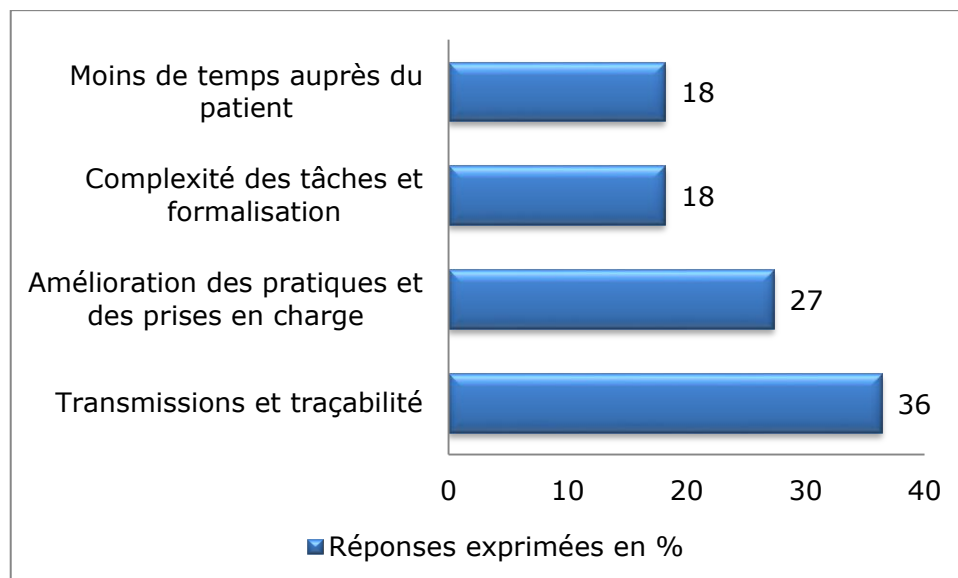
Pour les soignants de plus de 5 ans d'expérience qui perçoivent à leur niveau une évolution de leur pratique, seul un quart des infirmiers (appartenant d'ailleurs à la classe des 5-15 ans) perçoivent cette démarche comme favorable et dynamique pour l'amélioration des prises en charge des patients. Pour les autres, il s'agit d'un processus davantage préjudiciable à la profession. Il semblerait que les retentissements de cette mise en œuvre viennent se confronter directement aux critères qualités définis précédemment. La question de la temporalité et de la disponibilité pour le patient est décrite comme indispensable pour toute prise en charge, et nous pouvons percevoir ici que le premier reproche fait à cette pratique de contrôle qualité est son aspect particulièrement chronophage.

Question 5

Comment les soignants s'approprient-ils ce contrôle qualité ? Ils sont plus des deux tiers à l'intégrer aux tâches habituelles à accomplir dans leur travail opérationnel.



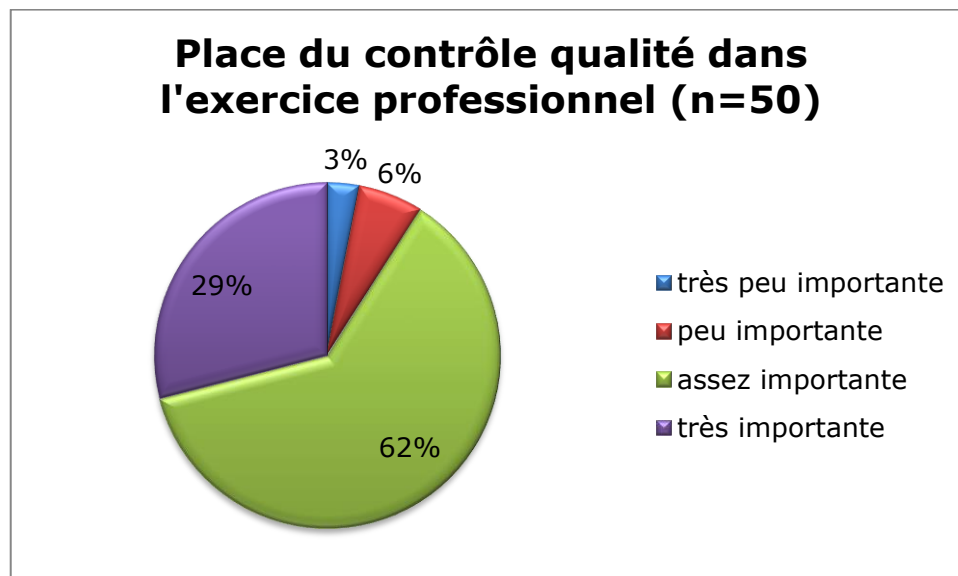
Motifs apportés :



Dans un objectif de continuité des soins et de suivi de l'information, la traçabilité est vécue comme une pratique particulièrement constructive d'amélioration des prises en charge. Nous pouvons percevoir que les soignants

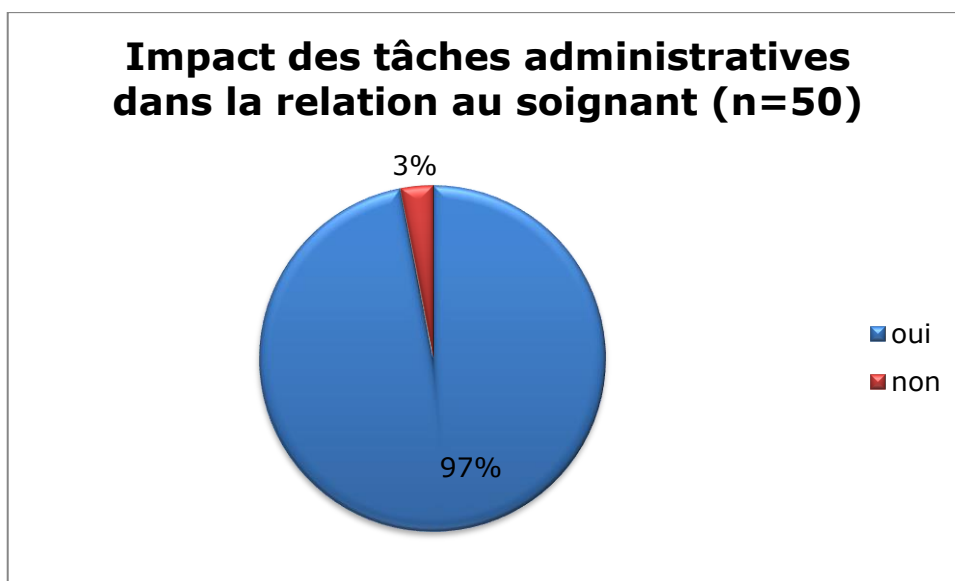
se focalisent prioritairement sur le patient et réussissent à mettre du sens à des actes administratifs lorsque ceux-ci sont directement orientés vers le *prendre soin*. Malgré tout, il faut que ces actes restent facilement réalisables et n'entravent pas la présence soignante auprès du malade. Là encore des disparités persistent selon les durées d'exercice. En effet, 90% des 0-5 ans pensent que le contrôle qualité fait partie de leur travail, alors que pour les plus anciens les réponses sont plus mitigées : pour 65% des 5-15 ans et 50% des plus de 25 ans, cela n'en fait pas partie. Quant aux 15-25 ans, ils sont 100% à exprimer le fait qu'il ne s'agit pas là de leur travail.

Question 6 :

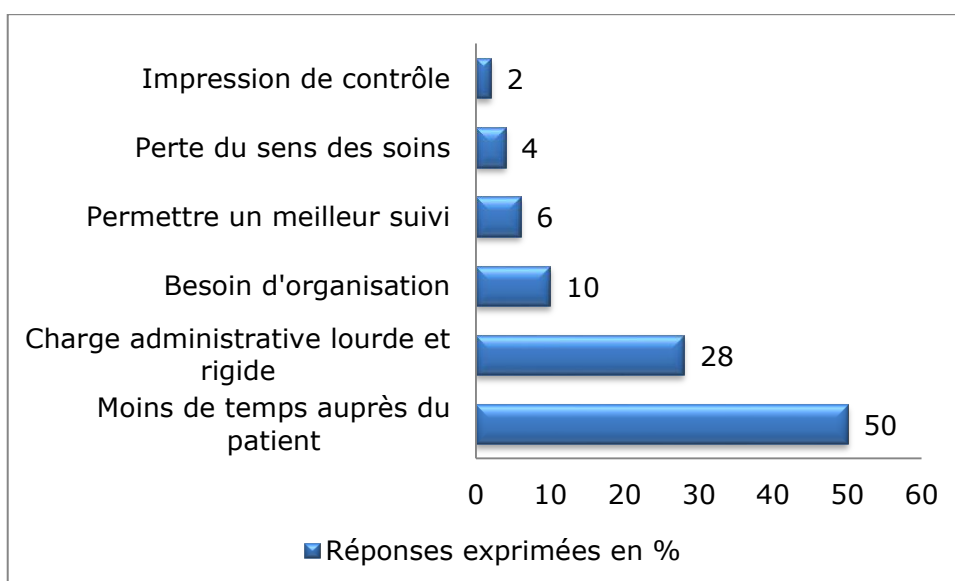


Le retentissement de la mise en œuvre de ces attributions dans leur pratique quotidienne n'est pas anodin. La quasi-totalité des professionnels lui attribuent une place conséquente. La démarche qualité semble dorénavant faire partie intégrante du quotidien des soignants. Il n'y a que pour les infirmiers de plus de 15 ans d'ancienneté que cette place peut apparaître comme peu voire très peu importante. Nous pouvons alors nous questionner sur les raisons d'un tel positionnement. S'agit-il d'une question d'investissement dans la démarche et d'appropriation des outils ?

Question 7



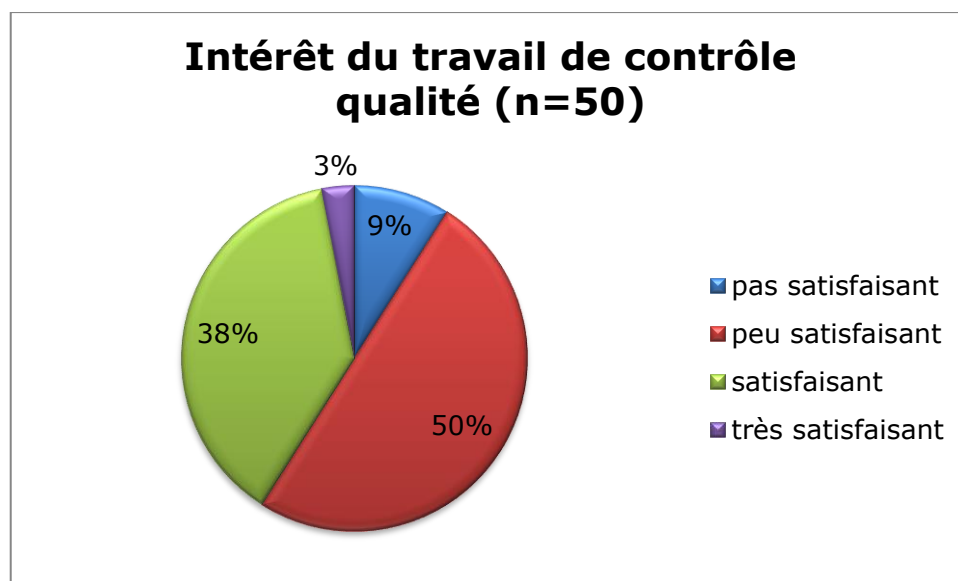
Quels impacts au quotidien dans l'exécution de ces tâches ?



La présence de ces tâches administratives n'est pas sans conséquence sur la relation thérapeutique. Ces actes décrits comme particulièrement chronophages ont tendance selon les retours des infirmiers à les éloigner de la rencontre avec le patient, qui fonde pourtant le cœur du métier. Même s'ils en perçoivent l'intérêt global, les critiques s'orientent davantage vers la forme que le fond. La question de la lourdeur et de la complexité est au premier plan. Cela impose une nouvelle organisation de travail qui n'est pas

nécessairement facile à mettre en œuvre au regard des conditions actuelles de l'exercice. La question d'une adaptation plus pertinente à la réalité de terrain des différents supports et outils peut se poser, en vue de lever d'éventuelles résistances.

Question 8

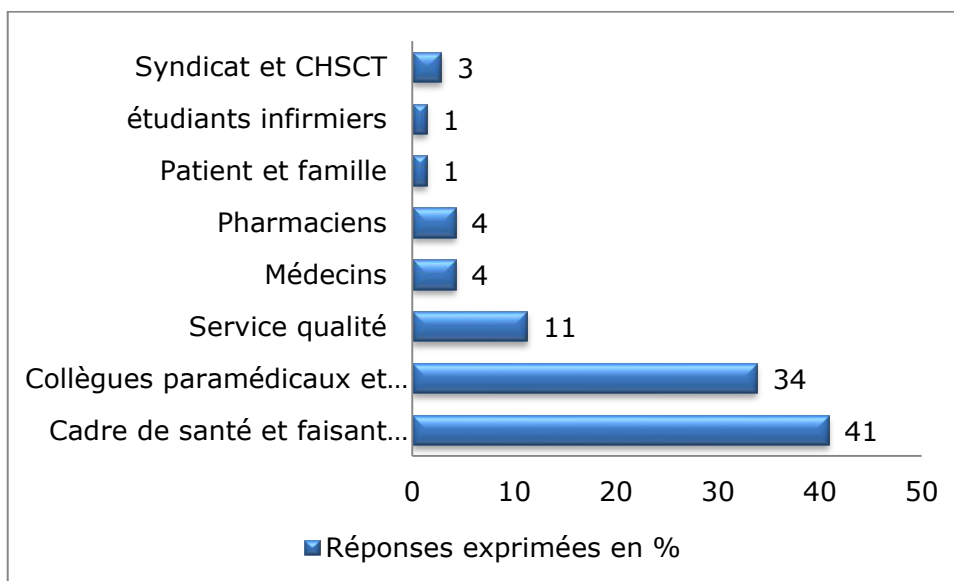


La question du sens est cruciale dans cette appropriation de nouvelles tâches. Moins de la moitié des professionnels interrogés jugent satisfaisant l'intérêt du contrôle qualité. Les revendications fréquentes s'orientent autour du manque d'accès à l'information. L'absence d'explication du bienfondé de cette démarche génère une réaction d'opposition chez les professionnels.

