

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

Sens et performance

***Comment le cadre de santé en psychiatrie
peut-il redonner du sens au travail des
soignants afin d'améliorer la qualité des
soins ?***

Bénédicte MONTEIRO DE ALMEIDA

DCS@22-23

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM 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'ESM – Formation & Recherche en Soins.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à exprimer mes sincères remerciements à Yannick Moszyk, mon directeur de mémoire, pour son précieux soutien et son expertise tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Mes remerciements vont également à l'équipe pédagogique de l'École Supérieure de Montsouris qui, malgré le contexte particulier de cette année de formation, a su être rassurante et encourageante.

Je souhaite exprimer mes remerciements les plus chaleureux à Olivia, Laura et Justine, devenues des amies, pour leur soutien et leur inspiration durant cette année de formation.

Je tiens à adresser mes plus tendres remerciements à mon compagnon, Patrick, pour son soutien indéfectible et son amour tout au long de cette année de formation. Enfin, je voudrais exprimer mon affection et ma reconnaissance à mes enfants, Isak et Loïs, pour leur patience et leur soutien alors que j'étais si peu présente ces derniers mois.

« Là où la raison est impuissante à nous venir en aide, nous avons recours au sens.
Le sens est le substitut de la raison dans l'obscurité »

Sigmund Freud, *L'Avenir de l'illusion* (1927)

Table des matières

Liste des abréviations.....	3
Introduction.....	4
1 L'objet de recherche.....	6
1.1 Le constat d'appel.....	6
1.1.1 En tant qu'infirmière.....	6
1.1.2 En tant que faisant fonction cadre de santé.....	7
1.2 Des questionnements à la question de départ.....	9
2 Le Cadre Théorique.....	11
2.1 La question du sens du travail.....	11
2.1.1 Définitions du sens et du travail.....	11
2.1.2 Le sens du travail.....	12
2.1.3 La perte de sens.....	14
2.1.4 La construction du sens.....	17
2.2 Les acteurs.....	19
2.2.1 Le cadre de santé.....	19
2.2.2 L'équipe : un groupe « vivant ».....	23
2.2.3 « L'appareil psychique groupal ».....	24
2.3 L'évolution de la recherche : la question de recherche et formulation de l'hypothèse ...	25
3 L'enquête de terrain : méthodologie.....	26
3.1 Le choix des outils.....	26
3.2 Le choix des profils et des lieux d'enquête.....	26
3.3 Le déroulement de l'enquête.....	28
3.4 Les limites de l'enquête.....	28
4 La restitution des entretiens et analyse des données.....	29
4.1 Le constat d'une perte de sens.....	29
4.1.1 Une réalité.....	29
4.1.2 Les causes de la perte de sens.....	30
4.1.3 Les conséquences de la perte de sens.....	34
4.2 La co-construction du sens du travail.....	35
4.2.1 Le cadre de santé.....	35
4.2.2 La co-construction du sens du travail : des prérequis.....	35
5 La signification et la contribution de l'étude :.....	39
5.1 Des concepts émergents issus de l'enquête.....	39
5.1.1 La motivation.....	39
5.1.2 La professionnalisation.....	40
5.1.3 De l'élaboration clinique vers la mise en discussion du travail réel.....	42

5.2	Le rôle du cadre de santé.....	43
5.2.1	Le management.....	43
5.2.2	Construire le sens du travail.....	44
5.3	Des incorporats institutionnels vers le conflit de critère de travail.....	45
5.3.1	Les incorporats institutionnels	45
5.3.2	Les conflits d'équipe	46
6	Synthèse.....	48
6.1	Les limites de la recherche.....	48
6.2	Confirmation de l'hypothèse.....	48
6.3	La question de recherche.....	49
	Conclusion.....	50
	Bibliographie	52

Liste des abréviations

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDS : Cadre De Santé

CMP : Centre Médico Psychologique

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFAS : Institut de Formation d'Aides-Soignants

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

ISP : Infirmier de Secteur Psychiatrique

Introduction

Au cours de cette année d'étude à l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'École Supérieure Montsouris, en lien avec le Master 1 Management des Organisations Soignantes de l'Université Paris Est Créteil, j'ai eu l'opportunité d'approfondir ma compréhension de la fonction de cadre de santé. Grâce aux enseignements théoriques et aux échanges avec mes pairs, j'ai pu affiner ma vision du métier. Ce mémoire constitue ainsi le point d'orgue de cette année de formation intense et riche en enseignements.

La perte de sens du travail des soignants en psychiatrie est un enjeu préoccupant dans le contexte actuel. La crise sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19 a mis en lumière les difficultés auxquelles sont confrontés les travailleurs de la santé, notamment les professionnels de la psychiatrie. En effet, si les mesures de distanciation sociale et de confinement ont augmenté les niveaux de stress, l'anxiété et l'isolement social chez de nombreuses personnes, aggravant ainsi les problèmes de santé mentale. L'incapacité actuelle des hôpitaux psychiatriques à accueillir les patients, attendant dans les services d'accueil des urgences, dans des conditions optimales, met en péril les valeurs humaines et professionnelles des soignants qui luttent pour maintenir le sens de leur mission. Cette situation est d'autant plus préoccupante que le nombre d'hospitalisations augmente mais que les ressources et les effectifs restent limités.

La perte de signification dans le travail des soignants en psychiatrie peut être aussi expliquée par plusieurs facteurs, notamment la pression pour atteindre des objectifs quantitatifs tels que le nombre de patients traités ou la durée de leur séjour peut avoir un impact négatif en orientant les soins vers une approche centrée sur les tâches plutôt que sur les personnes, ce qui peut faire perdre de vue la dimension humaine des soins.

De plus, la stigmatisation associée aux maladies mentales et la vision négative de la psychiatrie en général. D'autant plus que la prise en charge des pathologies psychiatriques chroniques représente une spécialité complexe et difficile pour les professionnels de la santé mentale. En effet, contrairement à d'autres maladies, ces troubles sont souvent caractérisés par l'absence de guérison complète et nécessitent souvent des soins à vie. Les rechutes et les crises peuvent être fréquentes, nécessitant des hospitalisations répétées pour une stabilisation. Cela peut être frustrant pour les soignants qui ne voient pas toujours la rémission chez ces patients.

En tant qu'infirmière en psychiatrie depuis 18 ans, j'ai toujours attaché de l'importance à la construction collective du sens de notre pratique clinique. Mon expérience m'a montré que cela était essentiel pour adopter la meilleure posture dans la relation soignant-soigné. Bien que cette élaboration collective soit devenue plus difficile, je suis convaincue de sa nécessité.

Il est donc déterminant de reconnaître la complexité de la pratique en psychiatrie et de réfléchir à la façon dont les soignants peuvent retrouver le sens de leur travail. Cela peut impliquer une réflexion sur le rôle du cadre de santé dans cette quête, ainsi que sur les enjeux de la co-construction de ce sens du travail. Il est fondamental de prendre en compte la dimension humaine et relationnelle de la psychiatrie pour que les soignants puissent accomplir leur travail de manière significative et satisfaisante.

Dans la première partie de mon travail, j'expliquerai le cheminement vers ma question de départ. Dans la deuxième partie, je fournirai des éléments conceptuels pour mieux appréhender cette problématique et en formuler une hypothèse. La troisième partie de ce travail sera consacrée à la

méthodologie de recherche utilisée. Enfin, dans la partie suivante, je présenterai les résultats de cette enquête, en mettant en lumière les concepts émergents qui peuvent aider à mieux comprendre la perte de sens du travail des soignants en psychiatrie. Je conclurai cette étude en proposant des pistes pour retrouver le sens du travail en psychiatrie, en prenant en compte les dimensions relationnelles et collectives du soin.

1 L'objet de recherche

1.1 Le constat d'appel

Je suis infirmière en psychiatrie depuis 18 ans. Tout au long de mon parcours professionnel, je me suis investie dans le travail de réflexion collective mené avec les équipes, afin d'accompagner au mieux les personnes en situation de souffrance psychique. Cet investissement était partagé par mes pairs, les psychiatres et les autres membres de l'équipe. Nous structurions notre pensée par la confrontation de nos connaissances et de nos expériences situationnelles avec le patient, afin de lui apporter les soins relationnels nécessaires à la stabilisation.

Même si ces dernières années, j'observais une difficulté pour les professionnels, y compris moi-même, à élaborer collectivement sur la mise en sens de nos actions, je persiste à croire que la pensée collective construite à partir du sens de notre activité et des repères théoriques améliorent considérablement la qualité des soins en psychiatrie.

1.1.1 En tant qu'infirmière

Cet engagement continu dans la réflexion sur les soins a participé à la construction de mon identité professionnelle en tant que soignante.

Au-delà de mes valeurs humaines et de mes propres motivations pour accompagner au mieux les personnes atteintes de pathologies psychiatriques, j'ai compris qu'un lien existait entre la théorie apprise pendant mes études et l'histoire de vie des patients, ainsi que leur environnement culturel, familial et économique dans lequel ils vivaient. « Les vieux infirmiers¹ psy » disaient qu'il y avait autant de schizophrénies que de patients atteints par la maladie. Tous ces éléments devaient être pris en compte pour donner du sens à mon travail.

C'est ainsi que, nouvellement diplômée, les derniers « infirmiers psy » m'ont accueillie et m'ont notamment appris à reconnaître, accepter et analyser mes transferts et contre-transferts pour acquérir une position juste dans les prises en charge des patients. Ce travail d'analyse contribuait également à donner du sens à mon rôle de soignante.

Peu après mes premières expériences professionnelles, j'ai choisi de travailler sur la question du maintien de l'autonomie et de la stabilisation de la maladie dans l'environnement de vie du patient, en extrahospitalier. Au tout début de ma prise de poste au CMP (Centre Médico Psychologique), j'étais très impressionnée par le délire paranoïde hallucinatoire d'un patient que je devais prendre en charge. J'avais peur de lui sans vraiment comprendre pourquoi, et inconsciemment, je mettais en place des stratégies pour l'éviter. Il présentait des hallucinations auditives, visuelles et cénesthésiques très envahissantes et résistantes aux neuroleptiques, qui l'avaient amené à plusieurs reprises à s'automutiler et à s'injecter différents produits en intra-musculaire, un peu comme les injections « de neuroleptiques retards » que nous lui faisons au CMP.

En échangeant avec une collègue infirmière, bien plus expérimentée, sur mes difficultés, mais aussi sur l'histoire, la famille et les symptômes de ce patient, je réalisai que finalement mes fantasmes

¹ Lire partout infirmier et infirmière

m'effrayaient plus que son délire. Je « délirais » qu'il commette des éventuels passages à l'acte, comme ceux qu'il s'infligeait, sur sa fille. A dire vrai, je n'étais pas la seule à avoir des inquiétudes infondées, mais je compris l'importance de les partager. Ce travail d'analyse de nos émotions et de nos contre-transferts n'est pas inné, bien au contraire. Je l'ai appris des « anciens infirmiers psy », je l'ai expérimenté et appliqué avec eux.

J'ai continué tout au long de mon chemin d'infirmière à chercher le sens, avec les collègues « moins vieux », les psychiatres et les psychologues du service. D'ailleurs, chaque membre de l'équipe participait au travail d'élaboration clinique, le plus souvent mené par le médecin responsable.

1.1.2 En tant que faisant fonction cadre de santé

Mon périple d'infirmière « épanouie » en psychiatrie et ma volonté de mener des actions porteuses de sens, ont considérablement influencé mon projet de devenir cadre de santé. J'avais pour ambition d'amener avec moi les soignants à trouver du sens.

J'ai donc occupé un poste de faisant fonction cadre de santé, d'une unité d'hospitalisation en psychiatrie adulte de secteur. Alors que les premières semaines avaient été intenses et délicates mais formatrices, j'avais trouvé ma place au fil des mois. Je ne peux pas nier que parfois j'ai douté face à des réponses ou des attitudes de certains membres de l'équipe.

En effet, j'encadrais une équipe de soignants pour certains expérimentés et d'autres jeunes diplômés, certains faisant preuve d'ouverture et demandeurs de projets, d'autres réticents n'acceptant pas toujours les propositions de changement.

J'ai été rapidement confrontée à des conflits d'équipe, en lien avec des différences de caractères, portant sur les fonctions de chacun et selon moi surtout en lien avec la perte de sens. Certains professionnels (paramédicaux et agents hospitaliers) la verbalisaient et la regrettaient, au contraire elle était complètement niée par d'autres soignants.

En parallèle je préparais le concours d'entrée en Institut de Formation de Cadre de Santé, et nous étudions, pendant la formation l'article « *être et avoir dans le travail d'équipe* » d'Hamdou Sy, philosophe et pédagogue, responsable de formation dans une école d'éducateurs. L'auteur y interroge le concept d'« *équipe* » dans un contexte de transformation des organisations et de pressions où l'économie de moyen prime sur le sens du travail. Cet article faisait alors écho avec mon expérience professionnelle.