Là encore, nous pouvons percevoir une rupture dans les catégories d'ancienneté des professionnels. En effet, alors que 61% des 0-5 ans sont satisfaits voire très satisfaits, 78% des 5-15 ans ne le sont pas et 100% des plus de 25 ans sont totalement insatisfaits. Les 15-25 ans apparaissent plus mitigés avec une oscillation équitable entre la satisfaction et l'insatisfaction.

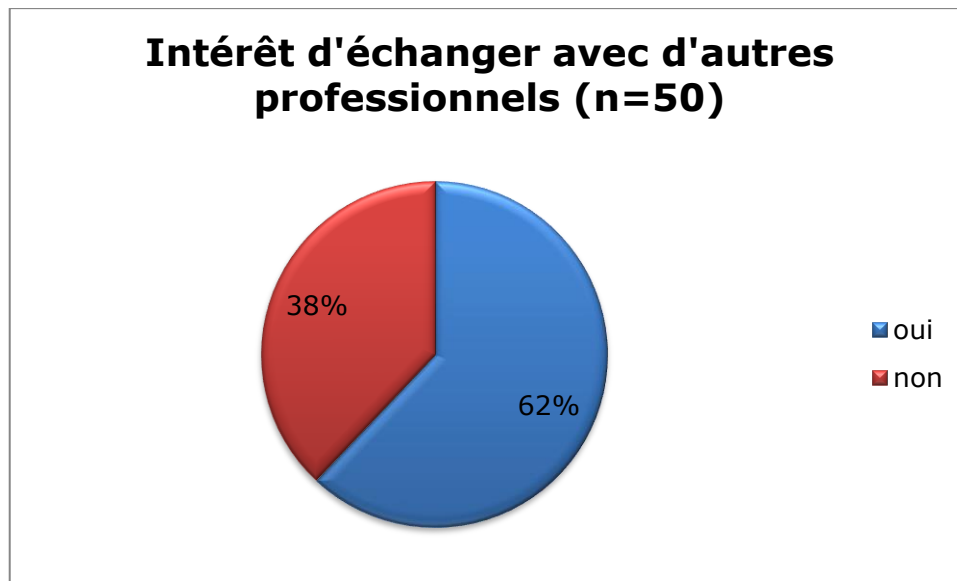
Question 9

Avec quels collègues parlez-vous des contrôles qualité ?

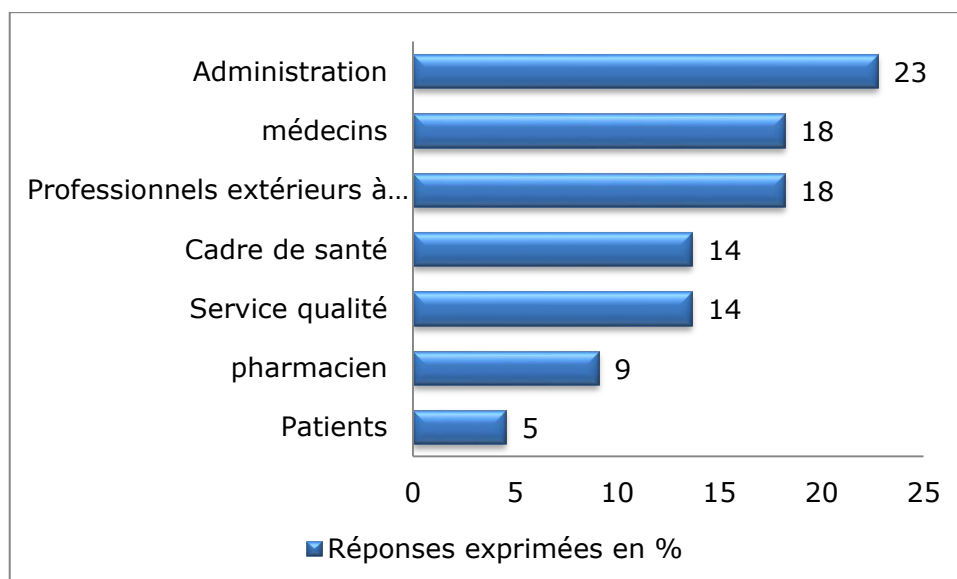


Comme nous pouvons le voir, le cadre de santé reste l'interlocuteur privilégié des professionnels pour aborder la question de la Qualité, pour toutes les catégories de professionnels. L'échange au sein même de l'équipe paramédicale, enrichissant le débat interne et la confrontation de points de vue, est surtout évoqué par les moins de 15 ans d'ancienneté. Pour les soignants dépassant cette barrière d'âge, les échanges semblent s'élargir au-delà de ce noyau dur, pour atteindre les champs médicaux et administratifs. Une faible proportion de ces mêmes infirmiers expriment s'entretenir avec le service qualité de leur établissement, pourtant au cœur de l'élaboration des outils et procédures.

Question 10



Autres professionnels à solliciter dans cette démarche



La place de la communication dans la démarche qualité paraît suffisamment préoccupante pour que 62% des soignants estiment nécessaire de pouvoir échanger avec d'autres acteurs. Le fait de ne pas souhaiter échanger davantage est un fait spécifique des 0-15 ans. En effet, au-delà de cette limite d'âge, les soignants envisagent à l'unanimité de solliciter d'autres professionnels. L'administration se positionne en tête de liste des partenaires privilégiés (réponse principale des plus de 15 ans). Etant l'instigatrice des

nouvelles directives, cette instance dirigeante apparaît comme la plus à même de transmettre un message didactique. Pour les 5-15 ans, une demande d'extériorité vis-à-vis de l'établissement est également perceptible afin de confronter les points de vue et les pratiques. Les plus jeunes professionnels quant à eux envisagent de poursuivre une transmission de l'information interne à l'équipe soignante.

Ce que nous apprennent les questionnaires

Cette partie de l'enquête nous permet de mettre en évidence une donnée essentielle, l'impact générationnel. En effet, les réponses apportées diffèrent nettement selon les catégories d'ancienneté professionnelle. Pour les plus jeunes (0-5 ans) nous pouvons percevoir que la démarche qualité fait partie intégrante de l'exercice quotidien et qu'il n'y a donc pas de modification de leur travail avec la mise en place de la Nouvelle Gouvernance. Dès le début de leur carrière, ils paraissent au fait des exigences liées à ce mode de gestion des établissements. Ils se montrent intéressés par ces nouvelles tâches et n'hésitent pas à en discuter avec leurs collègues proches. A contrario, dès le cap des 5 ans passé, le ressenti des professionnels est tout autre. La démarche qualité apparaît comme un bouleversement des pratiques, impactant de manière négative l'exercice quotidien. Et plus les soignants avancent en ancienneté, plus ce sentiment est fort. Des phénomènes de réticence voire de résistance se mettent alors en place. Et la question des échanges s'avère alors de plus en plus indispensable pour comprendre l'intérêt et les enjeux de la démarche, avec le cadre de santé d'abord car il est reconnu par tous comme la personne ressource de première intention, mais également avec les autres acteurs impliqués dans cette politique.

Au-delà de ces disparités, il existe des points de rencontre intergénérationnels. Les valeurs professionnelles définissent un socle commun, une base nécessaire à l'appartenance au corps soignant, dès l'entrée dans le métier. Et la réalisation des actes administratifs liés à ce nouveau mode de gouvernance apparaissent également pour tous comme particulièrement chronophages et entraînant un manque réel de disponibilité auprès du patient.

Il s'agit là de l'aspect le plus problématique de ces tâches, tous « âges professionnels » confondus.

3.2.2 Les cadres de santé

Afin de pouvoir retranscrire les propos et points de vue des cadres de santé avec qui j'ai eu l'opportunité de m'entretenir, j'ai envisagé une approche progressive ; les réponses apportées par chacun, répertoriées par question, dans le but d'une lecture comparative. Une synthèse en fin de question aura pour objectif de regrouper les principales thématiques abordées. Souhaitant conserver leur anonymat, j'ai renommé chacun d'entre eux. Voici leur présentation (en lien notamment avec la question 1 de la grille d'entretien) : Adèle (A) 58 ans cadre depuis 12 ans, Bernard (B) 52 ans cadre depuis 2 ans, Christophe (C) 46 ans cadre depuis 10 ans, Danielle (D) 37 ans cadre depuis 2 ans et Emilie (E) 48 ans cadre depuis 4 ans. Je tiens à préciser qu'Adèle et Christophe travaillent dans le même établissement privé à but non lucratif, ainsi que Danielle et Emilie qui exercent dans la fonction publique hospitalière. Bernard s'inscrit également dans la fonction publique hospitalière mais dans un hôpital différent. La grille complète d'entretien se trouve en Annexe II.

Question 2 : l'évolution des pratiques pour les soignants

Adèle :

► **L'évolution est continue**, plus ou moins lourde selon les demandes et les pratiques. Il y a un lien avec le coût et les outils utilisés (logiciel notamment) qui peuvent amener de la lourdeur. Les soignants ont compris **l'intérêt de la traçabilité** à la fois pour eux (savoirs et savoir-faire) et pour le patient (continuité des soins).

Bernard :

► Actuellement, il n'y a pas beaucoup de procédures en place. Elles restent souvent dans les classeurs.

► **La démarche qualité ne commence qu'à peine** à rentrer dans l'institution, notamment grâce à l'embauche d'un ingénieur qualitatif.

- Seules les **transmissions ciblées** sont à considérer comme une évolution récente, la mise en place du DPI a obligé les soignants à s'adapter dans leur façon de travailler. Globalement cela a plutôt bien fonctionné, même si les six premiers mois ont été difficiles en termes d'acceptation et de changement.
- Le nouveau Directeur des Soins pousse d'ailleurs dans cette direction de **changement des pratiques**.

Christophe :

- Il n'y a **pas de grand changement**.
- Depuis 2004, il y a une augmentation des procédures et de la traçabilité mais cela s'inscrit dans la **continuité**.
- Les grands **changements** ont eu lieu plus tôt, entre 1996 et 2004.

Danielle :

- Oui, il y a **de plus en plus de procédures**.
- « Exerçant au sein d'un CATTP où l'équipe est plutôt réticente à ces pratiques, cela est vécu comme une forme de violence, cette traçabilité et ces procédures.
- Il n'y a **pas de compréhension** des modifications et de la quantification des actes.

Emilie :

- En intra hospitalier, les choses ont **beaucoup changé**, les soignants passent beaucoup plus de temps devant les ordinateurs plutôt que d'aller à la rencontre du patient.
- Les soins ont **beaucoup changé**, les effectifs sont réduits et les champs d'action limités.
- La qualité est **arrivée crescendo**, avec une **augmentation** des procédures et outils à utiliser. Cela est au premier plan maintenant.
- La qualité fait **partie du quotidien**, avec beaucoup d'outils mais il n'y a **pas eu d'explication précise**.

Synthèse question 2

Globalement, la démarche qualité semble présentée par ces cadres comme un processus en évolution continue. Il s'agit d'une succession de phases dont la temporalité diffère selon les établissements. En effet, les modifications profondes des pratiques peuvent en être à leurs prémices ou bien intégrées dans un nouveau quotidien des soignants. Nous constatons l'existence d'une période charnière (passée ou en cours), marquée par une certaine lourdeur administrative, permettant de formaliser une transition dans les pratiques professionnelles. D'une manière générale, il est constaté par ces cadres une augmentation des procédures et actes de traçabilité. La question du manque d'informations et de compréhension commence à poindre dans certains propos.

Question 3 : Retour d'expérience des soignants

Adèle :

- La traçabilité fait désormais **partie intégrante du travail**. Les soignants se sont appropriés les nouveaux outils dans leur pratique (l'ordinateur pour les entretiens). Il s'agit d'un temps différent de la rencontre avec le patient mais cela fait pleinement partie du travail, on ne peut en faire l'économie.
- Il y a un lien entre la lourdeur institutionnelle et le ressenti des soignants. Les actes se font presque naturellement, dans la **continuité de la politique qualité de l'établissement**.
- L'importance du **sens du travail** : au début les soignants pensaient le perdre. La psychiatrie est fondée sur l'écoute, l'attention et l'observation de l'autre. Il est donc nécessaire de concilier le savoir-faire et les procédures, la traçabilité.
- Fort impact de la **temporalité** : difficulté lors de la mise en place et plus grande fluidité depuis 2-3 ans.
- Rôle des **nouveaux infirmiers** : plus habitués à l'outil informatique et à la traçabilité.

► Place des **anciens infirmiers** : ils n'avaient pas la culture de la traçabilité, donc cela a moins bien été vécu puisqu' imposée. « *On va vérifier notre travail.* »

► **Emulation et échanges intergénérationnels** entre ces deux catégories, d'où une évolution positive depuis 2-3 ans.

► **Compréhension** de la traçabilité, moins de lourdeur institutionnelle, la politique qualité vit.

► Les retours sont formels et informels : une réunion d'équipe par mois, réunions de synthèse, le cadre doit entendre tout à tout moment.

Bernard :

► Il persiste une forme d'**isolement de l'extra hospitalier** : si l'on est en ambulatoire, c'est que l'on nous fait confiance, donc il n'y a pas besoin de contrôler notre travail. Attitude défensive.

► Cela ne fait pas partie de la **culture de la psychiatrie**.

► **Nombreuses formes de résistance** : l'accès à l'outil informatique, perte de cette liberté d'action.

► « *On a l'impression que la démarche qualité, l'évaluation des pratiques ça vient faire arrêter ou bien fantasmer sur un manque de liberté, un sentiment de perte de liberté, de créativité, d'autonomie et de pensée* ».

► Sentiment de **contrainte** très forte.

► **Résistance** liée également à la place tenue par les médecins qui peuvent être moteur du changement ou bien rester dans un statu quo et empêcher les soignants de changer (exemple : rester au dossier papier malgré l'obligation pour les soignants d'utiliser le DPI).

► Qualité vécue comme un **mot tabou**, associée à la notion de **contrôle** voire de « *flicage* ».

► Intérêt du discours du qualicien qui d'ailleurs n'a jamais travaillé en psychiatrie pour rassurer autour de cette notion et donner du sens.

Christophe :

► Pas l'impression que les équipes renvoient un bouleversement dans les pratiques de soin.

► Les protocoles et les procédures sont en lien avec **la qualité du soin et de la prise en charge**.

► La traçabilité des médicaments a été vécu comme un bouleversement des pratiques (contrôle et sécurité).

► En **ambulatoire**, pas de difficulté pour les soins mais davantage pour l'application des procédures en lien avec le **soin indirect**, logistique (ex. normes pour la préparation des repas ; les soignants n'y voient pas d'utilité).

► De l'importance du « *pourquoi* » : les procédures amenées sans **accompagnement pédagogique** ne sont pas intégrées, cela nécessite une nouvelle explication par le cadre.

► Besoin d'un **accompagnement** par les personnes qui réalisent les procédures.

► La manière dont on amène l'information modifie la façon de s'approprier la procédure ; **amener vers le pourquoi** on agit de telle sorte, cela n'a aucun sens pour le soignant si on ne l'accompagne pas.

► Les échanges se font de manière formelle et informelle : réunion institutionnelle notamment.

► La qualité ce n'est pas chercher l'erreur et trouver tout de suite la solution mais **comprendre pourquoi** il y a eu erreur (exemple pris de la mauvaise traçabilité au sein d'un HDJ).

► Réfléchir sur la **pertinence des outils** et leur facilité d'utilisation (pas toujours le cas).

► Chacun a son **domaine d'expertise**, il faut donc ramener sur la question du sens du travail, créer des liens.

► La traçabilité des médicaments est bien réalisée car directement en lien avec les pratiques infirmières, en opposition à celle des repas...

Danielle :

► Le retour est plutôt **difficile**. En ambulatoire avec une équipe constituée de beaucoup d'ISP, la question de la règle voire du cadre et du cadre de santé n'est pas forcément bien perçue.

► Impression des soignants que ces procédures venant de l'extérieur sont là pour **contrôler**, « *fliquer* ».

► « *C'est une espèce de grand méchant loup qui viendrait juste critiquer et mettre à mal leur pratique* ».

► Des échanges formels et informels : réunions de synthèse avec le cadre supérieur en soutien pour certaines (projet de service...).

- Beaucoup sur **l'informel** pour prendre le temps d'expliquer les règles et que si on ne les respecte pas il y a un risque de pénalité.
- Faire entendre **l'intérêt commun**.

Emilie :

- Au début, cela était vécu comme un **contrôle** de l'activité.
- L'évolution a été **progressive**, mais le plus souvent cela est vécu comme une **contrainte**.
- Ces temps administratifs prennent beaucoup de temps.
- Il y a quelques **référents qualité** dans l'équipe mais le retour à leur collègue est difficile car il y a encore beaucoup de résistance.
- Les soignants ont le sentiment **d'avoir toujours fait de la qualité**, mais là il faut tout tracer, cela ajoute une **contrainte**.
- Les retours sont à la fois formels et informels, mais **l'informel au quotidien** prend beaucoup de place, car il faut motiver et expliquer.
- Les soignants ne veulent pas savoir car il y a la **peur du changement** et d'être remis en question, c'est un **bouleversement énorme**.

Synthèse question 3

Le retour d'expérience des soignants sur ces *bouleversements de pratiques* est de l'ordre de la *contrainte*, du *contrôle*, d'une *forme de violence*. En effet, il est mis en évidence dans ces propos à la fois une *peur du changement*, source de résistance, mais également un questionnement autour du *sens du travail*. Il apparaît dans les dires des professionnels une forme d'opposition ou tout du moins d'incompréhension entre les valeurs du soin en psychiatrie (écoute, temporalité) et les exigences chronophages administratives. La question de la rencontre devient essentielle : comment réussir à trouver « ce juste milieu », et parvenir à mettre en exergue l'intérêt commun qu'est la prise en charge du patient ? Comme l'évoquent Adèle et Christophe, la question de *l'accompagnement et de la pédagogie* paraît essentielle pour une bonne compréhension du discours. Le cadre de santé tient toute sa place en tant que diffuseur de l'information dans des temps formels et surtout informels, mais la place de la politique institutionnelle est un vecteur majeur de la

compréhension et de la conciliation. La question générationnelle est également abordée par Adèle. Elle insiste sur l'intérêt du partage des savoirs entre les jeunes et les anciens infirmiers. Les nouvelles générations étant plus au fait de cette dynamique qualité, ils peuvent la transmettre à leurs aînés tout en recevant de leur part une approche clinique riche d'une expérience de terrain.

Question 4 : évolution du travail du cadre

Adèle :

- ▶ Participante du **groupe qualité** donc plus facile à se représenter, recevoir de **l'information descendante**.
- ▶ **Changement** dans la pratique liée au rôle du cadre dans la **transmission de l'information**, de sa bonne **compréhension** et du rôle de **contrôle** que la tâche est bien effectuée.
- ▶ Difficile de quantifier ces actes dans le travail quotidien, mais cela nécessite **d'être attentif et vigilant** à tous les niveaux.
- ▶ Prise de RDV avec différents services (dont le service qualité), travailler avec **toutes les catégories professionnelles** (pas que les infirmiers) les agents de soins par exemple pour l'entretien des locaux.
- ▶ Assurer un suivi, une **continuité**.
- ▶ Impact sur le temps de présence auprès des équipes, mais cela permet une lecture plus précise, **d'expliquer** plus clairement et de mieux **comprendre** le sens dans le cadre de la **politique générale**.

Bernard :

- ▶ Pas beaucoup de place sauf pour les réunions estampillées Qualité. Mais cela va prendre **de plus en plus de place**.
- ▶ Actuellement, la démarche qualité est **l'affaire de certain**, mais pas de tous et c'est **dommageable**.
- ▶ Il faut rendre cette démarche **vivante, dynamique**.
- ▶ Il faut cependant rester vigilant que cette évolution à venir n'empêche pas la relation avec l'équipe par un **absentéisme** trop grand.
- ▶ Il faut positionner le cadre au cœur de **l'harmonisation** des pratiques.

► « On réfléchit sur les prises en charge mais pas sur l'acte de soin en fait ! On réfléchit sur comment on va mettre en place telle chose mais l'évaluation pour le coup de l'acte de manière plus générique on y pense pas forcément ».

Christophe :

- Oui, il y a une **évolution** au niveau de l'encadrement, difficulté de concilier avec les impératifs d'un service.
- Beaucoup de temps en **réunion** (« réunionite »).
- En ambulatoire, la transmission de l'information par le cadre se fait à la fois pour les **soignants** mais aussi pour les **patients**.
- Pas de modification de la relation avec l'équipe.
- Rôle de **contrôle** du cadre, mais ne pas cibler que ce qui ne va pas, **accompagner le changement**, remettre de la **réalité de terrain** (exemple : en CMP, repenser les locaux du fait d'une procédure).

Danielle :

- Non, car prise de poste sur 2 unités à restructurer donc pas de groupes transversaux.
- Mais ressenti sur les pratiques, l'utilisation **d'indicateurs** et la **comparaison** avec d'autres secteurs.
- Difficile de dire depuis combien de temps cela est en place, mais la prise de connaissance de cette démarche a eu lieu uniquement lors de la prise de poste de cadre de santé.
- **Absence totale d'information** quand j'étais infirmière ; un cadre ne donnait aucune information et l'autre était dans la résistance face à cela, et donc je suis restée sur mes **préjugés** jusqu'à l'accès à l'information en **formation cadre**.
- Aspect primordial **d'expliquer les enjeux** et à quoi cela sert.
- Il n'y a pas de dichotomie, il faut rassembler car l'on parle de la même chose au final, de **l'intérêt du patient** et de sa prise en charge de qualité.

Emilie :

- Je suis **référente qualité** en tant que cadre de santé, donc il y a la participation aux réunions trimestrielles.

- Il faut rendre des comptes en permanence, il n'y a **pas d'explication**, cela arrive et il faut faire.
- Ces outils m'ont posée beaucoup de problème, je suis IDE depuis de longues années et donc il a fallu que je fasse avec mes **réticences**.
- La Qualité est présente au **quotidien**, il faut toujours **informer, expliquer**, cela prend beaucoup de temps.

Synthèse question 4

Tous les cadres interrogés se positionnent comme des acteurs de la Qualité, de par leur fonction mais aussi de par leur participation à des groupes de travail. Ils se présentent comme des référents de l'institution. Cette nouvelle attribution implique un changement de pratiques. En effet, un nouveau rôle de diffuseur de cette information auprès des équipes est attribué au cadre, ainsi qu'une fonction de contrôle de la bonne exécution des tâches. Il tient alors un rôle majeur pour la compréhension de la démarche globale et l'appropriation des nouveaux outils. A son niveau, il a également tout intérêt à recevoir de l'information descendante. Nous pouvons remarquer à travers les propos d'Emilie et de Bernard, que la Qualité ne doit pas rester « *l'affaire de certains* » mais qu'il faut placer le cadre « *au cœur de l'harmonisation des pratiques* ». Sans ces temps d'échanges avec son institution, le cadre comme les soignants à leur niveau feront alors face à leurs réticences et préjugés (propos d'Emilie). L'accès à l'information semble être un enjeu essentiel pour la lisibilité et la perception des politiques qualité.

Question 5 : la proximité du travail opérationnel

Adèle :

- **Difficulté de se rendre disponible**, j'essaie d'être à l'écoute à tous les niveaux.
- La finalité reste toujours la prise en charge du patient, une **prise en charge de qualité**.

- Utiliser les bonnes procédures mais aussi assurer une qualité de travail satisfaisante.
- Temps d'échange formels et informels, ciblés parfois avec certaines catégories de personnels.
- Il y a toujours une **remontée des difficultés au n+1**, en fonction des secteurs pour la fréquence (1X/semaine pour l'addictologie).

Bernard :

- Rester **attentif** aux préoccupations de chacun est du domaine du cadre de santé.
- Oui, je reste **proche de l'exercice de terrain**.
- Echanges formels et informels.
- Possibilité de faire remonter à son encadrement direct, et je dirais même qu'il s'agit d'une **nécessité pour réguler** à plusieurs niveaux.

Christophe :

- Oui, toujours **proche du travail opérationnel**.
- En ambulatoire, les prises en charges sont morcelées et cela nécessite de repenser l'organisation en cas de besoin.
- Différencier la place des soignants en fonction de leur génération : pour les plus jeunes la démarche qualité est intégrée plus facilement.
- Les retours sont formels et informels.
- Problème du **manque de pédagogie** dans la réalisation des audits, il faut travailler avec les équipes si on veut les sensibiliser.
- Il faudrait que le **service qualité** et l'infirmier hygiéniste soient perçus comme une **personne ressource** et non comme « l'œil de Moscou ».
- Le cadre reçoit de l'information et la **retransmet** (exemple la certification).
- Il y a de la **contrainte organisationnelle** en lien avec la nouvelle gouvernance mais il faut rendre cela **dynamique**.
- Il faut **faire vivre cette politique**, on en parle beaucoup sur cet établissement, cela peut d'ailleurs surprendre les gens de l'extérieur.
- Les **difficultés sont remontées** systématiquement au cadre supérieur et au service qualité.

Danielle :

- ▶ Etre **proche** des équipes, être **disponible, intéressée** et **curieuse** de savoir comment ils vivent les choses.
- ▶ De manière formelle et informelle : réunion uniquement avec les soignants
- ▶ Il est possible de **faire remonter les difficultés** : relation de confiance avec mon n+1, même si les enjeux de chacun sont différents.
- ▶ Il faut du **temps** pour expliquer aux équipes et que celles-ci donnent leur ressenti et expliquent leurs résistances.

Emilie :

- ▶ Je me montre **à l'écoute** des soignants, **disponible** pour entendre leur vécu des choses.
- ▶ Les échanges sont formels et informels, cela se vit **au quotidien**.
- ▶ Cependant, on a **moins de temps pour échanger entre professionnels**.
- ▶ « Avec la démarche qualité, on gagne en certaines choses mais on perd aussi en temps de réflexion, de ce que les gens ont pu échanger avec les patients et tout n'est pas retranscrit. »

Synthèse question 5

Tous les cadres interrogés reprennent comme valeurs fortes de leur travail les notions d'écoute et de disponibilité à l'égard de leurs collaborateurs. Chacun à son niveau précise la nécessité de se montrer attentif à toutes les catégories socio-professionnelles pour pouvoir percevoir l'exercice quotidien. Ils semblent tous préoccupés par ce même besoin de rester au contact des agents pour appréhender les difficultés et systématiquement les faire remonter à leur encadrement direct. Ces moments d'échanges à nouveau formels et informels, s'avèrent selon eux nécessaire pour communiquer, entendre la parole de l'autre et expliquer les différents enjeux. Cependant, le constat d'un manque de temps (lié au manque d'effectif et à la participation régulière à des réunions) est amené notamment par Emilie qui pose la question de la place de la réflexion. Comme précédemment, la question de la temporalité est au cœur des débats et Christophe reprend d'ailleurs des arguments évoqués dans les autres questions : l'importance d'une approche

dynamique et pédagogique de la politique qualité, portée par un mouvement institutionnel fort, ce qui n'est pas toujours le cas.

Question 6 : la notion de cadre de proximité

Adèle :

- ▶ Notion **complexe et simple**.
- ▶ La proximité des équipes est en lien avec le fait d'être le **supérieur hiérarchique direct** et de se montrer à **l'écoute**.
- ▶ Il faut s'assurer que tout fonctionne bien, être **attentif** et pouvoir relayer au n+1 si besoin voire aux instances qualifiées de l'établissement.
- ▶ Mais pas un bon terme, **proche mais pas fusionnel**.

Bernard :

- ▶ Il faut être **présent** auprès des équipes tout en maintenant une **distance** suffisante. Ne pas tomber dans le copinage qui empêche le positionnement de cadre.
- ▶ Se montrer **disponible** et accessible, à l'écoute et **empathique**.
- ▶ Faire que l'équipe ne se refreine pas à **solliciter le cadre** quand la situation le nécessite et si ce dernier n'est pas physiquement là.