Pour apaiser les conflits, j'avais tenté d'organiser des réunions inter-équipes, permettant ainsi de mobiliser un groupe suffisant de soignants, mais les obligeant à dépasser leur temps de travail. J'observais, alors, des soignants du matin, manteaux sur le dos et sacs dans les bras, prêts à partir. Ils semblaient préoccupés par d'autres priorités, probablement liées à leur vie personnelle, et donc peu concernés par le contenu des séances. Ceux de l'après-midi étaient souvent interrompus par les appels des secrétaires ou par la distribution de cigarettes aux patients, quittant ainsi la pièce. Face à cette indisponibilité physique et psychique des soignants, j'avais proposé des réunions d'équipe "petit-déjeuner" une fois tous les quinze jours, à un moment où ils étaient finalement le plus disponibles. Ces échanges de travail autour de moments conviviaux ont permis qu'une confiance réciproque s'installe. Cependant, cette organisation fut difficile à maintenir car mise à mal par les vagues successives de la COVID-19, avec les mesures de distanciation sociale et surtout le manque d'effectifs infirmiers.

Finalement, moi, novice et également très occupée par les nombreuses missions qui semblaient s'ajouter au fil des semaines et préoccupée par des problématiques du pôle, j'étais moins disponible. Qu'en était-il de ma posture de cadre ? La permanence du cadre ne permet-elle pas de garantir, ou du moins de favoriser, les échanges autour du sens clinique ?

Nous arrivions tout de même à maintenir la réunion clinique avec le psychiatre une fois par semaine, mais le contenu de celle-ci me semblait là aussi peu satisfaisant. Je constatais des tensions entre certains soignants, en lien avec des réactivations de conflits d'équipe que je pensais résolus, et de la lassitude pour d'autres. La lassitude de certains soignants serait-elle le reflet d'une perte du sens ? Les conflits seraient-ils liés à des différences de représentations du sens ?

Ainsi, le sens peut être signifié par l'élaboration de la pensée, qui s'appuie notamment sur la clinique, sur les connaissances théoriques des pathologies, sur les différentes approches thérapeutiques et sur le travail institutionnel. Ou par celui du sens même du travail, qui se réfère aux activités s'inscrivant dans une mission ou qui s'applique aux relations que l'on entretient dans la sphère professionnelle. Il peut être représenté par l'engagement et la disponibilité des soignants, voire par la posture de chacun dans les soins et dans les organisations de travail dans les services psychiatriques. Même si ces concepts sont différents, ils sont complémentaires. Le cadre de santé n'en est-il pas le garant ?

Je constatai une difficulté pour l'équipe à remettre en question l'organisation de l'unité et ses règles. La plupart du temps, ils les justifiaient sans toutefois les repenser : « c'était comme ça avant » ou « il faut respecter le cadre ». Par exemple, une fois, les soignants se plaignaient d'un patient psychotique, vivant dans la rue depuis plus de dix ans, qui était hospitalisé sous contrainte dans notre unité et qui refusait de prendre une douche tous les jours. Néanmoins, soutenue par le psychiatre, j'avais proposé que ce patient la prenne deux ou trois fois par semaine. Je ne sentais pas vraiment d'opposition à ce moment-là, le problème semblait être réglé. La semaine suivante, une infirmière m'interpella en se disant porte-parole des aides-soignants à ce sujet.

Manifestement, l'espace d'échange organisé n'était pas suffisamment sécurisé pour que chacun ose s'exprimer sur la situation.

D'après elle, ils se sentaient en contradiction face à leur rôle de soignant : « ils ont l'impression de mal faire leur travail ». Ma décision, qui me semblait évidente (au point que je n'ai pas jugé utile de l'expliquer de prime abord) les empêchait de bien effectuer leur travail. La question des différentes représentations du sens du soin se pose et nécessite une mise en discussion des positions de chacun.

De plus, pour eux, ce patient bénéficiait de faveurs et les soignants étaient mal à l'aise face à cette « discrimination » : « Madame XXX, elle aussi refusait de prendre la douche, maintenant elle accepte, ce passe-droit nous décrédibilise ». Les soignants demandèrent que les heures d'autorisation de sortie dans le parc de l'hôpital pour se promener lui soient refusées si celui-ci ne respectait pas la règle tous les jours. Je réalisai l'importance d'apporter des éclairages cliniques mais aussi réglementaires en lien avec les privations des libertés. Nos prises de décisions concernant chaque soin à tous les niveaux de la prise en charge des patients devaient être discutées et argumentées en prenant en compte la singularité de chaque personne hospitalisée et de la loi.

J'ai alors engagé un long travail d'écoute et d'échange informel sur les symptômes de la maladie, les histoires de vie et la relation particulière au corps des personnes atteintes de schizophrénie, ainsi que pour celles vivant dans la rue. Mon objectif était de permettre aussi à chacun de pouvoir

verbaliser ses ressentis, afin de pouvoir prendre du recul et adopter la meilleure posture soignante. Ce travail d'échange autour du sens du travail m'a semblé primordial.

Mon esprit faisait des allers-retours entre le souvenir de ce texte d'Hamdou SY et les situations de travail que j'observais. En effet la lecture de cet article venait confirmer que les réunions institutionnelles ou d'équipes sont des espaces nécessaires pour améliorer la qualité de vie au travail. La confrontation des différents points de vue, dans un espace d'échange sans jugement, dans le respect avec une écoute active et constructive, permet notamment de travailler sur la question du sens. Le cadre de santé serait-il alors le garant de la capacité d'expression collective et d'échanges ? Comment pouvais-je porter seule cette responsabilité alors que pendant certaines périodes j'étais faisant fonction cadre de santé pour trois unités de soins ?

Pendant ces deux années en tant que faisant fonction de cadre de santé, j'ai été témoin de l'évolution de l'engagement des soignants dans la recherche de l'apaisement des conflits. En revanche, le travail d'élaboration autour de la clinique des prises en charge semblait insuffisant.

Mon prédécesseur, qui connaissait mon parcours en tant qu'infirmière ainsi que mon engagement à penser le soin, m'avait confié que ma connaissance de la clinique et mon expérience de participation à des réunions et d'animation de formation semblaient être une opportunité pour redonner du sens au travail. Pourtant, malgré mon appétence pour la clinique et ma volonté de structurer la pensée collective, l'exercice s'est avéré difficile. Peut-être ne me sentais-je pas légitime ? Je me suis alors interrogée sur la manière d'inciter les professionnels à s'engager dans une réflexion collective sur le travail relationnel en psychiatrie, dans le but d'améliorer la qualité des prises en charge.

1.2 Des questionnements à la question de départ

J'ai commencé ma formation de cadre de santé, insatisfaite de ne pas avoir atteint les objectifs que je m'étais fixés. Cette volonté d'accompagner les patients en prenant en compte la clinique, l'histoire de vie du patient et les enjeux de la relation soignant-soigné était une évidence pour l'infirmière que j'étais. Je voulais continuer à travailler cette question du sens du travail en psychiatrie dans une posture managériale. Car si mon identité professionnelle en tant qu'infirmière était bien ancrée, celle de cadre de santé était à construire.

J'ai la certitude qu'individuellement tous les soignants étaient en capacité intellectuelle et cognitive de réfléchir sur les valeurs du sens clinique et du travail. Nombreux d'entre eux étaient même volontaires. La difficulté était, me semble-t-il, liée d'une part à l'évolution de la psychiatrie qui a remis en question le travail institutionnel et la psychanalyse qui ne semblent plus intéresser les nouvelles générations. D'autre part, les pressions de plus en plus fortes pour imposer des « mobilités » inopinées, sous couvert de la polyvalence des professionnels, pour pallier le manque d'effectifs infirmiers, permettaient-elles de maintenir la cohérence et la continuité des prises en charge ? Les soignants me rétorquaient, désabusés : « À quoi bon chercher du sens quand les uns et les autres sont ballotés d'un service à l'autre ? ».

De plus, j'observais une indisponibilité psychique et physique de chacun qui pourrait être liée aux changements des organisations du temps de travail qui réduisaient les temps d'inter-équipe.

Néanmoins, il me paraissait important de prendre en compte que le travail à flux tendu, la fermeture d'unités entières par manque d'infirmiers ou de psychiatres entraînant des hospitalisations de plus

en plus courtes et la réduction de ces temps d'inter-équipes laissent ainsi peu de marge de manœuvre pour penser le soin.

De surcroît, la permanence du cadre de santé serait-elle un levier non négligeable dans ce travail quotidien de mise en sens des actions soignantes ? J'entends, entre autres par « permanence » du cadre, la symbolique de rassembler ce qui se délite. En effet, il s'agit pour lui d'animer le groupe, en construisant le lien, en provoquant des échanges respectueux et constructifs autour des situations de soins.

J'observe cette perte de sens des soignants bien avant mon désir de m'orienter vers le métier de cadre de santé. Sans nul doute que cette observation fut une des sources de motivation pour me lancer dans cette nouvelle aventure.

J'ai initié la formation de cadre de santé avec la volonté de continuer cette réflexion sur la perte de sens des professionnels dans les services de soins psychiatriques et d'en déterminer, dans le cadre d'un travail de recherche, les enjeux et les leviers.

Dès lors, j'ai souhaité approfondir cette question du sens et de ses différentes représentations pour les soignants. En tant que future cadre de santé devant manager des professionnels en perte de sens, dans un contexte de fortes tensions à l'hôpital psychiatrique, ce sujet me semble important à traiter, afin de garantir des soins de qualité aux personnes soignées.

Je pose alors la question de départ suivante :

Dans le contexte actuel en psychiatrie, en quoi la dynamique de réflexion autour du sens du travail, impulsée par le cadre de santé, permet-elle d'améliorer la qualité des soins ?

2 Le Cadre Théorique

Cette partie propose de développer les concepts issus de la question de recherche, afin de produire une meilleure analyse des enjeux de la construction du sens du travail au regard de l'enquête de terrain.

2.1 La question du sens du travail

2.1.1 Définitions du sens et du travail

Le sens : le mot sens est polysémique, il renvoie notamment à trois types de significations : d'abord la perception par les sens, ensuite l'idée de direction, enfin la notion de signification. Il semble donc pertinent de le contextualiser, afin que celui-ci nous permette d'avoir une définition précise qui soit en lien avec l'objet de recherche :

Patrick Juignet², docteur en médecine, en sciences humaines et spécialiste en psychiatrie, propose une définition philosophique, en lien avec les attitudes humaines :

« Le sens concerne ce qui se construit dans la pensée. Il renvoie à des réseaux de notions ou de concepts agencés selon des processus plus ou moins rationnels ou imaginatifs. Le sens est toujours relatif à un cadre et un domaine particulier. »

Dans les comportements humains :

« Le sens correspond aux intentions qui déterminent un but ou la finalité de l'action. Trouver le sens d'une attitude, d'un propos, demande toujours une interprétation eu égard au contexte... Le sens concernant la vie humaine est fortement investi affectivement. Il s'oppose au non-sens, au vide, à l'absurde qui sont des facteurs de désillusion, de tristesse. »

Chantal Rivaleau³, cadre de santé, propose aussi une représentation du sens dans un contexte plutôt managérial :

« Le sens est une sensation que les choses ont une raison d'être. De par sa position et ses aptitudes, le cadre est le mieux placé pour comprendre le sens des politiques sociales, économiques et financières pour ensuite les intégrer et les restituer à l'ensemble de l'équipe. Il est aussi le mieux placé pour donner un sens au travail en équipe dans le même but : qualité de la prise en charge du malade. »

Le travail : le terme vient du latin « tripalium » (instrument de torture). Le fait de travailler est associé à l'idée, d'un effort fourni pour obtenir un résultat, d'une contrainte, voire d'une déformation possible.

A l'identification de ces définitions qui me semblent se rapprocher le plus à la thématique de mon questionnement, je m'interroge sur la nuance entre le sens « du » travail et le sens « au » travail.

² [Sens \(philosciences.com\)](http://sens.philosciences.com),

³ [Motivation et rôle du cadre de santé - cadredesante.com](http://motivation-et-role-du-cadre-de-sante-cadredesante.com),

Pour Caroline Arnoux-Nicolas⁴, maître de conférences à l'université Paris Nanterre, le sens du travail, dans nos sociétés modernes est influencé par l'histoire et l'héritage socio-culturel. Étymologiquement, le travail est associé à la souffrance et la contrainte. Il est d'ailleurs compréhensible que les individus cherchent à donner un sens à leur travail, alors que la plupart d'entre eux y consacrent ou cherchent à y consacrer une grande partie de leur temps.