Christophe :

- ▶ Cela dépend comment on envisage sa fonction.
- ▶ Il est hors de question d'être en permanence avec les équipes car on gomme toutes les **zones d'autonomie** et on risque d'altérer la **motivation**.
- ▶ Être proche oui mais à distance pour maintenir **l'autonomie**.
- ▶ **Disponibilité** car la porte du bureau est toujours ouverte (ou téléphone).
- ▶ Moins de proximité physique car beaucoup de réunions mais la proximité n'est pas que géographique.

Danielle :

- ▶ **Cadre de proximité à distance** (géographique).

► Etre suffisamment présent pour amener une **présence rassurante** et maintenir du cadre. Etre présent même dans l'absence (pouvoir se référer à...) dans le positif et le négatif.

► **Délimiter le cadre de travail.**

► Trouver une **bonne distance** en fonction des circonstances et du contexte pour se montrer aidant.

Emilie :

► Il faut se montrer à **l'écoute** et **disponible**.

► Rester dans **l'échange** et la **communication**, la permettre et la faciliter.

► Malgré tout il faut tenir une **posture** et garder une relation professionnelle.

► Le cadre peut être disponible même s'il n'est pas présent, et l'on est de plus en plus loin physiquement des équipes par les réunions.

Synthèse question 6

« *Etre présent même dans l'absence* ». Cette citation de Danielle résume les propos tenus autour de cette notion de cadre de proximité. Il s'agit pour l'ensemble des cadres d'allier subtilement disponibilité et posture professionnelle, afin de maintenir un cadre professionnel sans tomber dans le « *copinage* ». Se rendre disponible n'est pas directement en lien avec la présence géographique mais plutôt par la confiance et l'opportunité laissée aux équipes de solliciter leur supérieur hiérarchique en cas de besoin. D'ailleurs, Christophe justifie le fait de ne pas être en permanence avec les soignants par la nécessité de ne pas altérer leurs zones d'autonomie et par la même leur motivation.

Question 7 : les acteurs requis pour la démarche qualité

Adèle :

► en premier, le **service qualité**.

► il faut **tous les acteurs de terrain**, quel que soit le niveau.

- Aspect intéressant de **l'interdisciplinarité** (exemple des audits effectués par d'autres catégories professionnelles) : neutralité, pas de préjugés et nombreux échanges et questionnement, confrontation des pratiques.
- Il faut un **panel de professionnels** engagés pour ce genre d'audit.

Bernard :

- **Sensibiliser tout le monde.** « *La démarche qualité est l'affaire de chacun.* »
- Actuellement cela reste du domaine de l'encadrement et cela ne redescend pas jusqu'aux équipes. Or cela est nécessaire pour une bonne **appropriation des nouveaux outils.**
- Ne pas rester dans un discours, mais **passer à l'action.** Solliciter chacun et faciliter l'accès à **l'information.**
- Responsabilité du cadre de santé de diffuser l'information, **de haut en bas et de bas en haut.**
- Tout l'intérêt de **l'ingénieur qualité** pour faire circuler la parole et permettre à chacun de s'exprimer, de démystifier. La qualité n'est pas le jugement mais bien comprendre le travail de terrain et harmoniser les pratiques.
- Inclure cette démarche dans le **travail quotidien**, pas uniquement dans les temps de réunions.

Christophe :

- Il faut impliquer **toutes les équipes dans cette démarche réflexive.**
- Ne pas faire du protocole pour du protocole.
- **Effet paradoxal du protocole** : risque de perte de lien avec la clinique et le soin. On peut perdre cette autonomie dans le travail.
- Savoir **adapter le protocole** si besoin pour garantir une alliance thérapeutique et la continuité des soins (exemple un patient opposant).
- Il s'agit de la **responsabilité du cadre** de le **relier à la réalité** et de le moduler si besoin.
- Ne pas vivre ou voir la Qualité comme une chape de plomb, l'information doit être **ascendante et descendante.**

Danielle :

- ▶ Avoir **tous les acteurs de terrain** qui ne sont pas assez représentés et investis par l'institution. Celle-ci ne reconnaît pas assez **leur parole et leur expertise**.
- ▶ L'institution ne laisse pas ce temps de travail, les participants sont d'ailleurs mal perçus par leurs collègues puisque pas au lit du malade.
- ▶ Pour les **nouvelles générations de soignants**, cela fait davantage partie de leur formation (**posture réflexive**) donc ils sont plus présents et plus facile à convaincre.

Emilie :

- ▶ Il faut travailler avec **tout le monde, toutes les catégories**.
- ▶ La difficulté est que l'on sollicite les gens mais les effectifs sont réduits alors on ne peut pas forcément répondre.
- ▶ Il y a la **question générationnelle** : pour les jeunes cela fait partie de leur formation. Pour eux, tous les actes sont formalisés donc si on respecte les procédures on fait du bon boulot, mais est ce que le patient va bien ?
- ▶ Il peut y avoir un **conflit avec les anciens** qui eux se focalisent peut être plus sur le patient et pas assez voire pas du tout sur la traçabilité et les procédures.
- ▶ Il faut participer à cet **échange intergénérationnel**, le favoriser. Mais il faut garder en tête le fait qu'on est **submergé de demandes** et qu'on n'a pas toujours le temps.
- ▶ Il faut aussi rester vigilant face aux **compétitions entres services** et secteurs au regard des chiffres.
- ▶ Il faut s'appuyer sur la **cellule qualité** de l'établissement.

Synthèse question 7

Nous pouvons percevoir dans ces propos l'importance pour les cadres de solliciter et sensibiliser tous les acteurs de terrain. A leurs yeux, la reconnaissance de leur parole et leur expertise n'est pas forcément assez reconnue par les institutions. La démarche qualité doit se vivre au quotidien, dans l'action plutôt que le discours. D'ailleurs, deux cadres (Danielle et

Christophe) reprennent cette notion de réflexivité pour montrer en quoi le questionnement sur ses pratiques paraît nécessaire. L'apport d'information ne doit pas être unilatéral mais bel et bien ascendant et descendant. Deux points de vigilance sont abordés dans cette question. D'une part, ce que Christophe qualifie d'« *effet paradoxal du protocole* ». Une certaine rigidité des procédures risque de faire perdre le lien avec la clinique. Le cadre est là pour permettre une certaine souplesse dans l'application, toujours dans une finalité d'amélioration des prises en charge. D'autre part, la question générationnelle déjà abordée par Adèle dans la question 3 est reprise ici par Emilie. Le cadre est là pour permettre la transmission des savoirs et harmoniser les pratiques sans pour autant faire entrer en rivalité ou en compétition les soignants et les services. Mais la saturation en demandes institutionnelles peut être difficile à gérer et se montrer source de tension et d'incompréhension.

Question 8 : comment expliquer l'intérêt des contrôles qualité ?

Adèle :

- ▶ Plusieurs niveaux d'accès : les professionnels eux même via l'intranet (**démarche individuelle**), le service qualité qui fournit des documents et vient rencontrer les soignants, la DRH.
- ▶ Existence de **plusieurs supports** (classeurs, informatique...).
- ▶ Le cadre de santé relaie l'information.
- ▶ **Responsabilité individuelle et institutionnelle** (celle-ci permet de vérifier la bonne réalisation des actes).
- ▶ L'information est à la fois **descendante et remontante**.
- ▶ Le **cadre de santé** a une place particulière, il est à ces **deux niveaux**, il est une personne **ressource** avec une certaine autonomie d'organisation.

Bernard :

- ▶ Pour le moment il n'y a **pas d'informations claires** de fournies, quelle que soit la forme.
- ▶ Importance de **la place du cadre** dans cette dynamique.
- ▶ Utiliser les outils tels que le DPI pour avoir un **support unique**.

Christophe :

- ▶ Par lettre, en provenance du **service qualité**, dans les logiciels ad hoc
- ▶ Il faut rester vigilant, ne pas tout protocoliser (exemple le lavage des carottes est protocolisé).
- ▶ Le rôle du cadre est **d'aller chercher l'information**.
- ▶ **L'outil informatique** facilite cette recherche de l'information.

Danielle :

- ▶ Place du **cadre de santé** pour expliquer en quoi cela respecte le patient et en quoi cela rentre dans sa prise en charge.
- ▶ Le cadre doit être dans la **délégation** pour faire participer davantage de soignants, et redonner des responsabilités.
- ▶ Il s'agit du travail du cadre, et cela dépend de la manière dont il se l'approprie.

Emilie :

- ▶ Autoriser des **temps d'échanges** entre chacun.
- ▶ Pour le moment, il n'y a **pas d'explication de la part de l'institution**, on nous dit juste il faut faire ceci ou cela. Mais cela ne fonctionne pas.
- ▶ Le cadre a toute sa place pour **informer** et **expliquer** au soignant, même s'il n'adhère pas au projet. Il doit motiver les équipes.
- ▶ « *C'est difficile aussi pour le cadre car quand les soignants évoquent leurs résistances, je me dis qu'ils ont raison...* »

Synthèse question 8

Les cinq cadres s'approprient la fonction de décodeur des informations et de transmetteur envers les équipes, en lien avec leur position spécifique au croisement du soin et de l'administratif. Cependant, Adèle précise également l'approche bidimensionnelle en termes de responsabilité : l'institution doit amener une information suffisamment claire pour qu'elle soit appropriée, mais l'individu doit aussi de son propre chef se montrer acteur dans les recherches. Le cadre ne porte pas seul cette action, même s'il demeure la personne ressource des équipes de soins. La sensibilisation de tous les acteurs peut

passer par une forme de délégation des responsabilités. Enfin, le support informatique semble prendre toute sa place aussi bien comme vecteur de l'information que comme outil fonctionnel.

Question 9 : l'information institutionnelle

Adèle :

- ▶ Trop d'information tue l'information (inondé de mails...), mais a-t-on la bonne information au bon moment ? C'est différent.
- ▶ Le cadre de santé est là pour donner **la bonne information au bon moment**, se montrer bienveillant.
- ▶ Savoir **doser correctement** et se montrer **vigilant** car c n'est pas là **l'essentiel de notre métier** qui reste **le soin et la qualité des soins**.
- ▶ Rôle du cadre de marquer la **temporalité**, savoir **se positionner et dire non**, que cela n'a pas pu être réalisé malgré les demandes, mettre des priorités.
- ▶ Garder **le sens du travail**.
- ▶ Garder **le sens du soin** et du travail même si la qualité est importante, il faut garder la place de la **qualité relationnelle**.
- ▶ La politique qualité fait partie intégrante de la prise en charge maintenant alors qu'avant il s'agissait de lourdeur institutionnelle.
- ▶ Evolution des mœurs, « *la politique qualité on la fait vivre tous ensemble* ».
- ▶ Place du cadre **entre l'institution et le patient**.
- ▶ Normalité et **nécessité de rendre des comptes** : des soignants à l'institution et de l'institution vers les tutelles.
- ▶ Tout le monde est acteur de la démarche qualité, d'où l'intérêt de **donner du sens**, de l'intérêt à ces actes.
- ▶ Nécessité d'un **travail d'explication** pour une évolution progressive des mentalités.
- ▶ Au départ il y a beaucoup de **résistance au changement**, peur liée au sentiment de contrôle mais **pour améliorer il faut une base**.
- ▶ Donner du sens au travail et donc également à la qualité.
- ▶ Il faut du temps.

► Sorte de **cycle** : Contrôle» résistance (car mal compris)» appropriation» confiance» continuité.

► Il faut faire vivre et poursuivre cette démarche, cela passe aussi par **l'évaluation et la formation des soignants**.

► **Transmission** des savoirs des anciens et des jeunes, intérêt du mélange et de cette alchimie de ces savoirs.

Bernard :

► Il faut **améliorer l'accès à l'information**, la rendre disponible pour tous.

► Prendre en considération **la parole de chacun**, ce qui n'est pas le cas actuellement.

► Les temps de réunions sont de plus en plus présents pour les cadres, mais pas assez pour les soignants.

► Le cadre seul ne peut porter cette démarche, **l'institution doit s'engager** et donner des moyens.

Christophe :

► Problème dans la **gestion de l'information** à tous les niveaux.

► L'information est beaucoup donnée par mail sans parole autour.

► « *Informé c'est bien mais communiquer autour d'une thématique c'est encore mieux* ».

► « *Il faut que cela aille vite et les équipes doivent toujours s'adapter, jusqu'à la perte de sens (tout tracer...)* ».

► « *Il me paraît préférable de faire et ne pas tracer plutôt que tracer et ne pas faire. Concevoir que ce qui n'est pas tracé n'est pas fait est un peu réducteur* ». Cela questionne la **responsabilité individuelle**.

► Il faut respecter une certaine **temporalité**, et prendre en compte la **culture professionnelle** : en soins somatique on trace, en psychiatrie cela ne fait pas partie des habitudes.

► En France, on recherche l'erreur et le coupable plutôt que de corriger l'erreur. Il devrait y avoir un **diagnostic de remédiation** que l'on ne fait jamais : cela veut dire interroger nos outils pour les rendre plus accessibles.

► Le principe de la nouvelle gouvernance est intéressant mais attention à ne pas être un **frein à l'épanouissement et à la création**, richesse de notre métier.

Danielle :

- ▶ Pas aujourd'hui.
- ▶ En raison de la **subjectivité** de chacun.
- ▶ La démarche qualité est amenée comme si elle était évidente pour tout le monde mais ce n'est pas le cas. Cela dépend de **l'investissement personnel** mais aussi et surtout de **l'institution** qui permet à chacun d'accéder à l'information.
- ▶ Il n'y a **pas assez d'accès à l'information**. Il faut donner du sens, pas juste demander des % sans en expliquer l'intérêt et le fondement.
- ▶ Il faut des **espaces dédiés pour libérer cette parole**.
- ▶ « *La démarche qualité est un outil et non une finalité en soi, elle sert à améliorer la qualité des prises en charges. Un outil n'est intéressant qu'en fonction de l'usage que l'on en fait.* ».