Elle propose la théorie suivante :

« Sense-out du/ au travail ?

– *le travail lui-même et ses caractéristiques : dans ce cas, ce sont les caractéristiques du travail (les tâches, la rémunération, les rôles inhérents au travail), qui ne sont plus satisfaisantes pour l'individu et dans lesquelles il ne trouve plus de sens.*

– *la situation de travail : l'environnement professionnel, c'est-à-dire tout ce qui est en dehors de la réalisation concrète de l'activité de travail, les aspects organisationnels ne satisfont pas/ plus l'individu. »*

Le sens **du** travail et le sens **au** travail sont deux notions qui se rapportent toutes deux à la dimension subjective du travail, c'est-à-dire à la manière dont les individus perçoivent leur travail et la signification qu'ils lui accordent. Toutefois, ces deux notions présentent des nuances :

Le sens du travail renvoie à la dimension personnelle de la valeur du travail, de l'action. Il s'agit de la manière dont les soignants perçoivent l'utilité et la finalité de leur travail. Le sens du travail peut varier fortement selon les individus et leurs valeurs personnelles et culturelles.

Le sens au travail, quant à lui, se rapporte à la manière dont les professionnels vivent leur travail au quotidien. Le sens au travail se rapprocherait de la notion de qualité de vie au travail. (Morin, E.M., Gagné, G., Cherré, B. 2009)⁵

Les deux notions sont étroitement liées, mais peuvent être distinctes dans la mesure où un individu peut avoir le sentiment de contribuer à une cause importante tout en rencontrant des difficultés à vivre son travail au quotidien, ou inversement.

Je m'interroge aussi sur l'impact des représentations et des valeurs du travail soignant dans le sens donné aux actions. J'ai choisi de centrer ma réflexion sur le sens du travail même si ce mémoire permettra d'aborder la question du sens au travail indissociable pour le cadre de santé. Puis je traiterai de la perte de sens exprimée par les professionnels, dans le contexte actuel de mutation des organisations avant de réfléchir sur la notion de recherche du sens comme étant une construction collective du travail en psychiatrie.

2.1.2 Le sens du travail

Le sens du travail peut être défini, selon Estelle M. Morel, professeur à HEC Montréal en psychologie appliquée au management et au développement organisationnel, par une structure composée de trois dimensions représentée dans le schéma (Fig.1)⁶:

⁴ Arnoux-Nicolas, C. (2019). Donner un sens au travail, pratiques et outils pour l'entreprise. Dunod

⁵ <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-624.pdf?i=0&redirected=1>) Estelle M Morin, Charles Gagné et Benoit Cherré (2009) Donner un sens au travail – Promouvoir le bien-être psychologique, IRSST

⁶ Morin E.M. (2008). Sens du travail, santé mentale au travail et engagement organisationnel », IRSST, Études et recherches / Rapport R-543.

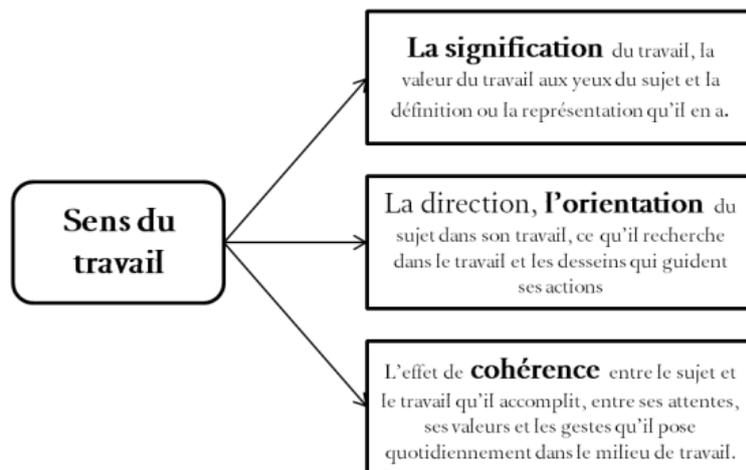


Fig. 1 : Les trois définitions du sens au travail selon Estelle M. Morin (2008)

En effet, si les représentations du travail varient en fonction des expériences de vie et des valeurs des personnes, pour elle le sens du travail aurait un impact sur la qualité de vie au travail quand celui-ci est perçu positivement. Il permettrait ainsi de favoriser l'engagement dans les tâches, la vigilance dans l'exercice de son travail, la coopération avec les autres pour atteindre les objectifs fixés et le rendement attendu. Pour cela trois prérequis sont nécessaires : exercer des activités concrètes clairement définies dans un contexte d'organisation optimale (sécurité et santé), avec des relations interhumaines de qualité, notamment avec les managers. (Morin, E.M. 2008)

Elle détermine ainsi les caractéristiques du travail qui a du sens⁷ représentées dans le schéma ci-dessous (Fig.2)

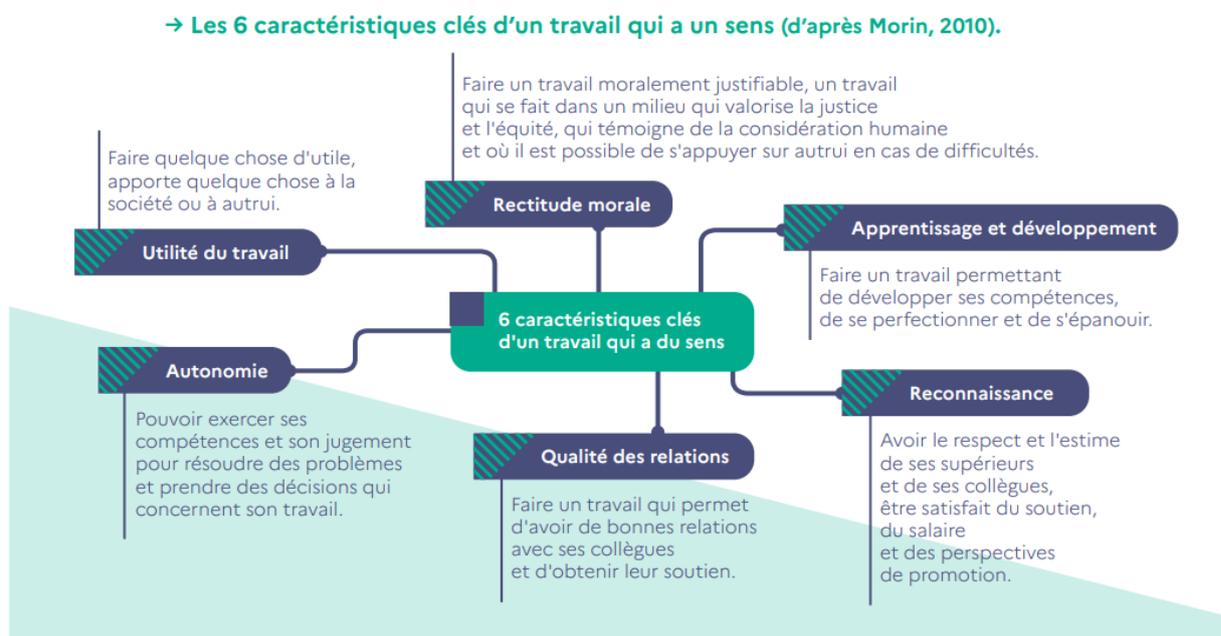


Fig. 2 schéma issu d'une « fiche : Management, sens au travail et sens du travail » du site gouvernemental de l'Institut des Hautes Ecoles de l'Education et de la Formation publiée en novembre 2022 ⁸ émanant des travaux d'Estelle M Morin (2010)

⁷ [Management, sens du travail et sens au travail \(ih2ef.gouv.fr\)](https://www.ih2ef.gouv.fr/) Estelle M Morin, (2010). La santé mentale au travail : une question de gros bon sens. *Gestion*, 35, 34-40.

⁸ <https://www.ih2ef.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/fiche-management-et-sens-du-travail-et-sens-au-travail-tout-en-fiches-6841.pdf>

Christophe Dejours, psychiatre psychanalyste, évoque quant à lui trois dimensions du sens intrinsèque du travail : « *le sens par rapport à une finalité à atteindre dans le monde objectif ; le sens de ces activités par rapport à des valeurs dans le monde social ; le sens, enfin, par rapport à l'accomplissement de soi dans le monde subjectif* » (Dejours, 2016)⁹. Cette théorie de la psychodynamique du travail propose de prendre en compte l'analyse des processus psychiques du sujet lorsqu'il est confronté à la réalité du travail. De plus, « *la construction collective de l'organisation du travail* », induite par la coopération, favorise la qualité de celui-ci, permettant ainsi de valoriser le sens de l'effort produit par le sujet. Ce sentiment de valorisation du travail bien fait par le sujet est une des composantes du plaisir au travail (Dejours, 2016).

Le sens qui anime les professionnels de santé est ainsi décrit comme étant mis à mal par les nombreux changements dans les champs sanitaire, social et médico-social qui s'opèrent depuis plusieurs années. La compréhension de cette perte de sens est primordiale dans le cadre de cette recherche et l'identification des enjeux est également nécessaire pour le cadre de santé afin qu'il puisse initier un processus de co-construction du sens du travail.

2.1.3 La perte de sens

« La perte de sens peut conduire à de l'inconfort chez l'individu, avec pour conséquences des risques d'absentéisme, de souffrance et d'intention de quitter son entreprise, voire son emploi. Les conséquences de la perte de sens du travail peuvent s'avérer dommageables voire désastreuses, à la fois pour l'individu et pour l'organisation... La plupart des personnes faisant l'expérience du « burn-out » se plaignent de ne plus voir le sens de ce qu'elles font. Celui du « brown-out » (encore dénommé « baisse de courant psychique ») est lié à un travail contraire aux valeurs profondes de l'individu, conduisant à un désengagement progressif. Celui du « bore-out » ou ennui au travail, aboutit à une perte de sens. »¹⁰ (Arnoux-Nicolas, C. 2019).

La perte de sens du travail soignant peut être comprise à travers l'histoire de l'évolution des pratiques de soins. Les transformations du système de santé hospitalier, qui continue de susciter la désillusion chez les soignants, remettent en question leur capacité à « l'hospitalité » ou du moins offrir une hospitalité de qualité.

Au cours de l'histoire, les missions de l'hôpital ont évolué. D'abord, il était un lieu d'accueil charitable pour les plus pauvres, fondé par l'église. Au XVII^{ème} siècle, cette pauvreté est devenue un sujet politique et l'Etat s'en empare en créant des « lieux d'enfermement », dits hôpitaux, pour les mendiants, les marginaux et les fous. À partir de la moitié du XIX^{ème} siècle, la législation les a orientés vers des missions de plus en plus médicales. Cependant, la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics a transformé profondément la conception de l'hôpital public, en l'ouvrant aux malades payants. La mission de l'hôpital est ainsi passée d'une logique de secours aux pauvres à celle d'assistance aux malades.

Ces dernières décennies, l'hôpital a dû faire face à de nombreux enjeux démographiques, épidémiologiques, culturels, économiques, sociaux et sociétaux nécessitant des transformations des organisations conduites par une inflation législative. De nombreuses réformes visant à réduire les coûts de l'hôpital ont ainsi été menées par les pouvoirs publics. Ces multiples changements des

⁹ Dejours, C. (2016). « Situations du travail ». Presses Universitaires de France. Chapitre V Pathologie de la communication (1992)

¹⁰ Arnoux-Nicolas, C. (2019). Donner un sens au travail, pratiques et outils pour l'entreprise. Dunod

structures de soins sont, pour les soignants, l'une des causes de la perte de sens du soin (Popielski, J.F. 2013)¹¹. Le soin est en effet à leurs yeux la principale tâche et la plus gratifiante de leur travail.

L'inflation législative de ces quarante dernières années, ne permettant jamais l'installation des lois dans le temps au-delà du mandat politique, a considérablement impacté la perte de sens. Après le passage à la « T2 A » (la tarification à l'acte) à partir de 2004, la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoire) en 2009, les GHT (Groupements hospitalier de territoire) en 2016... et la volonté de gérer l'hôpital à l'image des entreprises ont d'autant plus plongé les professionnels de santé dans des contradictions profondes avec leurs valeurs de soignants. Cette pression toujours plus importante à l'efficience a manifestement induit une perte de sens au travail ayant un impact indéniable sur le sens du travail.

Dans leur étude, Virginie Moisson et Jérôme Gardody¹², tous deux maîtres de conférences, à l'IAE de la Réunion, travaillent sur la question de la perte de sens des soignants, ils rappellent d'ailleurs :

« Le secteur de la santé en France est marqué depuis plus de trente ans par de multiples réformes, des profonds changements dans la pratique des soins conduisant certains professionnels à témoigner d'une perte de sens dans les tâches opérées et à ne plus comprendre l'essence de leur métier. »

Et si aujourd'hui les enjeux économiques sont encore une des priorités pour nos gouvernances, les soignants sont en quête de sens et bien plus préoccupés par le bien-être du patient.

Bien que des évolutions du système de santé aient permis d'assurer la sécurité des soins et la prise en considération les droits du patient et de son consentement avec notamment la loi « Kouchner » du 4 mars 2002, cette volonté d'insister toujours plus, les services hospitaliers à fournir des soins de qualité à moindre coût, semble être pour les professionnels hospitaliers l'une des causes de la dégradation de leurs conditions de travail.

Cette pression est pour eux, une réelle difficulté pour prendre en charge correctement tous les malades. Car si les avancées de la médecine ont permis de réduire les durées des séjours à l'hôpital et de fait celle de sa capacité en lit d'hospitalisation, aujourd'hui on assiste à des fermetures d'unités de soins, dans la précipitation à cause du manque d'effectifs infirmiers et médicaux, qui augmente de surcroît la charge de travail de ceux encore en poste. Les soignants se sentent empêchés dans leur mission de soin, par des procédures de normes et de contrôle, répondant à des critères économiques et de qualités imposées par les gouvernances. Les processus organisationnels, ainsi que le développement des fonctions de support telles que le service qualité et la gestion des risques, peuvent contribuer à la perte de sens des professionnels de santé dans une organisation qui repose sur une structure bureaucratique professionnelle. Cette dernière est définie comme une structure rigide qui s'appuie sur la standardisation des qualifications et des résultats (Mintzberg, H. 2011)¹³ .

Néanmoins, Sophie Chauveau¹⁴, professeure d'histoire des sciences et des techniques à l'Université technologique dans son article, « *Quelle histoire de l'hôpital aux XX^e et XXI^e siècles ?* », paru dans « *Les*

¹¹ Popielski, J.F. (2013). « Donner ou redonner du sens au travail ». Soins cadres, (87), p. 15-43.

¹² Moisson, V. & Gardody, J. (2021). Le rôle du cadre de santé dans la perte et la (re)construction de sens au travail à l'hôpital. *Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 42,10, 49-68.

¹³ Mintzberg, H. (2011). *Le management : Voyage au centre des organisations* (2e éd. Revue et corrigée, 6e tirage 2011). Ed. Organisation.

¹⁴ Chauveau, S. (2011). Quelle histoire de l'hôpital aux XX^e et XXI^e siècles ? *Les Tribunes de la santé*, 33, 81-89.

Tribunes de la santé », explique que cette évolution de l'hôpital n'empêche pas que celui-ci reste un lieu d'hospitalité. Elle écrit :

« L'histoire récente de l'hôpital montre que celui-ci est devenu un lieu d'affrontement entre les logiques de marché et celles du service public. Les réformes successives montrent la volonté de concilier tant bien que mal ces dynamiques. Mais l'hôpital n'est pas seulement une institution dominée par les tensions. Au fil du temps, il continue à remplir le rôle de régulateur de l'ordre social, en conservant notamment une fonction d'accueil des populations vulnérables. »

La psychiatrie a elle aussi eu son lot de changements. D'une part, si le secteur psychiatrique a longtemps échappé à la tarification à l'acte (T2A), il a subi lui aussi des politiques publiques de restrictions budgétaires. Cette situation ne s'arrangera visiblement pas avec le nouveau mode de financement de la psychiatrie, voté par la loi de financement de la sécurité sociale de 2020 mais mis en place très récemment, car retardé par la crise sanitaire en lien avec la COVID19, dont les conséquences ne sont pas encore évaluables. Patrick Coupechoux, journaliste spécialiste de la psychiatrie, interviewé par Emmanuelle Granier (2022)¹⁵ propose une analyse de la situation actuelle de la psychiatrie,

« La crise de la psychiatrie vient de l'abandon progressif de la psychiatrie de secteur, avec les conséquences dramatiques que nous connaissons : l'isolement et la contention. Ceux-ci sont le fruit d'un regard sur la folie qui a changé avec l'abandon de la conception humaniste de celle-ci et son remplacement par une vision scientiste et gestionnaire qui conduit à une chosification du patient. D'où un retour aux pratiques barbares dénoncées par la contrôleuse des lieux de privation de liberté. »

Ces pressions sur ce secteur de la santé, qui appelait déjà moins de vocation que les autres spécialités, ont engendré une fuite du personnel bien avant celle que l'on observe aujourd'hui à l'hôpital général. La psychiatrie a toujours eu cette réputation du « parent pauvre » de la fonction publique hospitalière et l'on déplore depuis quelques années une dégradation de sa capacité d'accueil des patients nécessitant des soins en hospitalisation, engendrant ainsi des temps d'attente de plus en plus longs dans les services d'accueil des urgences.

Ce contexte de tension qui dégrade notamment les relations entre les services somatiques et psychiatriques ainsi que le malaise des professionnels et leurs difficultés à prendre en charge les patients participent à la perte de sens des soignants en psychiatrie. Patrick Touzet¹⁶, cadre de santé, fait d'ailleurs cette remarque pertinente :

« Nous admettons que les chiffres se prêtent plus facilement à une logique managériale que l'être humain, qui est par essence imprévisible. Le problème devient gravissime lorsque les soignants sont acculturés à une logique comptable et qu'ils font de cette logique la leur. »

Alors que le traitement des maladies mentales, qui consiste essentiellement en la réparation du lien et du maintien de la relation à l'autre, demande du temps et de la disponibilité psychique des soignants. Les temps d'hospitalisation sont de plus en plus raccourcis, pour permettre d'accueillir ceux dont la crise est plus aiguë.

¹⁵ Granier, E. (2022). À propos de... « mon métier d'infirmier. Éloge de la psychiatrie de secteur » : interview de Patrick Coupechoux. Nouvelle Revue de l'Enfance et de l'Adolescence, 6, 163-165.

¹⁶ Touzet, P. (2016). *Être infirmier en psychiatrie : entre servitude, engagement et révolte*. Champ social.

Ce travail de stabilisation de la maladie chronique et l'accompagnement dans la réhabilitation du lien social pourraient être menés en ambulatoire, mais le personnel soignant en extra hospitalier est lui aussi en sous-effectif et la création de structures d'accueil autres que celles de l'hôpital n'a pas été pensée en amont. Les soignants se retrouvent alors en contradiction avec leurs valeurs humaines et professionnelles à devoir faire sortir des personnes vulnérables dont la stabilisation fragile nécessiterait un accompagnement bien plus long. Ainsi *le Nouvel Observateur*, dans son article (2019) « *Ce qui est en crise, c'est notre hospitalité : la psychiatrie craque* »¹⁷, explique très justement le malaise profond de la psychiatrie :

« La contrariété chronique du psychiatre ou de l'aide-soignante provient, certes, de ce qu'on lui fait subir et de ce qu'on l'empêche de réaliser, mais aussi de ce qu'il finit par accepter de faire et qui vient heurter profondément ses valeurs. »

À vrai dire, cette perte de sens, ou cette impossibilité à le retrouver, peut être en partie expliquée par les évolutions successives des organisations de soins et particulièrement pour la psychiatrie. Néanmoins elle peut être aussi le résultat d'un défaut de transmission des valeurs du travail en psychiatrie. Vraisemblablement, les anciennes et nouvelles générations, empêchées dans ce travail de compagnonnage, d'échange et de partage des valeurs de la psychiatrie humaniste, ont eu toutes les peines à maintenir le travail institutionnel au détriment d'une psychiatrie sécuritaire et protocolisée (Miribel de, J. 2020)¹⁸.

2.1.4 La construction du sens

La prise en compte de la particularité du sens du travail en psychiatrie est essentielle, car au-delà des représentations et des valeurs de chacun du travail, la construction du sens clinique participe au soin. L'élaboration de cette pensée nécessite la participation de tous les soignants. Ainsi Patrick Juignet définit cette construction :

« Penser, c'est produire des formes intelligibles, perceptibles et communicables (pour soi-même et pour les autres), grâce à l'association d'une forme sémiotique, à des processus d'intellection qui se contraignent réciproquement, ce qui engendre certaines difficultés. La pensée n'est pas fixe, elle se forme dans un mouvement dynamique de composition continue sous l'effet d'une double contrainte intellectuelle et sémiotique. »

Il existe une littérature importante sur la thématique du sens en psychiatrie, d'autant qu'il existe de multiples cultures du soin associées aux thérapies médicamenteuses : les psychothérapies psychodynamiques, souvent d'inspiration psychanalytique ; les thérapies comportementales et cognitives ou systémiques ; les neurosciences. J'ai eu la chance de travailler dans des institutions où ces différents courants de pensée n'étaient pas antinomiques, mais dans le cadre de ce travail de recherche je me suis centrée sur des lectures à orientation psychanalytique. En effet le point de vue de la psychanalyse peut être un des leviers pour aborder la question du sens spécifique à la psychiatrie. Du moins cette approche d'élaboration de la pensée a, en partie, participé à la construction de mon identité professionnelle. Malgré les ressentis autour du soin et autour du travail, il était possible de le réfléchir et de le penser à l'époque. Ce travail de pensée dans lequel je

¹⁷ <https://www.nouvelobs.com/sante/20190124.OBS10443/ce-qui-est-en-crise-c-est-notre-hospitalite-la-psychiatrie-craque.html>

¹⁸ Miribel de, J. (2020). « Expérience et professionnalisation des infirmiers en psychiatrie ». Des ficelles au métier. Editions L'harmattan.

me suis habitué a probablement orienté mon choix de me tourner vers des courants psychanalytiques pour tenter de faire le lien sur ma place de cadre de santé et sur celle du sens.

Ainsi Jean-Pierre Pinel, psychologue et professeur de psychopathologie sociale à l'université Paris-13, évoque, dans un entretien mené notamment par Claudine Blanchard Laville¹⁹, l'importance qu'il accorde à la notion de « clinique indirecte ». Pour lui, il s'agit de tous ces temps de travail d'élaboration clinique, menés par l'équipe soignante autour de la situation d'un patient, sans que celui-ci ne soit présent, et qui sont nécessaires pour sa prise en charge et pour la compréhension de son fonctionnement psychique inconscient qui peut mettre à mal l'institution. L'élaboration clinique autour du patient pourrait ainsi être mise en parallèle avec la notion de construction du sens du travail. Il s'agit donc d'un travail de réflexion autour des valeurs du travail dans un contexte de soin relationnel.

En effet, le travail d'élaboration autour du sens du travail, pourrait aussi impliquer de questionner les « *incorporats institutionnels* » (Gaillard, G. & Pinel, J. 2011) afin de repenser « *le mythe fondateur de l'institution* » (Sy, 2020), l'institution étant l'ensemble des normes, des règles, des lois, des valeurs permettant « de faire fonctionner ».

Le concept d'«incorporat», d'abord théorisé par Jean-Claude Rouchy²⁰, psychologue psychanalyste, a ensuite été étendu par Jean-Pierre Pinel, à « *l'incorporat institutionnel* ». Il le définit comme les mouvements inconscients des soignants, des fonctionnements, des pratiques soignantes qu'ils s'imprègnent rapidement à l'arrivée dans l'institution, sans qu'ils soient réellement pensés, symbolisés.

Les anciennes pratiques et valeurs institutionnelles sont souvent intériorisées par les membres de l'équipe et inscrites dans des routines et des habitudes, parfois en décalage avec les valeurs des nouvelles générations de professionnels formées dans un contexte de gestion moderne. Les confrontations et les mécanismes d'incorporation de ces pratiques et valeurs peuvent produire des automatismes agis et des pertes de sens clinique et plus largement du travail, qui empêchent la remise en question et le changement. Il s'agit d'en proposer une redéfinition du « *commencement* » (Sy, 2020), c'est-à-dire de symboliser les actions menées, mais aussi d'identifier ce qui donne sens dans l'institution.

Cette théorie de mise en sens des pratiques dans l'organisation des soins me semble être en lien avec le sens du travail. Quel est le rôle du cadre face à ces répétitions d'organisation, « bien rodées », instaurées sans qu'aucun n'en connaisse le sens ? Comment pouvoir mettre du sens dans ces réorganisations ?

La culture du travail est bien différente de celle de la culture du soins psychiatrique, néanmoins elles sont toutes les deux complémentaires dans l'organisation optimale des prises en charge. La construction du sens du travail ne peut-elle pas être comparée à ce que Jean-Pierre Pinel explique comme une remise en question des fonctionnements non symbolisés ? D'ailleurs pour lui cette posture réflexive peut être mal vécue par les soignants :

« Les stagiaires sont souvent ceux qui vont percevoir les incorporats. C'est toujours un paradoxe dans lequel on les place. Ils arrivent dans une institution et on leur dit : « On compte sur toi pour que tu nous dises les choses. Il faut

¹⁹ Blanchard-Laville, C & Guetat-Calabrese, N. (2022). « Entretien avec Jean-Pierre Pinel ». *Cliopsy*, 28(2), 87–127.