Emilie :

- ▶ Les choses sont **imposées et pas accompagnées**.
- ▶ Il n'y a **pas de temps** pour expliquer le sens des choses.
- ▶ On peut alors y **perdre le sens même du travail**.
- ▶ « *Le cœur du métier des soignants n'est pas lui protocolisé, je ne vois pas comment on pourrait faire, je ne l'imagine pas.* »
- ▶ « *Actuellement je le vis comme une obligation même si en effet ça a du sens pour la qualité et la sécurité du patient mais ce sont des choses qui nous sont imposées et on a pas à en discuter. Il faut trouver soi-même le sens, avec les équipes.* »

Synthèse question 9

Les perceptions des cadres s'avèrent véritablement différentes. Pour certains, l'institution engage une véritable politique qualité, inscrite dans la continuité. Pour d'autre, il n'y a pas assez voire aucun accès à l'information de la part de leurs instances dirigeantes. Le constat général reste néanmoins que le cadre ne peut porter seul cette démarche, devant lui-même faire face à ses représentations (voir Emilie). L'information, selon les cadres interrogés, doit se montrer accessible et dispensée de manière adaptée et pertinente (« la

bonne information au bon moment ») pour ne pas générer de saturation cognitive. Les actes administratifs liés à la Qualité font partie de la pratique quotidienne mais ils ne doivent pas se substituer au travail opérationnel et à la priorité donnée aux prises en charge. Le respect et la considération de la culture professionnelle restent essentiels (selon notamment Christophe et Adèle) pour ne pas perdre le sens du travail. La mise en place de la démarche qualité s'associe à un changement dont il est important de comprendre les phases (Adèle).

« La démarche qualité est un outil et non une finalité en soi, elle sert à améliorer la qualité des prises en charges. Un outil n'est intéressant qu'en fonction de l'usage que l'on en fait. » Danielle.

Ce que nous apprennent ces entretiens

L'élément qui apparaît en premier lieu lors de l'exploitation de ces données, est que les réponses amenées par les cadres interrogés diffèrent selon leur lieu d'exercice, au-delà de leur ancienneté professionnelle. Tous les cadres interviewés se positionnent comme des acteurs de la démarche qualité, soit du fait même de leur statut, soit en lien avec leur participation à des groupes de travail. Ils reconnaissent une évolution de leur pratique, notamment en termes de diffusion de l'information et de contrôle des tâches auprès des équipes. Mais leur positionnement variera nettement en fonction de la politique institutionnelle mise en place au sein des structures de soin.

Si l'action est instaurée depuis plusieurs années et que la politique qualité vit réellement, alors le cadre se sent dans une posture plus confortable pour transmettre ces messages aux soignants. C'est de cette manière que l'évoquent Adèle et Christophe. Même si l'accès à l'information n'est pas encore idéal, un processus global de compréhension semble être à l'œuvre, facilité par un accompagnement pédagogique des messages. A contrario, les 3 autres cadres interrogés mettent en évidence de réelles difficultés d'accès et de transmission de l'information dans leur établissement. L'impact de ce mode de fonctionnement s'établit à deux niveaux. D'une part, pour le cadre de santé

lui-même qui ne peut s'approprier un discours clair, étant mis en retrait du processus général de réflexion. Il lui est uniquement demandé de veiller à la bonne application des actes, sans pour autant en percevoir le sens et l'intérêt. Il n'est pas accompagné par son institution. Celle-ci impose des tâches et des outils sans une activité didactique préalable. D'autre part, les soignants restent de la même manière sur des présupposés voire des préjugés sur la démarche qualité et présentent par conséquent des comportements d'opposition et de résistance au changement. La question d'une approche managériale efficace s'avère alors particulièrement délicate. Les cadres de santé se retrouvent littéralement pris « *entre l'enclume et le marteau* ». Comment peuvent-ils véhiculer un discours suffisamment pédagogique, étant eux même en proie à un état d'inconfort psychologique ?

L'ancienneté professionnelle peut servir à une meilleure posture d'encadrement et donc faciliter, par l'expérience acquise, les relations interpersonnelles et de groupe. Mais elle n'a que peu d'effet sur le ressenti du cadre vis-à-vis du positionnement de son administration. Cependant, il est à noter que le temps de la formation de cadre de santé permet l'acquisition de connaissances théoriques permettant une lecture plus claire des enjeux de cette Nouvelle Gouvernance (propos de Danielle notamment).

Il existe malgré tout des éléments de rapprochement entre ces professionnels. Au même titre que pour les infirmiers sollicités pour les questionnaires, nous pouvons constater *l'existence d'un socle commun de valeurs professionnelles*. Il s'agit des notions d'écoute et de disponibilité pour leurs collaborateurs.

Enfin, la perception d'une *approche générationnelle* peut apparaître pour les cadres de santé comme un levier d'aide aux processus de résistance des soignants. Il est mis en évidence notamment par Adèle et Danielle, les positionnements des infirmiers en fonction de leur ancienneté professionnelle. Les plus jeunes semblent plus sensibilisés aux actes de traçabilité et l'utilisation d'outils de contrôle qualité. Ils peuvent amener une forme de savoir à leurs collègues plus anciens. Ces derniers à leur niveau, ont une richesse clinique plus importante, pouvant être transmise pour enrichir les pratiques de chacun.

4 ANALYSE CROISEE DES DONNEES

*"La folie est de toujours se comporter de la même manière
et de s'attendre à un résultat différent."*

Albert Einstein

4.1 Quels liens établir ?

4.1.1 Une satisfaction professionnelle en demi-teinte

Le degré de satisfaction des professionnels de santé dans l'exercice de leur métier ainsi que les critères de satisfaction (ou d'insatisfaction) retenus dans cette enquête abondent dans le même sens que les études nationales et européennes présentes dans mon cadre conceptuel. En effet, même si la grande majorité des soignants y sont attachés, ils mettent en évidence une évolution de leurs métiers et de leurs conditions de travail. Les pratiques des paramédicaux et des cadres de santé changent. Ils doivent répondre à des demandes de plus en plus fréquentes à la fois des tutelles (HAS et ARS) et par ricochet de leurs institutions. Un contexte général de changement voire de bouleversement selon certains, justifie une grande adaptabilité. La mise en place de la Nouvelle Gouvernance à travers notamment la démarche qualité et son contrôle, impacte clairement l'environnement de travail de l'hôpital psychiatrique. Il ressort de cette enquête la confrontation de deux cultures. Un débat sémantique peut alors apparaître entre le corps soignant et le corps administratif autour du concept de Qualité des soins. La rencontre de ces deux paradigmes paraît difficile à élaborer. Dès lors, quels leviers utiliser pour viser cette conciliation ?

4.1.2 Prendre en considération la culture professionnelle

La culture professionnelle en santé mentale s'avère extrêmement présente. Il apparaît essentiel de la prendre en considération. La question de l'écoute et de la disponibilité est au cœur des enjeux. Les soignants perçoivent ces items comme les fondements de la relation soignant soigné. Et lorsque l'on interroge les cadres de santé sur la notion de « *proximité* » avec les équipes

qu'ils ont en référence, le positionnement et les valeurs annoncées sont exactement les mêmes. Le cadre de santé est issu du monde du soin. Il ne peut se détacher du cœur de métier. Alors, quand il est question pour tous les soignants d'appliquer des actes qui les éloignent du patient, l'incompréhension et le conflit ne peuvent qu'apparaître. Même en en percevant l'intérêt, la question de la mise en place du contrôle qualité se confronte à une autre réalité. Les infirmiers revendiquent des soins et des prises en charge individualisés alors que l'institution leur fournit des outils génériques. Les cadres tiennent un discours complémentaire en insistant sur la nécessité d'adapter ces nouvelles pratiques à l'exercice quotidien. Se pose alors la question de la mise en application : de quelle marge de manœuvre dispose le cadre de santé avec ses équipes pour pouvoir (re)modeller ces tâches ? Doit-il être dans une application stricto sensu, ou opter pour plus de souplesse ? L'approche sera différente si la directive provient des tutelles (auquel cas la forme ne pourra pas être modulée), ou si elle émane d'une organisation interne à l'établissement (ce qui laisse plus d'opportunités pour la structurer à l'image du travail réel). Nous percevons donc que la demande d'adaptabilité ne s'applique pas que pour les soignants. Les outils administratifs à utiliser doivent s'accommoder à l'homme et non l'inverse. La question centrale du patient s'inscrit comme le point de réconciliation des préoccupations de chacun. Il ne faut donc pas confondre les choses : l'outil n'est pas la finalité, la problématique se pose lorsque l'on se focalise davantage sur les résultats, au-delà de la manière de les obtenir. Seule la pertinence humaine permet la performance.

4.1.3 Favoriser la rencontre

Je souhaite aborder un autre élément essentiel, celui de la rencontre. Nous pouvons percevoir à quel point les soignants ont le sentiment de ne pas être entendus par leur administration. Pour la plupart, ils ne se sentent pas suffisamment investis et sollicités dans la mise en place de ces nouvelles pratiques. Les phénomènes d'opposition, de résistance au changement sont directement en lien avec cette absence de communication. Pourtant les cadres interrogés sont clairs à ce sujet, ils revendiquent tous la nécessité de prendre en compte la parole et l'expertise de tous les agents de terrain. Le

changement ne s'impose pas, il s'accompagne. Et cela passe par la construction d'une politique institutionnelle dynamique. En effet, le cadre de santé, même s'il est clairement défini comme le principal acteur de la diffusion de l'information, ne peut porter seul une si lourde charge. La sensibilisation de tous passe nécessairement par une approche la plus globale possible. Chacun avec son domaine de compétences peut amener sa pierre à l'édifice, mais cela justifie pour l'organisation d'une réelle reconnaissance de tous les rôles. D'ailleurs, les professionnels sollicités pour cette enquête le demandent vivement ; il leur apparaît fondamental de rencontrer entre autres, les administratifs et les qualitiens afin de mieux saisir les tenants et aboutissants de leurs demandes. Comme le propose la théorie de la régulation sociale (chapitre 2.7), une approche collaborative permet l'instauration conjointe de règles administratives et de normes de terrain. En somme, réussir à concilier le prescrit et le réel. A ce stade, la transmission de l'information est un enjeu crucial : elle doit être descendante mais également ascendante. Selon la théorie des organisations, le pouvoir se définit par son caractère relationnel et l'un de ses fondements est l'appropriation de l'information. Pour permettre à chacun de mettre du sens sur des pratiques, il faut accepter de redéfinir les zones d'autonomie de tous les acteurs en apportant de manière objective les éléments positifs mais aussi négatifs du projet.

4.1.4 Respecter la temporalité

Il ressort également de ces entretiens et questionnaires une notion fondamentale : la temporalité. Selon les lieux d'exercice, nous pouvons nous rendre compte que les vécus sont totalement différents, que les phases d'adaptation et d'évolution ne sont pas toutes au même niveau. Les épisodes de lourdeur institutionnelle ou de dynamisme se succèdent, avec des réactions différentes des sujets en présence.

Au-delà de la démarche qualité, la Nouvelle Gouvernance amène un bouleversement institutionnel. Et pour toute action à entreprendre, il est nécessaire d'appréhender le concept général de changement. Celui-ci a son rythme, ses leviers, ses freins. Sans prise en compte de ces éléments, il ne

peut s'opérer correctement. Philippe Bernoux⁶⁸ distingue d'ailleurs la crise et le changement de la manière suivante : « *la crise est définie comme une rupture jointe à une incapacité à réguler, tandis que le changement sera décrit comme une rupture mais suivie d'une capacité à réguler* ». Cela signifie donc qu'il faut penser l'après et envisager un processus de reconstruction. Le changement ne se décrète pas. Une réglementation peut accompagner un nouveau mode relationnel mais sûrement pas le déclencher. La principale difficulté réside dans le fait d'inventer de nouvelles pratiques sociales dans un système possédant déjà des normes en vigueur. Ainsi, lorsque des soignants présentent des comportements d'opposition, de résistance voire de transgression, il est plus judicieux de les percevoir comme un mode d'accès à l'échange et la communication que comme une fin de non-recevoir. « *Le changement naît de la confrontation des réalités* »⁶⁹. Mais le cadre de santé tient une position particulièrement délicate. Il doit s'approprier la démarche à son propre niveau. Cela signifie comprendre les enjeux de la Qualité, pour dans un second temps réussir à les transmettre d'une manière claire et convaincante à ses collaborateurs. Et pour mener à bien cette mission, il ne peut s'appuyer uniquement sur ses ressources et actions personnelles. Il doit en effet accompagner plutôt que porter seul une politique dynamique et continue, impulsée par les plus hautes instances de l'établissement de soin. Seul un engagement explicite de l'institution permet d'impulser une dynamique positive au cadre et par vague, à toutes les catégories socio-professionnelles.

4.1.5 Favoriser la mixité générationnelle

Je souhaite maintenant aborder un aspect que je n'avais initialement pas perçu dans ma réflexion ni dans mon cadre conceptuel. Les échanges avec les différents cadres de santé ainsi que les données obtenues à partir des questionnaires m'ont permis de soulever un levier pertinent, à savoir l'approche générationnelle.

⁶⁸BERNOUX Philippe, La sociologie des organisations, Paris, Edition du Seuil, 2009 (collection Points)

⁶⁹ DARMON Gérard-Dominique, Eloge du changement: guide pour un changement personnel et professionnel, 3ème édition mise à jour et enrichie, Paris, Edition Pearson, 2011

La démographie soignante est en train d'évoluer, du fait des nombreux départs en retraite et de l'arrivée sur le marché du travail de jeunes diplômés. Le nouveau référentiel de 2009⁷⁰ a également bouleversé l'approche des études et du métier d'infirmier. Dès lors, au sein des équipes de soin se rencontrent de jeunes professionnels plus enclins à ces procédures qualité, cette traçabilité et les enjeux qui en découlent. Ils possèdent un savoir spécifique que n'ont pas forcément leurs aînés. Cependant, ces derniers ont à leur profit une expérience de terrain et un savoir clinique particulièrement riche. Tout l'intérêt est alors de promouvoir ce partage de connaissances afin de créer une émulation et d'harmoniser les acquis. Ces deux catégories de personnels s'appuient chacune sur une démarche réflexive, mais sur des registres de pensée différents. L'objectif du cadre d'unité de soin serait alors de permettre cette rencontre, source d'enrichissement pour chacun. Il permettrait de définir l'exercice du soignant comme un savant dosage des temps de présence auprès du patient et des moments de retranscription écrite des actes de soins réalisés.