²⁰ Rouchy J.c. (2000), « l'élaboration des incorporats, des choses en soi, des morcellements », revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, no.34.

que tu nous éclaires. On espère que tu auras un regard tiers. » Je disais à mes étudiants d'y faire très attention et de rester assez réservés, précisément parce que ce que perçoit celui qui vient de l'extérieur, c'est ce qui est incorporé. Si c'est incorporé, c'est non pensé, impensé, non pensable. Venir révéler l'incorporat, c'est faire violence au sujet. »

Il semble nécessaire d'engager un processus bienveillant, de réflexion sur le travail, sur l'organisation de l'activité du soin qui se sont mis en place sans être mis en sens au préalable

René Kaës²¹ spécifie que : « *Les institutions doivent se former une représentation de leur origine. Elles ont aussi besoin d'imaginer une utopie, un non-lieu de l'institution, une figure de sa négativité. À défaut de l'imaginer, elles risquent de l'inscrire dans leur fonctionnement* ».

Selon lui, cette représentation de l'origine de l'institution permet de comprendre les fondements et les valeurs sur lesquels elle s'est construite. Elle permet également de mieux appréhender les enjeux qui se posent à elle dans le présent et d'imaginer les directions à prendre pour son développement futur.

De même, l'imaginaire utopique est une nécessité pour les institutions, car il permet de projeter une image idéale de ce qu'elles pourraient être, de transcender les limites du réel et de viser un idéal à atteindre. Cela permet d'inspirer et de mobiliser les membres de l'institution autour d'un objectif commun, et de donner un sens à leur engagement.

En l'absence d'une telle vision utopique, les institutions risquent de se laisser enfermer dans une routine et de perdre leur capacité à innover et à se renouveler. Elles risquent également de répéter des schémas dysfonctionnels, de ne pas remettre en question leur fonctionnement, et de reproduire les mêmes erreurs du passé. (Kaës, 2019)

Si la construction du sens et la structuration de la pensée sont primordiales pour la compréhension des enjeux dans les relations de travail, elles améliorent ainsi le fonctionnement des organisations, la qualité de vie au travail et la qualité des prises en charge des usagers.

Le cadre de santé s'assure de la place de chacun dans l'élaboration clinique de la pensée collective, qui pourrait être un levier important pour le sens que chacun trouve dans son travail de soignant en psychiatrie. Néanmoins l'implication de tous les membres de l'équipe est essentielle dans la co-construction du sens du travail.

2.2 Les acteurs

L'une des missions principales du cadre de santé est d'animer et d'encadrer des équipes de l'unité placée sous sa responsabilité. Après avoir déterminé la fonction du cadre de la santé, il me faut donc apporter une définition de la notion d'équipe, en la considérant d'abord comme la construction d'un groupe vivant, puis comme celle d'un groupe psychique.

2.2.1 Le cadre de santé

Avant d'aborder la notion de cadre de santé, il est important de définir le terme de "clinique", que j'ai évoqué à de nombreuses reprises. Je le définis volontairement à l'endroit du cadre de santé car il est important de signifier qu'il est avant tout un soignant, ce qui lui donne la capacité et la

²¹ Kaës, R. (2010). « L'appareil psychique groupal ». Dunod.

légitimité de mettre en sens le soin clinique. Ce mot d'origine grecque renvoie à la notion « *d'observation des signes, d'un raisonnement auprès d'un patient malade, d'une attention portée au sujet souffrant* ». (Revillot, J-M. 2017)²²

Selon Jean Marc Revillot, cadre de santé et maître de conférences, le cadre de santé doit alors constamment se questionner sur les conceptions de la santé et du soin qu'il veut promouvoir, les valeurs professionnelles à prioriser et le modèle d'accompagnement du patient dans son parcours de soins à encourager. Il écrit :

« Le cadre, dans sa posture clinique polysémique, est déclencheur, animateur, manager d'une certaine qualité des soins émanant de l'environnement dans lequel il exerce. Mais aussi déclencheur, accompagnateur d'un retour réflexif sur le soin. La clinique est ce qui relie les deux fonctions dialogiques du cadre de santé : le manager et l'encadrement. Elle est positionnée comme le cœur de métier, porteuse de sens, de valeur toujours en mouvement au plus près d'une relation éthique. »

De plus dans le rapport de la mission de Chantal De Singly en 2009²³, le rôle du cadre de santé est défini comme central mais complexe et « invisible » dans l'organisation hospitalière.

L'activité importante d'encadrement de celui-ci participe selon moi à cette étape de mise en sens du travail avec les équipes dans les actions programmées ou non, de plus le cadre de santé « *doit mettre de l'huile dans des rouages qui parfois grincent* » (De Singly, C. 2009) afin d'optimiser ce travail et le rendre cohérent et collaboratif.

Pour comprendre la place que prend le cadre de santé dans la quête du sens, je propose, tout d'abord d'identifier la notion de proximité, puis ses rôles et ses missions.

Le cadre de santé de proximité :

Le challenge des cadres de santé est d'assurer leurs missions essentielles au bon fonctionnement de l'unité. Mathieu Detchessahar²⁴, docteur en gestion et professeur des universités, prône le management à proximité du système opérationnel, ici au plus près des soins. Il serait un levier indispensable pour coordonner l'activité de l'organisation et « *stabiliser au moins localement le sens du travail* » et d'en améliorer la qualité de vie au travail :

« À l'hôpital, les cadres de proximité sont pris dans des logiques organisationnelles et managériales qui conduisent à les éloigner, parfois très fortement, de la scène du travail : ils sont de moins en moins présents aux transmissions, dans les couloirs, les salles de soin et de pause, les chambres des patients... »

Pour Jean-Marie Revillot, la proximité du cadre nécessite un ajustement perpétuel entre sa présence perçue comme un gage de sécurité pour les soignants et le besoin d'espace pour que ces derniers exercent leur autonomie :

« Le cadre de proximité est davantage situé du côté de l'instituant, c'est-à-dire celui qui investit une relation à l'autre dans une temporalité et au sein d'un collectif. Ainsi porte-t-il les valeurs de ce collectif incarné dans un dispositif de soins dont il assume le rôle clinique. Il instaure ou restaure, dans une fonction de médiateur,

²² Revillot, J-M. (2017). *Pour une visée éthique du métier de cadre de santé*. 2e édition, Editions Lamarre Initiatives Santé

²³ SINGLY DE Chantal, 2009, Rapport de la mission cadres hospitaliers, Paris, ministère de la Santé et des sports, tomes 1 et 2, en ligne : <http://www.sante-sports.gouv.fr/rapport-de-la-missioncadreshospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>

²⁴ Detchessahar, M. (2013). Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management, Soins Cadres. Volume 22, numéro 85 pages 28-32

des espaces de confrontation entre les soignants. Ainsi gère-t-il le contre-transfert institutionnel par la concertation pour prévenir les passages à l'acte et se prémunir de ne devoir être qu'un mandataire des crises.»

D'ailleurs la position du cadre santé est de plus en plus associée à celle d'un manager. Ce terme largement employé pour qualifier les cadres des directions générales des entreprises du tertiaire, commence à être utilisé dans les années 80-90 pour désigner les salariés manifestant leur compétence dans l'animation d'une équipe par opposition aux ingénieurs tournés vers la technique.

Le terme Manager est un mot d'origine anglaise du XVI^e siècle venant de l'italien « maneggiare », qui signifie contrôler, manier, avoir en mains. Celui-ci s'appliquait d'abord aux chevaux qui donna ensuite le mot manège en français. Dans le dictionnaire Français-Anglais « Manage » est un verbe transitif qui renvoie à : diriger, administrer, gérer. Cela nous démontre une cohérence effective avec la pratique actuelle exercée : le cadre de santé semble donc être sans équivoque un manager en santé.

Les rôles du cadre de santé

Henry Mintzberg (2021)²⁵ à la suite de son étude où il a suivi plusieurs dirigeants d'entreprise, a distingué 10 rôles essentiels des managers autour desquels s'articule leur travail. On peut ainsi les classer en trois catégories liées :

- Aux relations interpersonnelles (le cadre comme symbole, leader et agent de liaison),
- Aux transferts d'information (le cadre comme observateur actif, diffuseur et porte-parole,
- A la prise de décision (le cadre comme entrepreneur, régulateur, répartiteur de ressources et négociateur).

J'ai choisi de développer plus en détails les rôles qui ont trait principalement à la thématique de la recherche :

Le cadre comme Leader : il s'agit pour le manager de donner une direction, un but à l'organisation permettant ainsi de motiver l'équipe. L'élaboration de cette vision par le cadre de santé peut se formaliser de différente manière et notamment par la construction du sens.

Le cadre comme entrepreneur : le manager dans sa position perpétuelle d'observateur de son organisation, propose et initie des conduites de changement afin de l'améliorer. La perte de sens décrite depuis plusieurs années, parfois étant source de dysfonctionnement de l'institution, doit être identifiée par le cadre et faire l'objet d'un travail d'élaboration autour du travail soignant afin d'améliorer la qualité des soins.

Le cadre comme régulateur : Il est nécessaire de prendre en compte les perturbations, comme pourrait l'être la perte de sens des professionnels, qui met à mal le fonctionnement de l'organisation. Son rôle est alors, d'induire des changements pour rétablir la qualité du travail.

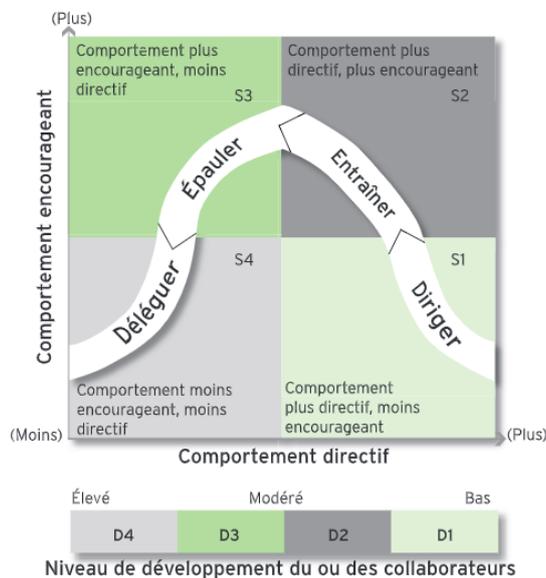
De plus, le métier de cadre de santé demande des outils et des méthodes pour pouvoir mener à bien ses missions. Patrice Stern, expert en management, directeur de Master à l'ESCP et Jean Marc Schoettl, docteur en science de l'organisation, citent

²⁵ Mintzberg, H. (2006). « Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre » (2e éd. Revue et corrigée, 6e tirage 2011). Ed. Organisation.

« Parce qu'il gère une équipe composée avant tout d'individualités, le manager doit adapter son management à chacun de ses collaborateurs. Il n'y a pas un style de management idéal, mais des styles adaptés à diverses situations. »²⁶

Le management

Un des outils proposés par Patrice Stern et Jean Marc Schoettl est **le management situationnel**, représenté dans le schéma suivant :



Source : adapté de Paul Hersey et Kenneth H. Blanchard, *Management of organisational behaviour*.

Finalement le manager adopte des styles de management différents, en prenant du recul par rapport à sa pratique et sur les situations vécues, afin d'être le plus en accord avec les fonctionnements et personnalités de chaque collaborateur.

Après avoir déterminé les niveaux de maturité de chacun, dépendant de la compétence et de l'intérêt pour le travail, selon Patrice Stern et Jean Marc Schoettl il utilisera différents types de management :

- **Directif** : approprié lorsque les membres de l'équipe ont une faible maturité et manquent de compétences dans la tâche à accomplir. Le manager adopte un rôle directif en donnant des consignes claires, en supervisant étroitement les activités et en prenant les décisions principales.
- **Persuasif** : utilisé lorsque les membres de l'équipe ont une certaine maturité mais encore besoin d'une orientation et de conseils. Le manager explique les décisions, sollicite les idées des membres de l'équipe et les persuade de suivre une certaine direction.
- **Participatif** : adapté lorsque les membres de l'équipe sont compétents et motivés, mais manquent de confiance ou de motivation dans une tâche spécifique. Le manager

²⁶ Stern, P., Schoettl, J. (2019). *La Boîte à outils du Management*. Dunod.

encourage la participation active des membres de l'équipe, écoute leurs idées, prend en compte leurs suggestions et facilite la prise de décision collective.

- **Déléгатif** : est approprié lorsque les membres de l'équipe ont une maturité élevée, sont compétents et motivés. Le manager donne une grande autonomie aux membres de l'équipe, les laisse prendre des décisions et gérer leurs propres activités.