4.1.6 Réaffirmer le sens du travail

Pour conclure, je voudrais établir un lien entre les apports de la psychodynamique du travail et ma perception globale des propos recueillis auprès des professionnels. La question du sens du travail s'impose comme la clé de voûte de cette architecture institutionnelle. Si les soignants ne peuvent s'approprier d'abord un discours puis des outils et que leur parole n'est pas entendue, alors le processus général tend à échouer. En tant que centre opérationnel, ils sont au plus près de la réalité de terrain, ils articulent au quotidien les règles de travail et les rapports humains pour que ce grand ensemble prenne sens. Ils savent clairement faire preuve de *métis*, de cette intelligence rusée. Ils s'impliquent et s'exposent pour soigner au mieux les patients. Il n'est donc pas concevable de construire l'outil de travail sans s'appuyer sur leurs vécus. Une pensée commune articulée autour du mieux-être du patient est indissociable d'une démarche qualité, pour que cette qualité soit concrète, évaluable et relationnelle. C'est d'ailleurs en abordant la question du sens que les craintes des soignants sur un éventuel contrôle de

⁷⁰ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

leurs pratiques pourront être levées. Comme évoqué par les cadres de santé interrogés, il importe d'être vigilant face au risque d'effet paradoxal des procédures qui empêcheraient les soignants d'être dans la clinique. Il est nécessaire de pouvoir faire preuve de souplesse plutôt que d'être dans une approche trop rigoriste. L'adaptabilité à l'humain est un prérequis fondamental du soin en psychiatrie. Comme l'énonce Christophe Dejours, penser les règles de travail correspond tout à la fois à la manière de travailler et à la manière de vivre ensemble.

4.2 Retour sur les hypothèses

Ainsi, au regard des éléments apportés par ces données, nous sommes en mesure de valider l'hypothèse 1 attribuant l'existence d'un conflit de valeur entre les corps soignants et administratifs. Les critères définissant des soins de qualité diffèrent selon les acteurs en présence. Les valeurs portées par le corps soignant n'apparaissent pas d'emblée similaires aux critères institutionnels de la démarche qualité. La rencontre reste malgré tout possible. Le cadre de santé trouve alors toute sa place pour traduire en une forme « *d'esperanto hospitalier* » les différents langages professionnels. L'hypothèse 2 reste tout de même à relativiser. En effet, le cadre de santé en tant que « marginal sécant » ne peut porter seul cette parole. Son action ne pourra prendre sens qu'à travers une implication des plus hautes instances décisionnaires. Seule une politique organisationnelle considérant à sa juste valeur la parole de chacun permettra la diffusion et l'appropriation de la Nouvelle Gouvernance.

4.3 Au regard de mon expérience personnelle

Je souhaiterais maintenant enrichir l'analyse précédente en partant de mon expérience de faisant fonction de cadre de santé. Au même titre que les cadres interviewés, j'ai pu être en position de management dans un service de soins aigus de psychiatrie. Et il m'apparaît intéressant de tracer une parallèle entre la mise en œuvre de la démarche qualité dans un établissement et la

prise en charge des patients en situation de crise. Lorsque le patient se retrouve au paroxysme de sa symptomatologie, l'angoisse peut le déborder, le submerger et faire ressortir des comportements auto ou hétéro agressif. Pour tenter de pallier à cela, le soignant va d'une part se montrer disponible pour pouvoir entendre la parole de l'autre. Ce respect et cette prise en compte de la réalité du sujet va généralement avoir un effet anxiolytique et sécurisant. D'autre part, les temps formels et informels mis en place au sein de l'équipe par le cadre de santé permettent de remettre du sens sur des comportements de patients. Il me semble que la place du cadre de santé à ce moment est de permettre aux professionnels de s'extérioriser un bref instant de la réalité quotidienne, pour pouvoir prendre de nouveau le temps requis à la réflexion. Le cadre tient alors une place d'aide à penser, il est là pour permettre d'accéder à un autre degré de lecture et de ne pas rester sur une vision basique des phénomènes, sans bien évidemment amener des réponses toutes faites. Il doit à mon sens amener l'équipe dans une posture réflexive. C'est en respectant ces principes que j'ai souhaité orienter mon travail d'encadrement et à ce jour je souhaite poursuivre sur cette lancée.

Si l'on transpose ces mécanismes pour la mise en œuvre de la démarche qualité, nous sommes en mesure de rejoindre les préconisations apparues au décours de l'enquête. En effet, il importe à l'institution et ses représentants d'écouter l'autre et de donner de l'importance à ses propos. Respecter la subjectivité et l'historicité de chacun peut permettre une levée progressive des phénomènes de résistance au changement. A cela, il faut ajouter un réel accompagnement pédagogique pour rendre accessible le sens des actions. Il ne suffit pas de donner à faire, mais bien au contraire d'en arriver au pourquoi il faut faire. La recherche commune de l'amélioration des prises en charge et du mieux-être du patient doit apparaître comme le point de rencontre des paradigmes soignants et administratifs. Ainsi, face à un tel positionnement de l'institution, le soignant se sentira dans un environnement de travail rassurant, où sa parole sera entendue à sa juste valeur. Tout comme pour le patient, il verra alors une diminution des processus anxiogènes. Au-delà de la nécessité, de l'utilité et de l'intérêt des directives mises en place, les institutions devraient regarder particulièrement l'intérêt d'utiliser un filtre éthique pour la mise en application des actions amenant au changement.

5 LIMITES DE L'ENQUETE

Pour finaliser cette analyse, je souhaite évoquer les limites de ce travail. Il s'agit d'une ébauche de recherche en sciences sociales et de ce fait elle présente nécessairement des axes d'amélioration. Tout d'abord, les échantillons des populations cibles ne sont pas nécessairement représentatifs de l'opinion générale des professionnels. De plus, la majorité des infirmiers ayant répondu à ce questionnaire n'ont qu'entre zéro et cinq ans d'exercice en psychiatrie. Peut-être ont-ils été plus sensibles à la thématique abordée, mais ils ne possèdent pas une longue expérience de terrain qui aurait pu amener d'autres formes de réponses. Au regard de la formulation utilisée, je m'aperçois qu'il aurait pu être plus pertinent de les questionner sur l'année d'obtention de leur diplôme et de chercher à savoir s'ils avaient pratiqué auparavant dans d'autres types d'établissement (type MCO par exemple). Si tel avait été le cas, ils auraient pu avoir des éléments objectifs de comparaison des pratiques à me transmettre. D'ailleurs, le fait de cibler cette catégorie professionnelle était un parti pris de ma part mais il paraîtrait intéressant d'élargir à d'autres corps de métiers. Qu'il s'agisse de paramédicaux ou de médicaux, la mixité est source de richesse et de confrontation d'opinions. Mais il me paraissait délicat dans ce cadre de travail d'élargir davantage mes investigations.

La prise en compte du corps administratif serait également un axe complémentaire d'analyse. Cela pourrait apparaître comme une possible ouverture de cette problématique que de vouloir comprendre et percevoir les ressentis des instances décisionnaires aussi bien internes (liées à l'organisation) qu'externes (je pense notamment aux organismes de tutelle comme l'ARS et la HAS). Cette démarche aurait pour intérêt de confronter les enjeux de chaque acteur et ainsi de cibler encore mieux les moyens d'une conciliation.

Enfin, la question de la parole des usagers et de leurs représentants permettrait encore d'affiner davantage cette réflexion générale. Quelles sont leurs attentes en termes de qualité des soins ? Etant au cœur même des dispositifs de santé, leur éclairage permettrait alors d'être le plus syntone possible pour prodiguer des prises en charge de qualité.

CONCLUSION

*« La grandeur d'un métier est peut-être, avant tout, d'unir les hommes :
il n'est qu'un luxe véritable, et c'est celui des relations humaines. »*

Antoine de Saint-Exupéry, Terre des hommes

La question de la Nouvelle Gouvernance peut se voir comme une refonte de l'organisation des établissements de santé. A travers ce mémoire de fin de formation, j'ai souhaité l'aborder par le prisme de la Qualité. Il s'agit à mon sens d'un enjeu majeur d'un système hospitalier en pleine mouvance. Elle se trouve au cœur des préoccupations, notamment financières.

Dans le domaine de la psychiatrie où l'oralité apparaît comme un élément essentiel du rapport à l'autre, l'arrivée d'outils professionnels basés sur l'écrit et la traçabilité n'est pas sans interroger des soignants aux valeurs si solidement ancrées. Comme nous avons pu le voir à travers l'enquête de terrain, la rencontre entre les paradigmes soignants et administratifs paraît possible mais difficile. Il importe de percevoir que la finalité des actions reste la même pour chacun : améliorer la prise en charge des patients. Et pour toucher ce but, le cadre de santé s'avère être un acteur clé dans la diffusion d'une politique institutionnelle dynamique et pédagogique. La Qualité peut d'ailleurs avoir un intérêt non négligeable pour le corps soignant, à savoir rendre visible certains aspects du travail infirmier en formalisant les savoirs. La question de la transmission interprofessionnelle et générationnelle peut alors s'avérer plus pertinente et productive à envisager que par la seule utilisation du langage. Les écrits demeurent et peuvent ainsi enrichir les pratiques d'un plus grand nombre. Mais la question de l'accessibilité des systèmes de recommandations est à ne pas perdre de vue ; la parole prenant de nouveau toute sa place pour permettre une communication constructive entre les différentes strates hiérarchiques. Il convient de s'appuyer sur tous les domaines d'expertise des différents corps de métiers présents à l'hôpital. Fort de cette mixité professionnelle, le cadre de santé pourra alors mettre en

place un management interculturel s'appuyant sur la richesse des rencontres avec autrui.

Parler de la Nouvelle Gouvernance et de la Qualité à l'hôpital amène inexorablement à parler de la qualité de vie au travail. Comme évoqués dans mon cadre conceptuel, les risques psycho-sociaux restent des préoccupations majeures de tout bouleversement institutionnel. Si nous réfléchissons à la santé des professionnels et à l'incidence des réformes successives sur leur état psychique, alors nous sommes directement amenés à nous questionner sur les prises en charge des patients. En effet, des actions organisationnelles vécues de manière violente par les soignants et altérant de fait leur santé mentale ou physique, peuvent impacter négativement les soins prodigués aux patients jusqu'au risque de maltraitance. Pourtant les réformes du monde de la santé veillent à donner de plus en plus de place à la parole de l'utilisateur. Le respect de ses droits apparaît clairement comme une obligation soignante. Nous devons en tant que professionnels continuer de nous questionner sans cesse sur la place attribuée au patient. Mais au regard de l'incidence sociale des troubles présentés par les personnes atteintes de maladies psychiatriques, la réflexion ne se limite pas à la question du soin mais bien à la place du sujet dans la cité. La reconnaissance de la citoyenneté de ces patients demeure encore un enjeu d'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

ALBERT Eric et EMERY Jean-Luc, Le manager est un psy, Editions d'Organisation, 1998

ARISTOTE et TRICOT Jules, Ethique à Nicomaque, Biblio textes philosophiques, 1994

BERNOUX Philippe, La sociologie des organisations, Paris, Edition du Seuil, 2009 (collection Points)

CLOT Yves, Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux, Paris, La Découverte, 2010

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, L'acteur et le système, Paris, Le Seuil, 1977, (Sociologie politique)

DARMON Gérard-Dominique, Eloge du changement: guide pour un changement personnel et professionnel, 3ème édition mise à jour et enrichie, Paris, Edition Pearson, 2011

DE GAULEJAC Vincent, Travail, les raisons de la colère, Editions Seuil, Paris, 2011, (Economie humaine)

DEJOURS Christophe, L'Évaluation du travail à l'épreuve du réel : Critique des fondements de l'évaluation, Editions Inra, Paris, 2003, (Sciences en questions, n°1)

ESTRYN-BEHAR Madeleine, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Presse de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008

FAUVET Jean-Christian et SMIA Marc, *Le manager joueur de go*, Paris, Editions d'Organisation, 2013

GALTUNG Johan, *Repenser le conflit : l'approche culturelle*, conseil de l'Europe, Strasbourg, 2002

HART Josette et MUCCHIELLI Alex, *Soigner l'hôpital*, édition Lamarre, 1994

HESBEEN Walter, *Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin*, Elsevier Masson, 2011

MEDA Dominique, *Le travail*, Paris, Presse Universitaire de France, 2004, Que sais-je ?