Le cadre de santé est un maillon incontournable dans le système sanitaire et dans la construction ou le maintien du sens du travail, il se situe à l'interface entre les patients, les familles, l'équipe soignante et la direction de l'établissement.

2.2.2 L'équipe : un groupe « vivant »

Selon Olivier Devillard²⁷, psychologue et consultant en ressources humaines et management, il s'agit :

« D'un groupe d'individus, organisés ensemble, conduit par un leader et œuvrant pour un même objectif... »

Cette formulation met en évidence quatre composants internes :

- *un groupe d'équipiers,*
- *un chef (pilote, manager, responsable),*
- *un objectif,*
- *des pratiques qui visent la concertation d'action. »*

L'équipe est alors comparable à un corps humain tel un organisme vivant. Elle se compose de membres qui exercent des fonctions similaires à celles du système nerveux, en échangeant des informations et en réagissant aux stimuli. Elle possède ainsi un "cerveau" qui dirige et coordonne les actions de chacun. En somme, une équipe est un ensemble organique où chaque individu tient une place essentielle dans la réalisation de l'objectif commun. *« Elle est à la fois un ensemble de cerveaux, d'expériences, de moteurs et d'acteurs ».* (Devillard O, 2005)

Le terme d'équipe résonne avec la notion d'engagement, d'adhésion au projet du collectif et de cohésion qui implique le partage des points de vue dans le but d'établir des compromis au sein du groupe.

La recherche du sens et la construction de la pensée collective apparaissent comme des éléments déterminant dans la compréhension du projet de l'organisation, afin que les soignants y adhèrent. Et si cette notion d'équipe était bien plus qu'un groupe de personnes devant accomplir une tâche commune, mais plutôt l'aboutissement d'une co-réflexion par un groupe de professionnels devant accomplir une tâche. Pour Hamdou Sy²⁸ (2019), *« Une équipe, pour se constituer comme telle, se doit de conjuguer une logique de réflexion, de discussion et de proposition, un engagement professionnel et une éthique clairement signifiée ».* La cohésion implique la reconnaissance et le respect au sein du collectif, de l'individualité et la singularité de chaque acteur qui se doit d'être engagé dans une démarche de consensus et se reconnaître dans une éthique commune.

²⁷ Devillard, D. (2005). Dynamiques d'équipes, troisième édition. Edition d'organisation

²⁸ Sy, H. (2019). « Être et avoir » dans le travail d'équipe. *VST - Vie sociale et traitements*, 144(4), 24-31.

La construction du groupe autour d'un projet apparaît comme l'un des fondements d'une équipe permettant le fonctionnement optimal de l'organisation. Dans des contextes continuellement sous tension, donner du sens peut être assimilé à la notion "de faire et d'être équipe". Ce travail d'élaboration perpétuelle est nécessaire dans le fonctionnement du groupe et permet de proposer un cadre sécurisant pour que les soignants soient disponibles dans la relation de soignant-soigné.

L'équipe peut aussi se définir selon le concept de « l'appareil psychique groupal » (Kaes, 2010).

2.2.3 « L'appareil psychique groupal »

La notion d'appareil psychique groupal développée par René Kaës, se définit par :

« La construction commune des membres d'un groupe pour constituer un groupe. Il s'agit là d'une fiction efficace, dont le caractère principal est d'assurer la médiation et l'échange de différences entre la réalité psychique dans ses composantes groupales, et la réalité groupale dans ses aspects sociétaux et matériels ».

Ce modèle théorique repose sur trois caractéristiques :

- La fonction du groupe est de créer le lien entre les membres de celui-ci, par la formation de processus de réflexion, afin de transformer les espaces psychiques de chacun.
- Une pluralité des espaces psychiques contenant eux-mêmes des processus psychiques d'organisations et de fonctionnements propres, en les distinguant les uns par rapport aux autres et en s'intéressant aux forces qui les opposent et à la répartition de l'énergie psychique déployée.
- La prise en compte de la singularité de l'espace psychique de chaque personne dans le groupe. Celui-ci est amené à prendre sa place et à en être acteur dans la construction et la maintenance du groupe.

L'appareil psychique groupal de René Kaës est un concept qui fait référence à la structure psychique collective qui se forme dans les groupes sociaux. Il se compose de la somme des appareils psychiques individuels des membres du groupe, mais a également sa propre dynamique interne qui peut influencer les comportements, les croyances et les valeurs des membres du groupe. Le concept est utile pour comprendre les dynamiques sociales et les processus de groupe.

Cette dynamique du groupe influencée par les subjectivités intergénérationnelles, et des capacités d'élaboration des différents membres du groupe permet alors d'impulser une culture de l'équipe.

Le cadre de santé intervient dans ces étapes de construction psychique et de maintien de la dynamique d'équipe, avec des acteurs engagés et impliqués dans la volonté de former l'appareil psychique groupal. L'évolution de la société et des nouvelles générations de soignants requiert de prendre en compte les particularités, les fonctionnements et les aspirations de chacun au sein du groupe.

Après avoir défini les concepts issus de ma question initiale sur le sens du travail des soignants en psychiatrie, la prochaine étape consiste à finaliser ma question de recherche et à formuler des hypothèses.

2.3 L'évolution de la recherche : la question de recherche et formulation de l'hypothèse

La psychiatrie, en raison de sa complexité, demande une approche globale et personnalisée pour prendre en charge correctement les patients. Les troubles psychiques peuvent découler de diverses causes, ce qui rend souvent nécessaire une approche multidisciplinaire pour assurer une prise en charge efficace. Dans ce contexte, la question de recherche se pose de savoir comment la dynamique de réflexion autour du sens du travail peut contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge des patients en psychiatrie.

La réflexion sur le sens du travail est-elle un levier pour améliorer la qualité des soins en psychiatrie ?

Grâce à cette réflexion menée lors de la recherche d'informations et de documentation sur la thématique du sens du travail, ainsi que lors de la construction du cadre conceptuel en lien avec la question de départ, je suis convaincue de l'importance de cette démarche.

Je confirme ma question de départ, et je pose la question de recherche suivante :

Dans le contexte actuel en psychiatrie, en quoi la dynamique de réflexion autour du sens du travail, impulsée par le cadre de santé, permet-elle d'améliorer la qualité des soins ?

En encourageant la réflexion sur le sens du travail au sein de l'équipe soignante, le cadre de santé peut jouer un rôle essentiel dans le renforcement de l'engagement des professionnels de santé, la promotion de leur implication, leur capacité de réflexion et d'analyse des pratiques, ainsi que l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients en psychiatrie. À cet égard, j'émet l'hypothèse suivante :

Le type de management de proximité du cadre de santé est un levier permettant le développement de la co-construction du sens du travail, avec l'équipe soignante, dans un contexte d'évolution des organisations psychiatriques.

Maintenant que j'ai établi le cadre conceptuel et formulé mon hypothèse de recherche, il est essentiel de procéder à la collecte de données concrètes en mettant en place une enquête rigoureuse. Cela permettra de valider mon hypothèse et de répondre à ma question de recherche de manière approfondie.

3 L'enquête de terrain : méthodologie

Après avoir identifié et défini les principaux concepts articulés autour de ma question de recherche et de l'hypothèse de réponse formulée, je détaillerai la méthodologie de l'enquête, en décrivant les choix des outils, le déroulement de l'enquête, les limites qu'elle a présentées.

3.1 Le choix des outils

En lien avec la thématique de mon travail de recherche et l'hypothèse formulée, je considère que les entretiens semi-directifs, prenant appui sur un guide d'entretien (annexe 1) validé par mon directeur de mémoire, est une méthode appropriée pour recueillir des données qualitatives approfondies auprès d'acteurs spécifiques dans un temps relativement contraint.

Tout d'abord, les entretiens semi-directifs permettent une exploration approfondie du sujet de recherche grâce à des questions ouvertes qui donnent aux participants la possibilité de fournir des réponses détaillées et réfléchies. Cela permet d'obtenir une compréhension approfondie, des attitudes, des opinions et des expériences des participants en lien avec le sujet de recherche.

Bien que les questionnaires soient une méthode courante pour recueillir des données dans les travaux de recherche, ils présentent également certains freins qui peuvent compromettre la qualité des données collectées : le manque de profondeur et des biais dans la sélection des participants. Les entretiens semi-directifs sont également flexibles. J'ai pu ajuster les questions, par le biais du guide d'entretien, en fonction des réponses des participants.

De plus, les participants peuvent donner leur propre point de vue sur le sujet de recherche, qui peut être différent du mien, permettant de confirmer ou d'infirmer mon hypothèse. En outre, ils m'ont permis d'observer les éléments de communication non verbale et les réactions émotionnelles des personnes interrogées, contrairement au simple questionnaire. Cela peut être très utile pour comprendre et interpréter les réponses lors du travail d'analyse.

Afin de mener ces entretiens, il est nécessaire de faire preuve de concentration pour rester dans une zone de neutralité bienveillante afin de ne pas induire chez le participant des réponses attendues par le chercheur. D'autre part, une écoute attentive et une observation fine des attitudes des personnes sont indispensables pour l'étude des résultats.

Bien sûr, j'ai précisé que chaque entretien était anonyme afin de permettre une liberté d'expression des interrogés. J'ai souhaité cibler un échantillonnage représentatif en corrélation avec les dimensions managériales.

3.2 Le choix des profils et des lieux d'enquête

Le tableau ci-après représente les différents cadres de santé interrogés, exerçant tous dans des unités de soins de psychiatrie adulte du secteur de la région parisienne. Pour des raisons de confidentialité, les prénoms ont été modifiés.

Nom	Hôpital	Ancienneté en psychiatrie	Ancienneté dans la fonction de cadre de santé	Année de diplôme	Durée de l'entretien
Laure	A	18 mois en tant que cadre de santé	10 ans	IDE : 2003 CDS : 2013	35 min
Damien	A	14 ans	2 ans	IDE : 2009 CDS : 2021	30 min
Sarah	B	24 ans	13 ans	IDE : 1999 CDS : 2010	31min
Caroline	C	4 ans en tant que cadre de santé	14 ans	IDE : 1988 IADE : 1987 CDS : 2009	27 min
Maryline	D	15 ans	6 ans	IDE : 2008 CDS : 2017	40 min
Florence	E	39 ans	6ans	ISP : 1984 CDS : 2017	42 min
Catherine	F	38 ans	21 ans	ISP : 1985 CDS : 2002	35 min

J'ai rencontré sept cadres de santé dans six établissements psychiatriques, afin d'observer s'il existait des enjeux dans la construction du sens du travail en fonction de la culture qui peut exister d'un établissement à un autre. J'ai choisi d'interroger des cadres de santé en prenant en compte de leur ancienneté dans la fonction d'encadrement, certains ayant une plus grande expérience que d'autres. Il me semblait également intéressant d'avoir l'avis de cadres de santé n'ayant pas tous exercé comme soignant en psychiatrie avant de prendre les fonctions de cadre de santé, contrairement à d'autres qui avaient une expérience clinique de la spécialité. D'ailleurs, deux d'entre eux étaient diplômés avant 1992 en tant qu'infirmiers spécialisés en psychiatrie (ISP).

3.3 Le déroulement de l'enquête

Tout d'abord, j'ai effectué plusieurs demandes auprès des différents établissements pour obtenir l'autorisation d'interviewer les personnes que je souhaitais inclure dans mon étude. Ensuite, j'ai pris contact avec les personnes concernées et nous avons convenu d'un rendez-vous en fonction de nos disponibilités respectives.

Le thème et le titre de mon mémoire ont été clairement énoncés, néanmoins je n'ai pas transmis ou montré la grille d'entretien aux participants afin de préserver leur spontanéité.

Chaque entretien a commencé de la même manière, en obtenant leur consentement pour l'enregistrement et en leur garantissant l'anonymat.

Ces entretiens se sont déroulés au mois de mars 2023, principalement sur une même semaine, ce qui a nécessité une énergie importante pour rester concentrée et attentive aux propos que je recueillais. Afin de ne pas perdre des informations ou d'oublier mes propres ressentis, je retranscrivais les enregistrements avec mes annotations le soir même.

Les entretiens avec les cadres de santé se sont révélés très riches en contenu. Néanmoins, tous ont été interrompus à plusieurs reprises par des appels téléphoniques, et pour certains interrompus par des soignants en recherche de solution à des problématiques inhérentes à l'activité soignante.

3.4 Les limites de l'enquête

Le temps était une limite à cette enquête, j'ai été contrainte de revoir mes objectifs quantitatifs à la baisse. J'aurais souhaité interroger davantage de cadres afin de pouvoir généraliser les résultats obtenus, ce qui n'est pas le cas.