MINTZBERG Henry, *Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre*, Paris, Editions Eyrolles, 2012 (Références-Poche)

MINTZBERG Henry, *Le management : voyage au centre des organisations*, Paris, Organisation, 1998

MISPELBLOM-BEYER Frédérik, *Au-delà de la qualité, démarches qualité conditions de travail et politiques du bonheur*, Paris, Syros, 1999

MOLINIER Pascale, *les enjeux psychiques du travail*, Editions Payot, 2008, (petite bibliothèque Payot, numéro 581)

MUCCHIELLI Roger, *Le travail en équipe*, ESF Edition, Paris, 1996

Synthèse du rapport sur les Risques psychosociaux dans les deux fonctions publiques territoriale et hospitalière, 5eme colloque du Fonds national de prévention de la CNRACL (caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales), pour une prévention durable des risques psychosociaux dans les fonctions publiques territoriales et hospitalières, 10 juillet 2013

Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, janvier 2014

Revues

BOURRET Paule, Que font les cadres de santé ?, *Santé Mentale*, Décembre 2010, n°153, p34-p41

DAVEZIES Philippe, Eléments de psychodynamique du travail, Education permanente, Mars 1993, n°116, p33-46

DELPLANQUE Régine, Stratégie de changement, comment gérer la crise et piloter la transformation négociée ?, *Soins Cadres*, Octobre 2008, supplément au n°67, p8-p11

DETCHESSAHAR Mathieu, Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management, *Soins Cadres*, Février 2013, n°85, p28-p32

DURAND Sandra, Les risques psychosociaux : de quoi parle-t-on ?, *Soins Cadres*, Février 2014, n°89, p61-p62

ESTRYN-BEHAR Madeleine, Interface entre les normes et les référentiels, et l'activité de travail réelle des soignants, *Revue Adsp*, Juin 2001, n°35, p71-p73

PATIN Bertille, Produire des soins et prendre soin, *Santé mentale*, Décembre 2010, n°153, p26-p33

VIAL Michel, Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser, *Soins Cadres*, Février 2005, n°53, p27-p30

Webographie

Intersyndicale de Défense de la psychiatrie publique, Le livre Blanc de la psy, version février 2012, consulté le 12/12/2013, disponible sur :
<http://static.hospimedia.fr/documents/00000/LeLivreBlancVDfevrier2012.pdf>

Site éthiquepublique.revues.org, Article de Diane Girard, Conflits de valeurs et souffrance au travail, Éthique publique [En ligne], vol. 11, n° 2, 2009, mis en ligne le 10 mai 2011, consulté le 11 octobre 2012. Disponible sur : <http://ethiquepublique.revues.org/119> ; DOI : 10.4000/ethiquepublique.11

Site cnrtl.fr, Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, consulté le 24/09/2013, disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/equipe>

Site Haute Autorité de Santé, article de Florence Pouvesle, la certification en psychiatrie : contrainte ou opportunité ?, consulté le 17/11/2013, disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602351/fr/la-certification-en-psychiatrie-contrainte-ou-opportunite
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapportcollege_ha_s_horizons.pdf

Site hopital.fr, les missions de l'hôpital : la qualité, consulté le 21/11/2013, disponible sur : <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Nos-missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-missions-de-l-hopital/La-qualite>

Site Hospimédia, article de Lydie Watremetz, Changements tous azimuts en psychiatrie, publié le 03/02/2012, consulté le 08/02/2013, disponible sur : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20120203-colloque-fhf-sph-changements-tous-azimuts-en-psychiatrie>

Site infirmiers.com, « Les Palmarès du bonheur professionnel », Institut Viavoice- le Nouvel Observateur, publiée le 25 octobre 2013, consulté le 15/03/2014, disponible sur : <http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/edito-euh-heureux-ils-sont-heureux-les-soignants.html>

Site infirmiers.com, article de Christophe Peiffer, la double contrainte de l'infirmière, publié le 14/06/12, consulté le 24/02/2014, disponible sur :

<http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/la-double-contrainte-de-infirmiere.html>

Site de l'Institut de Recherche et Documentation en économie de la Santé, Dépenses de santé, compte de la santé 2012, mis à jour en septembre 2013, consulté le 02/10/2013, disponible sur :

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DepensesSante/ConsoMedicaleTotale.htm>

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>

Site de la documentation française, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Mesurer les facteurs de risques au travail pour les maîtriser, 2011, consulté le 19/03/14, disponible sur :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000201/>

Site du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, publié le 06/04/2012, consulté le 14/11/2013, disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr/presentation-du-plan-sante-mentale-2011-2015.html>

Site du Nouvel Observateur, Article de Bruno Martrette, L'hôpital rend les soignants malade, publié le 21/09/2013, consulté le 15/03/2014, disponible sur :

<http://pourquoi-docteur.nouvelobs.com/L-hopital-rend-les-soignants-malades-4035.html>

Site novethic.fr, Article de Marie José Gava, « Des salariés seuls face aux injonctions paradoxales », publié le 26/04/2011, consulté le 26/01/2013, disponible sur :

http://www.novethic.fr/novethic/entreprises/ressources_humaines/conditions_de_travail/des_salaries_seuls_face_injonctions_paradoxales/133490.jsp

Site [ordre-infirmiers.fr](http://www.ordre-infirmiers.fr), projet de code de déontologie, consulté le 12/01/2014, disponible sur :

<http://www.ordre-infirmiers.fr/code-de-deontologie/le-code.html>

Site [pistes.revues.org](http://www.pistes.revues.org), revue électronique Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé, article de Caroline Cintas, Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique, PISTES, Vol 11, n°1, Mai 2009, consulté le 18/11/2013, disponible sur :

<http://www.pistes.uqam.ca/v11n1/articles/v11n1a2.htm>

Site RePS.psychologie-sociale.org, article de Vaidis D. et Halimi-Falkowicz S. (2007). *La théorie de la dissonance cognitive : une théorie âgée d'un demi-siècle*. Revue électronique de Psychologie Sociale, n° 1, pp 9-18, disponible sur :

<http://RePS.psychologie-sociale.org>

Textes législatifs

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, consultée le 15/03/2014, disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, consultée le 15/03/2014, disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, consultée le 15/03/2014, disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des

personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, consultée le 15/03/2014, disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027996629&dateTexte=&categorieLien=id>

Article L. 4124-2 du Code du travail, consulté le 21/03/14, disponible sur :

<http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006689840&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=>

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, consultée le 15/03/2014, disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005620817&dateTexte=20100517>

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, consulté le 15/03/2014, disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&dateTexte=&categorieLien=id>

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier (consulté le 02/02/2013) disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>

Accord national interprofessionnel en matière de stress du 2 juillet 2008 et, consulté le 21/03/14, disponible sur :

http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Accord_stress_au_travail_du_2_juillet_2008.pdf

Accord national interprofessionnel sur le harcèlement et la violence au travail du 26 mars 2010, consulté le 21/03/14, disponible sur :

<http://www.inrs.fr/accueil/risques/psychosociaux/harcelement-violence-interne/reglementation.html>

TABLE DES ANNEXES

Annexe I :	Grille de questionnaire infirmier	I
Annexe II :	Grille d'entretien cadre de santé	III
Annexe III :	Retranscription entretien cadre de santé	V

Annexe I

Grille de questionnaire Infirmier

Actuellement étudiant cadre de santé à l'Ecole Supérieure Montsouris, je me permets de vous solliciter pour mon mémoire de fin d'étude. Ce dernier a pour thème l'incidence de la mise en place de la démarche qualité à l'hôpital et plus précisément en psychiatrie. Je tiens à vous préciser que ce questionnaire est adressé aux infirmiers (ères). Il reste totalement anonyme. Je vous remercie par avance de votre participation.

1. Depuis combien de temps exercez-vous en psychiatrie ?

☐ 0-5 ans ☐ 5-15 ans ☐ 15-25 ans ☐ +25 ans

2. Vous sentez-vous satisfait dans l'exercice de votre profession ?

☐ Oui ☐ Non

Pour quelles raisons ?

-
-
-

3. En tant que soignant en psychiatrie, quels sont vos critères principaux pour définir une prise en charge de qualité d'un patient ?

-
-
-

4. Ressentez-vous une évolution de vos pratiques professionnelles en lien avec la mise en place de la démarche qualité (EPP, traçabilité...) ?

☐ O ☐ N

Si oui, vous ressentez cela comme une évolution :

☐ Favorable ☐ Neutre ☐ Défavorable

Pourquoi ?

5. Pensez-vous que ce travail administratif lié aux exigences de contrôle qualité fait partie de votre travail de professionnel de santé ?

☐ O ☐ N

Précisez :

6. Le temps passé à la réalisation de ce travail de contrôle qualité et de traçabilité occupe dans votre pratique quotidienne, une place :

☐ Très peu importante ☐ peu importante ☐ assez importante ☐ très importante

7. L'application de ces tâches administratives a-t-elle un impact sur votre travail au quotidien auprès du patient ?

☐ O ☐ N

Lequel ?

8. Comment jugez-vous l'intérêt de ce travail de contrôle qualité:

☐ Pas satisfaisant du tout ☐ Peu satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Très satisfaisant

9. Avec quel(s) professionnel(s) parlez-vous de ces contrôles qualité demandés par l'administration (en termes d'intérêt, de compréhension, d'information, d'amélioration pour la prise en charge du patient...)?

-

-

10. Pensez-vous qu'il serait nécessaire de pouvoir discuter de ces contrôles avec d'autres professionnels ?

☐ O ☐ N

Si oui, lesquels ?

Grille d'entretien cadre de santé

1. Depuis combien de temps exercez-vous comme cadre de santé ?
2. Ressentez-vous une évolution des pratiques professionnelles pour les soignants que vous avez en référence, concernant les demandes de contrôles qualité (procédures, traçabilité) ?
 - a. Si oui lesquelles ?
3. Ces équipes de soin vous font-elles un retour d'expérience sur une évolution de leurs pratiques à ce sujet ?
 - a. Globalement quel est leur ressenti face à la mise en œuvre de la démarche qualité : EPP, procédures etc. ?
 - b. De quelle manière se fait ce retour ? Informelle, formelle ? (réunions d'équipe, institutionnelles, supervision, etc.)
4. Et à votre niveau avez-vous ressenti une évolution dans votre travail en lien avec la démarche qualité : reporting, participation à des réunions portant sur ce thème... ?
 - a. Si oui :
 - I. Quelle place prennent ces actes en lien avec les contrôles qualité dans votre activité quotidienne ?
 - II. Cela influence-t-il votre temps de présence auprès de votre ou vos équipes ?
 - III. Plutôt positif ou pas ?
 - b. Si non : pourquoi ?
5. Vous sentez vous suffisamment proche du travail opérationnel pour percevoir les éventuelles difficultés du quotidien ?
 - a. Si Oui :
 - I. Ces temps d'échanges sont-ils individuels ou collectifs ? Formels ou informels ?
 - II. Avez-vous la possibilité de les faire remonter à votre encadrement direct ?

- b. Si Non :
 - I. Avez-vous suffisamment de temps disponible pour les rencontres avec les soignants ?
- 6. Quelle importance donnez-vous à la notion de cadre de proximité ?
- 7. A votre avis, avec quels acteurs les différentes démarches qualité doivent-elles être conçues?
- 8. Comment l'intérêt des contrôles qualité et la mise en place de procédure sont-ils expliqués aux soignants ?
 - a. Par qui ?
 - I. Quelle sont les places respectives du cadre de santé et de l'institution dans cette démarche explicative ?
 - b. Quand ?
 - I. En tant que cadre, en avez-vous la disponibilité ?
 - c. Sous quelle forme ?
 - I. A quelle fréquence s'il s'agit de temps formalisés ?
- 9. Pensez-vous avoir suffisamment d'informations de la part de votre institution pour comprendre les enjeux de la démarche qualité et la mise en place de ses outils (procédures, dossier informatisé du patient...) ?

Retranscription entretien cadre de santé

1. Depuis combien de temps exercez-vous comme cadre de santé ?

Réponse : Depuis juillet 2002, donc 12 ans.

2. Ressentez-vous une évolution des pratiques professionnelles pour les soignants que vous avez en référence, concernant les demandes de contrôles qualité (procédures, traçabilité) ?

a. Si oui lesquelles ?

Réponse : De toute façon c'est toujours en évolution, avec des moments plus ou moins lourds, des moments plus ou moins charnières en fonction des pratiques, en fonction des demandes aussi. Je pense par exemple à la traçabilité du dossier, la traçabilité des médicaments, la traçabilité générale. C'est lié aussi au coût de l'évolution et au bon fonctionnement des logiciels aussi. Ça c'est quelque chose qui ajoute de la lourdeur même si euh je dirais que les soignants ont compris l'intérêt de la traçabilité : l'intérêt pour eux bien sûr de leurs soucis, de leurs savoirs, de leurs savoir-faire, mais aussi l'intérêt pour le patient dans la continuité de la prise en charge.

3. Ces équipes de soin vous font-elles un retour d'expérience sur une évolution de leurs pratiques à ce sujet ?

Réponse : (Silence) Je dirai que maintenant euh la traçabilité fait partie intégrante du travail. Ce qui a pu gêner à un moment donné, par exemple d'avoir lors d'un entretien en psychiatrie l'écran face à un patient pouvait être un écran tout simplement à l'entretien. Je crois que maintenant les gens se sont habitués à avoir l'écran même s'ils ne l'utilisent pas comme écran, et cela fait partie intégrante de la prise en charge : c'est-à-dire y a l'entretien si l'on parle de l'entretien et puis y a la transcription la plus fidèle possible pour permettre la continuité du soin.

Dans les équipes que je gère, cela fait partie intégrante du travail. On sait que dans la charge de travail il y aura la retranscription du dossier comme avant ils faisaient de façon manuscrite. On ne peut pas faire l'économie de ça pour la prise en charge du patient.

a. Globalement quel est leur ressenti face à la mise en œuvre de la démarche qualité : EPP, procédures etc. ?

Réponse : Concernant les procédures, je dirais qu'au tout début de la démarche qualité il y avait beaucoup plus de lourdeur institutionnelle. J'ai l'impression que maintenant le suivi, il est mieux. Ça va aussi avec la politique qualité. Maintenant y a des audits qualité à un moment donné, y a des audits, des documents à remplir. Je dirai que maintenant ça se fait, j'ai pas envie de dire naturellement mais les gens s'y conforment assez bien même si quelques fois y a des petites remarques. Mais je dirai que c'est dans la continuité de la politique qualité de l'établissement.

Au début, je pense que les gens pensaient qu'ils allaient perdre le sens de leur travail. La psychiatrie c'est vraiment basée sur l'écoute, l'attention à l'autre euh l'observation. Et que là, y avait un juste milieu à trouver entre le savoir-faire qu'on avait et puis savoir comment intercaler toute cette procédure, cette traçabilité. Et finalement je pense que cela s'est relativement bien passé. Je dirai que depuis deux-trois ans y a un côté beaucoup plus fluide. C'est peut être aussi lié à l'arrivée de nouveaux infirmiers qui finalement... L'ordinateur, la traçabilité ça fait un peu partie d'eux. J'ai envie de dire l'ancien infirmier sans vouloir être péjoratif n'avait pas la culture de la traçabilité : y avait pas la traçabilité médicamenteuse, y avait pas la traçabilité de l'écrit aussi facile. Là du coup. Là du coup c'est devenu imposé, alors du coup avec le côté imposé y a eu « on va vérifier notre travail » et que maintenant les gens ont compris que c'est pas vérifier leur travail. Donc y a eu toute cette phase là au moment où je suis arrivée en 2002 et puis toute cette évolution où maintenant ils ont compris l'intérêt de la traçabilité. L'arrivée des nouveaux fait qu'il y a une sorte d'émulation et cela se passe bien. Les échanges générationnels qui font qu'entre ceux à qui on apprend dès la formation et les autres. Y a une sorte d'émulation qui se fait entre les deux, c'est une espèce d'osmose et du coup je dirais que depuis deux ou trois ans cela évolue. Et puis y a aussi toute cette qualité de l'institution qui fait que l'on est plus, enfin qu'il y a moins de

lourdeur institutionnelle. Parce que t'as l'impression que la politique qualité elle vit. C'est une conjugaison de tout ça.

b. De quelle manière se fait ce retour ? Informelle, formelle ? (réunions d'équipe, institutionnelles, supervision, etc.)