D'autre part, il aurait pu être opportun d'étudier le point de vue des soignants concernant leur ressenti sur la perte de sens de leur travail et leurs attentes vis-à-vis de l'encadrement. Croiser les résultats de ces deux populations aurait certainement été très enrichissant, mais le temps m'a malheureusement manqué. J'ai donc privilégié d'interroger des cadres de santé.

Néanmoins, toutes les personnes interrogées ont exprimé leur intérêt pour la thématique et ont apprécié les échanges. Une des difficultés rencontrées était liée au fait que certaines personnes continuaient d'apporter des éléments concernant la question de la perte de sens du travail, même lorsque l'entretien était terminé et que nous étions sur le point de nous quitter. Je me demande si finalement, une fois l'instant formel de l'interrogatoire terminé et l'enregistrement coupé, ils ne se sentaient pas plus à l'aise et plus libres pour se confier sur leurs ressentis. Malgré cela, j'ai tout de même pu retenir quelques-uns de leurs propos pertinents.

4 La restitution des entretiens et analyse des données

L'analyse des réponses des cadres de santé interrogés lors de l'enquête a permis d'extraire des informations pertinentes et utiles, et de fournir une base solide pour répondre à la question de recherche suivante :

Dans le contexte actuel en psychiatrie, en quoi la dynamique de réflexion autour du sens du travail, impulsée par le cadre de santé, permet-elle d'améliorer la qualité des soins ?

Et confirmer ou non l'hypothèse émise suivante :

Le type de management de proximité du cadre de santé est un levier permettant le développement de la co-construction du sens du travail, avec l'équipe soignante, dans un contexte d'évolution des organisations psychiatriques.

Dans un premier temps, pour réaliser cette analyse, j'ai effectué la retranscription de chaque entretien dans leur intégralité dont l'un d'entre eux se trouve en annexe 2.

Afin d'analyser les entretiens de manière pertinente, j'ai planifié plusieurs étapes : dans un premier temps j'ai décidé de suivre l'ordre des questions posées aux cadres de santé. Pour ce faire, j'ai repris chaque question en analysant les réponses fournies par les cadres, en triant les données que j'ai noté entre guillemets pour en conserver l'exactitude, dans le guide d'entretien sous forme d'un tableau, dont la trame est en annexe 1. Ensuite, j'ai procédé à une analyse croisée avec le contenu (verbatim) pour chaque question que j'ai divisé en deux axes : d'une part, le constat des cadres de santé sur la perte de sens du travail et, d'autre part, la co-construction de celui-ci selon leur point de vue. Pour chacune de ces parties j'ai développé des sous thèmes afin de structurer les réponses recueillies pendant les entretiens.

4.1 Le constat d'une perte de sens

4.1.1 Une réalité

Lors de votre parcours en tant que cadre de santé, avez-vous observé des équipes qui semblaient être en perte de sens de leur travail ? Ou qui le verbalisent ?

Si j'avais tenté de spécifier les notions de « sens au travail » et « sens du travail », pour choisir de me concentrer sur cette dernière, je savais que des liens entre les deux étaient inéluctables. J'ai pris le parti de ne pas donner d'indication sur mon choix et ma propre définition du terme de sens du travail, afin de recueillir objectivement les observations des personnes interrogées. De fait cette nuance n'a pas été forcément identifiée par les personnes interrogées, les cadres faisaient référence le plus souvent aux deux, parfois en les confondant sans se poser de question. Seul Damien, le plus jeune cadre de santé, semblait « parasité » et répondait à toutes les questions en commençant par : « *Alors, tout dépend de la notion de sens* », « *En perte de sens selon quelle définition ?* », « *Le sens selon qui ?* ». En effet dans la littérature, les termes de « sens **au** travail » et « sens **du** travail » sont souvent utilisés grammaticalement, pour identifier une même idée et qui se rapporte à la manière dont les individus vivent leur travail au quotidien qui serait plutôt en lien avec les conditions de travail. Il est à noter que moi-même j'ai mis un certain temps à réaliser qu'il y avait une nuance non négligeable entre les concepts.

Néanmoins tous les cadres de santé interrogés s'accordaient à dire qu'ils étaient confrontés à des soignants en perte de sens **au** travail dans un premier temps, puis au fil de la conversation ils évoquaient celle du sens **du** travail. D'après eux, certains soignants le verbalisaient clairement en utilisant des termes en lien avec la perte de sens, souvent liée avec des injonctions paradoxales, et en contradiction avec leurs valeurs humaines et soignantes : « *faire mieux, faire plus avec moins de moyens humains et financiers* ». Florence, cadre de santé depuis 2017 et infirmière de Secteur Psychiatrique (ISP), rapportait que la perte de sens s'observait d'autant plus chez ceux qui ne la verbalisaient pas, par deux types de comportement : « *de manière latente, avec une espèce de démission des soignants qui sont plus apathiques, qui sont plus des exécutants, il n'y a pas beaucoup de retours, il n'y a pas beaucoup de réflexion... et il y a des réactions épidermiques, ou d'un seul coup sur une situation, ils sont dans l'opposition, dans la critique* ».

4.1.2 Les causes de la perte de sens

Selon vous quelles en étaient les causes ?

Dans le contexte actuel, pensez-vous que la perte de sens du travail peut être liée au changement des représentations du soin psychiatrique ?

Quels sont pour vous les freins à la dynamique de réflexion autour du sens du travail menée par le cadre de santé ?

L'évolution des organisations soignantes

Chacune des personnes interrogées ont nommé, comme étant la cause principale de cette perte de sens : l'évolution ou plutôt la dégradation des organisations soignantes. Ils ont tous fait références aux mauvaises conditions de travail, à l'augmentation de la charge de travail en lien avec le manque d'effectifs infirmiers, les contradictions avec les valeurs professionnelles auxquelles ils étaient confrontés quotidiennement. Damien était catégorique : « *c'est tout ce qui est politique actuelle* », ces évolutions ont des conséquences sur les prises en charge, il évoquera à plusieurs reprises la problématique des manques de lits et la réduction des temps d'hospitalisation qui en découle : en effet pour lui cela ne laisse pas le temps à l'équipe de mettre en place des activités thérapeutiques et des projets « *ce qui a le plus de sens* », car à peine stabilisé donc accessible aux activités thérapeutiques de groupe le patient doit sortir. Pour Florence aussi : « *l'intra a changé, la durée moyenne de séjour est de plus en plus rapide* ».

L'évolution de la société

Six des cadres de santé ont exprimé l'opinion que l'évolution de notre société, les nouvelles technologies ainsi que les changements de représentations et de valeurs du travail entre les différentes générations étaient également des éléments à prendre en compte dans la compréhension de la perte de sens du travail actuel. Six cadres ont souligné l'importance de la question des générations précédentes et actuelles, certains s'exprimant avec véhémence : « *il reste encore deux ou trois anciens, mode psy pur et dur, voilà euh, et qui (silence) qui ont envie de transmettre quelque chose, mais encore faut-il que l'envie de transmettre quelque chose soit reçue par quelqu'un qui a envie d'apprendre. Et là ça se complique !!* » (Florence)

« *C'est la nouvelle génération chacun travaille dans son coin moi je n'ai jamais connu ça* » (Sarah)

« *Les anciens ils sont très fiers de transmettre aux jeunes générations* » (Marilyne)

Pour le dernier d'entre eux les différences entre les générations n'étaient pas un problème, et n'influaient pas sur la perte de sens : « *les gens s'adaptent, on s'adapte là-dessus on s'adapte et les nouveaux*

voilà les nouveaux qui ne connaissaient pas l'ancienne psychiatrie connaissent que la nouvelle donc tout le monde s'adapte et les anciens s'adaptent »

L'évolution de la psychiatrie

Pour l'un d'entre eux, Laure, qui travaillait en psychiatrie que depuis dix-huit mois, le problème était que ce domaine n'avait pas évolué : *« ici les choses n'ont pas évolué, au contraire en arrivant je pensais que j'allais trouver une psychiatrie qui avait beaucoup évolué et en fait j'ai l'impression que non »*. Elle expliquait être très déçue à son arrivée dans ce service, complètement différent de ses propres représentations du travail d'élaboration clinique et des prises en charge des patients psychotiques. Pour les cinq cadres qui considéraient que l'évolution de la psychiatrie pouvait être l'une des causes de la perte de sens, ils définissent celle-ci davantage comme une série de pertes dans la transmission des connaissances et des compétences liées aux conditions de travail, plutôt qu'une évolution des représentations du soin psychiatrique en tant que tel. Néanmoins Marilyne cite : *« pour eux la psychiatrie ce n'est plus ça, pour eux c'est comme si la psychiatrie n'était plus comme avant, pour les anciens. »*

L'évolution des profils des patients

Tous les cadres de santé ayant une expérience d'infirmier en psychiatrie ont observé des évolutions dans les profils des patients, pouvant entraîner des conflits ou des frustrations et nécessitant de remettre en question les habitudes de travail et les méthodes de prise en charge.

Florence : *« On a une population qui change beaucoup, des profils de patient qui changent beaucoup, des patients en grande situation de précarité, en situation illégale sur le territoire »*

Marilyne : *« Les profils de patients ont aussi beaucoup changé avec des profils de patients très violents, avec des problématiques sociales avec toutes ces populations qui viennent des flux migratoires, des profils euh d'addiction, beaucoup de polytoxicomanie »*

Sarah : *« On a des personnes de plus en plus vieillissantes dans la prise en charge avec des problèmes somatiques de plus en plus présents »*

Damien : *« Les patients ont changé, dans le sens où avant j'avais l'impression qu'ils étaient tous fous et maintenant on a beaucoup de gens addicts euh aux drogues, en précarité sociale ce qui fait que la psychiatrie n'est pas la même »*

Catherine : *« Je l'ai beaucoup vu après avoir repris après le COVID, beaucoup d'ados très jeunes touchés très jeunes, moi, avec des pathologies que j'ai du mal à cerner, j'ai besoin de me reformer, vraiment. J'ai besoin de réfléchir, j'ai été cherché de la littérature même sur tout ce qui est les supports avec les histoires de genre et tout. »*

Des pertes :

Il ressort de ces entretiens que les évolutions observées par les cadres de santé, pouvant être les causes de la perte de sens, s'assimilent finalement à des pertes, pour eux, pour les professionnels, pour la psychiatrie et pour les patients. Tous s'accordaient à dire que des adaptations étaient nécessaires face à ces pertes.

La perte de la mise en discussion du travail

Tous les cadres de santé ont identifié des difficultés pour maintenir l'organisation des temps d'échanges, liées au manque de temps et de personnel, à l'indisponibilité psychique des soignants : *« mais le problème c'est qu'avec les 7h36, le chevauchement des équipes est de 20 min pour les transmissions, donc ça veut dire qu'il faut que je demande aux gens de rester un peu plus ou alors il faut que je demande aux équipes de venir un peu plus tôt. Voilà quelqu'un à qui je vais dire, ben reste plus longtemps, est-ce qu'il va être suffisamment réceptif voilà, ou il va pas plutôt se dire c'est une contrainte supplémentaire »* (Damien)

Ce manque d'échanges autour du travail participe à la perte de sens de celui-ci :

« L'arrêt de la discussion en fin de compte, l'arrêt de la confrontation des idées en fin de compte, l'arrêt de la discussion en équipe... Parce qu'il faut qu'il y ait quelque chose qui soit porté par le collectif, on n'est pas des infirmiers libéraux, (rires) il faut que ce soit porté par l'institution, et ce n'est plus porté par le collectif. (Silence) » (Catherine)

La perte de compétences cliniques médicales

Ils soulignent tous qu'au-delà du manque d'infirmiers que l'on pouvait observer depuis plusieurs années dans les services de psychiatrie, le manque de psychiatres participait lui aussi à la perte de sens du travail. Pour Carole, elle constate un manque d'expertise psychiatrique : « on a de moins en moins de médecins, les médecins étrangers, euh, ils sont pas tous formés à la psychiatrie, mais du coup il y a une perte de compétences médicales ». Maryline observe, elle aussi, un manque de compétences psychiatriques chez les médecins des unités qu'elle a en responsabilité, elle donne l'exemple actuel ou le seul médecin de l'unité d'hospitalisation à temps plein est urologue de formation : « la prise en charge médicale qui est du coup un peu compliquée ». Florence ajoute que les causes sont : « managériales, et quand je dis managériales, c'est pas uniquement le cadre de proximité... ça peut être l'orientation clinique du service, elle est médicale ». Plusieurs cadres évoquent en effet toutes les difficultés que les soignants ont à collaborer avec des médecins peu nombreux et peu formés à la psychiatrie. « Les médecins n'écoutent pas vraiment ce que disent les soignants, et du coup les soignants ne se sentent pas entendus » (Marilyne)