Réponse : Y a les deux : y a de personne à personne et avec l'équipe bien sûr. Dans un service, on fait une réunion d'équipe par mois donc de manière formelle. Quand j'amène aussi l'information au moment des réunions de synthèse, quand y a des dysfonctionnements. Je dirais que y a pas de ... y a bien sûr des moments formalisés mais je pense que le rôle aussi du cadre c'est d'entendre tout à tout moment.

4. Et à votre niveau avez-vous ressenti une évolution dans votre travail en lien avec la démarche qualité : reporting, participation à des réunions portant sur ce thème... ?

Réponse : Moi j'ai fait partie du groupe qualité déjà donc c'était un peu plus facile pour moi pour avoir un peu la représentation du euh du pourquoi et d'avoir une information plutôt descendante. Y a forcément un changement une évolution parce que nous on doit transmettre l'information. Non seulement on doit transmettre l'information mais il faut transmettre l'information et voir qu'elle soit bien comprise et que la tâche est bien effectuée si l'on peut le dire comme ça. Donc y a forcément un changement dans la pratique.

I. Si oui, quelle place prennent ces actes en lien avec les contrôles qualité dans votre activité quotidienne ?

Réponse : Quantifier je sais pas j'en sais rien. Il est quand même... Je dirais que distribuer l'information, les bons documents, vérifier et revérifier. Euh, reprendre rendez-vous avec le service qualité pour la bonne traçabilité, revoir avec les équipes. Si je parle par exemple de la traçabilité des locaux avec les agents de soins, c'est quelque chose qui est important quand même ; la chambre du patient, l'environnement du patient c'est important, y a pas que les infirmiers. Vérifier que ce soit bien fait, qu'ils aient le bon matériel, les

bonnes procédures, les bons produits, le bon approvisionnement. La traçabilité après avec l'infirmier hygiéniste. C'est un exemple mais c'est autant de suivi qui ont une continuité. Je sais pas la quantifier, en tout cas ça nécessite de la part du cadre d'être attentif et vigilant à tous les niveaux

II. Cela influence-t-il votre temps de présence auprès de votre ou vos équipes ?

Réponse : Oui ça a influencé car ça me permet d'avoir une lecture plus précise du pourquoi parce que quelque fois c'est pas toujours compris alors on me demande. Et ça permet d'avoir une autre lecture et de repréciser, dans la politique générale, et de dire pourquoi il faut faire ça. C'est sûr qu'il y a forcément un impact.

5. Vous sentez vous suffisamment proche du travail opérationnel pour percevoir les éventuelles difficultés du quotidien ?

Réponse : La disponibilité, ça c'est toujours un problème (rires). En tout cas moi j'essaie d'être toujours à l'écoute à tous les niveaux que ce soit. De l'agent logistique à l'infirmière à l'infirmière coordinatrice, il faut que l'on soit attentif à tous les niveaux parce que la finalité c'est quand même bien la prise en charge du patient ! La prise en charge de qualité ! Avec les bonnes procédures mais aussi que le soignant ou la personne soit, je vais pas dire dans un confort, puisse travailler de façon satisfaisante. La qualité du travail.

I. Si oui, ces temps d'échanges sont-ils individuels ou collectifs ? Formels ou informels ?

Réponse : Formels et informels. Et puis quelques fois réunions grande équipe et puis certains professionnels : avec l'équipe logistique, les infirmiers...

II. Avez-vous la possibilité de les faire remonter à votre encadrement direct ?

Réponse : Toujours. Toujours. Je fais toujours remonter au n+1. Une fois par semaine pour le département d'addictologie. Avec le secteur 1 c'est pas encore tout à fait formalisé car j'ai le poste depuis le 1^{er} janvier.

6. Quelle importance donnez-vous à la notion de cadre de proximité ?

Réponse : (Silence) C'est à la fois complexe et à la fois... Cadre de proximité ça veut dire être près des équipes. Hiérarchiquement on est celui qui est juste après les soignants, c'est pour ça qu'on appelle ça cadre de proximité. Mais je suis pas sûr que ce soit un bon terme. Certes proximité ça veut dire que l'on doit être à l'écoute. Dans l'aspect de proximité j'y vois quelque chose de négatif, le côté distance avec l'équipe c'est pour ça que le terme ne me plait pas trop. Certes on peut être proche mais pas fusionnel. La proximité je la vois dans le sens on est attentif à tout ce qu'on vient de dire tout de suite, à ce que tous les rouages fonctionnent à peu près bien, ou les engrenages je sais pas comment je peux le dire. On est la première personne relayeur de l'information au n+1 et aux différentes instances de la politique qualité puisque l'on parle de la qualité des soins et la politique des soins. C'est ce que j'y vois moi en tant que cadre de proximité.

7. A votre avis, avec quels acteurs les différentes démarches qualité doivent-elles être conçues?

Réponse : (Silence) Je crois que le premier c'est le service qualité, mais je crois qu'il faut tous les acteurs quel que soit le niveau mais euh... Moi j'ai eu affaire à des audits qui sont faits par des gens qui bien sûr travaillent dans l'établissement mais dans des univers complètement différents, médico-social etc. Et c'est très enrichissant parce que quand ils viennent t'interroger c'est quelque chose de très particulier. C'est intéressant parce qu'ils nous apprennent des choses sur leur métier et toi tu leur apportes des choses sur ton service. Et je crois que c'est, comment on dit, l'interdisciplinarité peut être quelque chose d'intéressant en tout cas et ça permet peut être aussi de mieux être placé dans le positionnement. Car tu es complètement neutre, tes questions ne touchent pas forcément quelque chose que tu connais. Dans l'idée c'est faire participer un maximum de gens d'univers différents, quand je parle d'univers c'est de secteur de travail (médico-social, personnes âgées, pédopsychiatrie...). C'est intéressant car les gens te posent des questions et font des comparatifs avec leur milieu. Pour éviter les préjugés. C'est vraiment

un échange de pratiques au-delà d'audit qualité. Je pense qu'il faut vraiment un panel de professionnels engagés pour ce genre d'audit.

8. Comment l'intérêt des contrôles qualité et la mise en place de procédure sont-ils expliqués aux soignants ?

a. Par qui ?

I. Quelle sont les places respectives du cadre de santé et de l'institution dans cette démarche explicative ?

b. Quand ?

I. En tant que cadre, en avez-vous la disponibilité ?

c. Sous quelle forme ?

I. A quelle fréquence s'il s'agit de temps formalisés ?

Réponse : Y a plusieurs niveaux. Y a d'abord les procédures qualité que les professionnels peuvent maintenant avoir accès par l'intranet. Il peut à tout moment se référer aux procédures, c'est une démarche individuelle. Ensuite, y a (euh) le service qualité peut venir apporter les documents, afficher et diffuser les documents et expliquer lors des réunions. Y a aussi la DRH, je pense aux EEP (entretien et évaluation professionnelle) par exemple. Tout cela est relayé par le cadre de proximité. Ça veut dire qu'il peut y avoir des réunions organisées où on demande la présence du cadre de proximité pour relayer aussi l'information. Le soignant ou le salarié a de multiples supports pour pouvoir être dans la bonne pratique si je peux dire. Il y a les classeurs pour la mémoire immédiate et l'intranet pour les procédures plus précises. Il y a donc une responsabilité individuelle et institutionnelle. La responsabilité institutionnelle c'est aussi un moyen de vérifier les bonnes pratiques. Donc l'information elle est descendante du service qualité et l'information elle est remontante comme on disait tout à l'heure, à qui nous, comment on fait une remontée... Le cadre de proximité est aux deux niveaux. Du coup il a une place particulière. Il est la personne ressource car on lui transmet l'information montante ou descendante. Après c'est à lui d'organiser comme il le souhaite, avec son autonomie.

9. Pensez-vous avoir suffisamment d'informations de la part de votre institution pour comprendre les enjeux de la démarche qualité et la mise en place de ses outils (procédures, dossier informatisé du patient...) ?

Réponse: (Silence) Trop d'information tue l'information. A-t-on la bonne information au bon moment, ça c'est une autre question... Je ne suis pas sûr qu'on l'ait toujours au bon moment. Parfois on est inondé de mail et il faut faire le tri. Je crois que le rôle du cadre de santé, c'est de transmettre la bonne information au bon moment. Même si tu satures il faut être bienveillant et ne pas inonder à son tour trop d'informations à l'équipe. C'est un peu une alchimie, un savant dosage d'informations qui sont inhérentes à notre métier mais que ça ne prenne pas tout le pas sur notre métier qui reste le soin et la qualité du soin. Et quelque fois il faut savoir faire entendre que non j'ai pas encore eu le temps de mettre en place parce que les exigences du service qualité ne sont pas toujours plus prioritaires que d'autres. C'est ça le rôle du cadre de santé, c'est de... j'ai envie de dire on doit toujours rendre notre copie au bon moment mais on a aussi à se positionner et prioriser. On est en psychiatrie et je crois qu'il faut garder le sens du soin, du travail et que même si la traçabilité, la qualité est quelque chose d'important, il faut aussi garder tout ce sens, la place de la qualité, j'ai envie de dire la qualité relationnelle.

Il faut garder en tête que la politique qualité fait partie intégrante de la prise en charge, ce qui n'était pas le cas au départ, c'était vécu comme une lourdeur institutionnelle. On a l'impression que maintenant c'est passé dans les mœurs et que la politique de la qualité on la fait vivre tous ensemble avec cette espèce d'alchimie dont je parlais tout à l'heure. Le cadre doit faire la part des choses entre les demandes du patient et de l'institution. Mais c'est inhérent, on ne peut pas faire autrement car l'institution rend elle-même des comptes à des tutelles. C'est normal, on a tous à notre niveau à rendre des comptes à un n+1 et ça finalement je crois que c'est intégré, ça ne l'était pas y a quelques années. Les gens ont globalement compris le sens de la démarche. La certification, je pense que les gens sont fiers quand l'établissement est certifié. Du coup, tout le monde est acteur dans la démarche. Il y a à peu près cinq fois moins de gens dans le groupe de travail certification maintenant qu'au début de la mise en place car maintenant on sollicite plus les soignants sur le terrain. On y gagne en intérêt et aussi en ressources humaines, on déplace moins de gens dédiés à ça. On donne plus de concret et c'est aussi une façon de faire vivre plus. Au départ c'était vécu comme du contrôle, on mettait des notes pour les premières certifications

alors que maintenant c'est plus continu, les gens sont assez à l'aise avec ça, y a plus d'appréhension je crois sur l'explication de son travail. Avec un travail progressif les mentalités évoluent. Il y avait au départ beaucoup de résistance au changement. La peur liée à un sentiment de contrôle, mais pour améliorer quelque chose il faut bien une base, il faut bien partir de quelque chose. Et c'est ça qu'il faut faire vivre, une fois que les gens ont compris c'est bon. On en revient toujours à la même chose. C'est aussi la base de notre travail en psychiatrie, c'est de donner du sens à notre travail, pourquoi tu fais ça ? Et si on parle de qualité, c'est quand même bien la qualité du soin.

Il faut du temps. Ça passe forcément par de l'évaluation, ça passe forcément par du contrôle ça passe forcément par du conflit, de la résistance au changement mais je dirai que c'est grâce à tout ça que ça marche. Y a du contrôle qui est mal perçu donc ça s'appelle de la résistance, après y a de l'appropriation et après de la confiance. Et après la confiance y a la continuité. Et après c'est faire vivre, mais faut pas baisser les bras, faut continuer à le faire vivre. Ça passe par la qualité au travail, la formation, y a la qualité des soins et la qualité du soignant et ça passe forcément par l'évaluation pour voir les besoins en formation. Les anciens détiennent un savoir et les jeunes un autre type de savoir, il faut du mélange et dans une équipe aussi, il faut partager. Cette alchimie et ce savant dosage pour partager ces savoirs.



Diplôme de Cadre de Santé

DCS@13-14

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

**Nouvelle Gouvernance en psychiatrie :
*Vers un management interculturel***

M.DUFOUR Nicolas

MOTS CLES

Psychiatrie; Cadre de santé; Démarche
Qualité; conflit de valeur; Nouvelle
Gouvernance

KEY WORDS

Psychiatry; Nurse manager; approaching
quality ; conflict of values ; Nouvelle
Gouvernance

RESUME

Depuis une vingtaine d'années, Le système hospitalier français est en pleine mutation. L'instauration récente de la Nouvelle Gouvernance aboutit à une modification en profondeur de l'organisation des établissements de santé mais également des pratiques soignantes. Les professionnels doivent dorénavant intégrer dans leur travail de nouvelles tâches en lien notamment avec la démarche Qualité. En psychiatrie où l'oralité apparaît comme un élément essentiel du rapport à l'autre, l'arrivée d'outils basés sur l'écrit et la traçabilité n'est pas sans interroger des soignants aux valeurs si solidement ancrées. Un débat sémantique peut alors apparaître entre le corps soignant et le corps administratif autour du concept de Qualité des soins. Basé sur une enquête de terrain menée auprès d'infirmiers et de cadres de santé, ce travail tend à vérifier l'existence potentielle d'un conflit de valeur. Si tel est le cas, le cadre de santé est-il à même de pouvoir concilier ces deux paradigmes ?

ABSTRACT

Over the last twenty years, the French health system has been in constant flux. The recent establishment of La Nouvelle Gouvernance led to a deep modification of the organisation of medical centres as well as nursing practices. From now on, professionals need to incorporate new tasks into their work, especially when it comes to approaching quality.

In Psychiatry, where speech appears to be a fundamental element when it comes to interacting with others; the arrival of tools based on writing and traceability can question the assertive values of some caregivers. Therefore when it comes to the quality of care administered, a semantic debate can arise between administration and nursing staff.

Based on a survey given to nurses and nurse managers, this paper can underline a potential conflict of values. If this is the case, can the nurse manager reconcile with both paradigms?