La perte des savoirs cliniques, des savoir-être et des savoir-faire des paramédicaux

La formation des infirmiers :

Les cadres de santé ont évoqué un manque de connaissances cliniques des infirmiers lié aux apports théoriques insuffisants dans le nouveau programme des études universitaires : « Il y a plus de temps psychiatrique dans les études si vous regardez le programme je sais pas ils ont vingt heures de psychiatrie sur les trois années d'étude, quand moi j'en ai eu 2 ans. Alors je dis pas qu'il faut revenir en arrière, mais on peut pas passer de 2 ans à 20h et avoir des soignants compétents »

Mais aussi un manque de pratique : « la formation, ah complètement, y a un gros écart entre ce qu'on demande sur le terrain et la formation qu'ils ont actuellement ». Les cadres évoquent que des parcours de formation ont été proposés pour approfondir les connaissances en psychiatrie au début mais sans que cela puisse se pérenniser : « On a essayé de mettre en place, enfin l'institution, au regard de ces mouvements, avait mis en place des modules supplémentaires, du tutorat (soupire), j'ai l'impression qu'au fil de l'eau ça s'est un peu délité » (Florence)

« Notamment les jeunes diplômés, moi je pense que voilà ils avaient même pas ce recul du coup sur le soin en psychiatrie, je pense parce qu'ils n'ont même pas été accompagnés à leur prise poste. » (Laure)

Le compagnonnage :

Le constat partagé par les cadres de santé était que les soignants n'avaient plus les moyens d'accueillir et d'accompagner les jeunes professionnels diplômés qui n'étaient pas suffisamment formés. « C'est devenu universitaire on passe les écrits, on valide et puis après vous apprenez sur le tas. Sauf que faut déjà avoir le personnel sur le terrain pour pouvoir après accompagner » « Les étudiants, les jeunes professionnels ne vont plus avoir cette transmission des infirmier psy mais parce qu'il n'y en a plus ! » (Florence)

Les cadres expliquaient que la perte de cette transmission de la culture des soins psychiatriques, l'impossibilité pour les plus anciens de soutenir les plus jeunes dans cette rencontre particulière avec la maladie mentale, mettaient à mal les plus expérimentés qui étaient frustrés de laisser seuls les plus novices se débrouiller face à la complexité des soins relationnels avec les patients psychotiques. Cette frustration participait à la perte de sens du travail. « pour eux la psychiatrie ce n'est

plus ça, pour eux c'est comme si la psychiatrie n'était plus comme avant, pour les anciens... Et pour les nouveaux qui arrivent, même les nouveaux qui arrivent, pour eux la perte de sens est arrivée très vite » (Marilyne). Les jeunes diplômés se retrouvaient eux aussi rapidement en perte de sens de leur travail, car ils étaient souvent "largués" dans des unités d'hospitalisation avec des patients en grande souffrance, souvent très agités, exécutant tant bien que mal les prescriptions médicales.

Des réticences

Six cadres ont identifié des réticences des professionnels comme des freins dans le travail de construction du sens du travail, pour au moins une d'entre elles le sens du travail était lié au manque d'intérêt pour le sens clinique.

« J'exagère un peu mais, euh, nous ici on a fait des recrutements que je n'aurais jamais fait il y a 4, 5 ans, parce que je savais très bien, je sais très bien que c'est des gens qui sont pas intéressés, il faut un minimum d'empathie, d'avoir envie de rencontrer l'autre, quand on travaille en psychiatrie » (Catherine)

« C'est souvent les anciens qui ont du mal à aller de l'avant et qui vont rester à l'écart, ils en ont marre, avant c'était pas comme ça. Et vous savez c'est très difficile de faire changer, avec les anciens, parce que vous savez ils font souvent référence à avant, quand ils travaillaient avec d'autres médecins, et que pour eux c'était mieux avant » (Marilyne)

« Euh tous les professionnels ne sont pas enclins à ça, la majorité et le sont mais pas tous euh, un Aide-soignant ou un infirmier il n'a pas envie de s'investir dans ce travail-là, j'aurais du mal à le faire bouger de position. » (Catherine)

« Donc ça si vous vous trouvez face à un professionnel qu'on pas envie bah ça va être compliqué, ou qui sont réfractaires à ça » (Catherine)

« Quand on arrive et qu'on a envie de proposer des choses pour évoluer et bien il y a la peur du changement, euh (mains vers le visage) », « j'ai eu un : Ah ! mais non surtout pas de toute façon moi déjà je suis contre les IPA (soupire) » (Laure)

« C'était comme ça avant », « les médecins étaient mieux avant », « il faut du cadre comme avant »

Au contraire pour Damien, il était d'avis que le problème était purement contextuel, *« c'est politique ! »*, pour lui si les professionnels étaient mieux reconnus dans la pénibilité de leur travail, il n'y aurait pas de perte de sens ou de difficulté à le retrouver.

La charge de travail des cadres de santé

Au fil des entretiens j'ai observé que l'ensemble des cadres de santé évoquaient tous une charge de travail importante, sans faire le lien avec les difficultés que cela pouvait impliquer dans leur capacité à accompagner les soignants dans la co-construction du sens du travail. Sauf une : *« Le cadre de proximité... d'ailleurs quand on est sur plusieurs sites, on peut plus appeler ça de la proximité, ou cadre de santé, on appelle ça gestionnaire, gestionnaire de planning, qui demande pas les mêmes compétences »* (Florence)

En effet, ils ont tous en responsabilité plusieurs unités de soin, que ce soit en raison de l'organisation de l'institution ou pour remplacer des postes d'encadrement non pourvus depuis plus ou moins longtemps. Certains ont verbalisé être même en perte de sens de leur travail ou pouvant le devenir :

« Reprendre les choses et impulser vos équipes à allez-y faites ! parce qu'en plus c'est la partie du travail qui pour moi est la plus intéressante. Ah bah oui plus que faire les plannings, j'avais la gestion des lits tout ça c'est relou, après c'est pareil, enfin notre établissement n'a pas le monopole de la galère, mais ouais on retrouve les mêmes problèmes dans la gestion du personnel la gestion des lits, ça nous fait perdre le sens du travail » (Damien)

« Faut pas jeter l'éponge on perd le sens peut-être aussi ça peut nous arriver quand nous-mêmes on observe des choses qui, euh on comprend pas, je comprends pas face à certaines situations oui on peut perdre le sens si (silence) mais on »

est encore dans cette réflexion (silence) faut arrive à se ressaisir rapidement parce qu'on dit non c'est pas possible voilà il va falloir faire quelque chose » (Sarah)

4.1.3 Les conséquences de la perte de sens

Sur l'attractivité et la fidélisation des professionnels

Tous les cadres ont observé des départs des infirmiers vers les services somatiques, des abandons du métiers de soignants et des difficultés à recruter, vraisemblablement en lien avec la dégradation de la qualité de vie au travail et la perte de sens.

Sur la qualité des prises en charges

L'ensemble des cadres interrogés a identifié des conséquences « *directes* » et « *indirectes* » sur la qualité des prises en charge.

Les conséquences directes sont : moins de temps passé auprès des patients, moins d'entretiens infirmiers, moins d'activités thérapeutiques, mauvaises transmissions, perte des effets personnels des patients par les soignants, une augmentation des mesures d'isolement et de contention, et une non-reconnaissance de l'autre.

Les conséquences indirectes sont : perte de motivation des soignants, perte de cohésion d'équipe, désinvestissement du rôle propre des professionnels, conflits d'équipe, absence de collaboration entre les équipes paramédicales et médicales avec des conflits importants (boycott des entretiens médicaux, des réunions cliniques), et le sentiment des paramédicaux de ne pas être entendus par les médecins.

Cinq cadres ont évoqué les conflits majeurs qui persistaient entre les équipes et les médecins, et qui entraînaient des conséquences sur l'organisation des soins et sur la qualité de la relation soignant-soigné, exacerbant davantage les tensions qui existaient déjà dans les unités d'hospitalisation accueillant des patients en crise.

« Ça fait déjà des conflits au niveau des équipes médicales et des équipes soignantes, euh des fois c'est très boueux les Staffs hein (lève les yeux). Chacun pense avoir raison, du coup ça crée des animosités comme ça au niveau du travail et ça crée de la négligence des soignants, surtout des infirmiers, dans l'accompagnement des patients, dans le sens où les soignants ils ne veulent plus assister aux entretiens avec les médecins... Si les infirmiers ne vont pas aux entretiens ... Mais le médecin, lui il a besoin des de voir les patients alors il les voit seul... C'est le patient il vient vous rapporter l'entretien... le médecin après ces entretiens, ne vient pas lui non plus faire un retour aux soignants » (Marilyne)

« Je reprends, dans mon bureau, on parle à deux doigts des moustaches, avec les médecins, qui ne prennent pas en compte, les difficulté des équipes : bon ça va pas du tout, on va se reprendre tu veux quoi, tu cherches quoi, tu attends quoi, tu attends l'accident, qu'on se fasse casser la gueule, qu'il arrive un drame ? quand un moment l'équipe te dit que ce patient ne va pas bien, est ce que tu lis les transmissions, est ce que tu écoutes ce qu'on te dit ? » (Florence)

Si les cadres de santé ne l'ont pas clairement identifié comme une conséquence de la perte de sens, ils ont évoqué des difficultés de cohérence dans la prise en charge des patients qui étaient liées à ceux que les soignants verbalisent par : « *manque de cadre* », à « *des demandes de sanctions lorsque celui-ci n'est pas respecté* », « *les même règles pour tous* ».

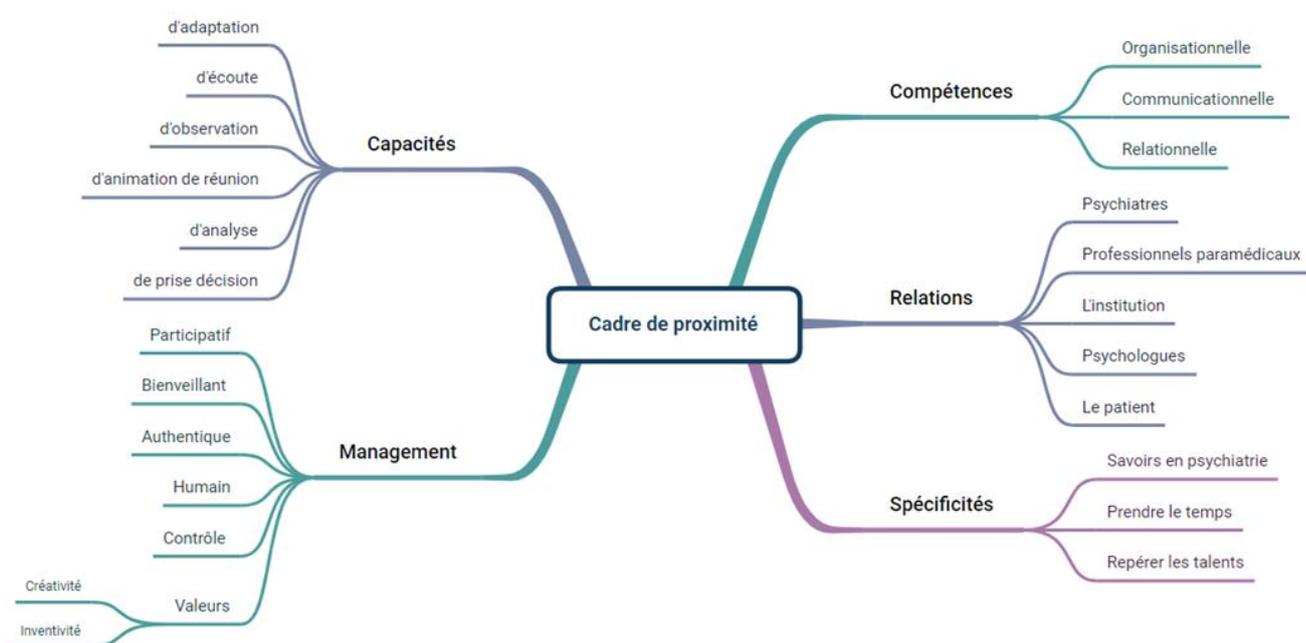
« Les médecins, pour les fugues, pour la prise de toxique, euh, bah des fois y a pas de sanction et c'est ce que demande les soignants...c'est pas repris c'est pas recadré avec le patient » (Carole)

4.2 La co-construction du sens du travail

4.2.1 Le cadre de santé

D'après vous quelles sont les compétences requises pour le cadre de santé afin d'impulser une dynamique de réflexion autour du sens du travail ?

J'ai organisé les réponse des cadres de santé sous forme de mindmap que je propose ci-dessous :



4.2.2 La co-construction du sens du travail : des prérequis

Pour pallier cette perte de sens, quelles actions avez-vous menées ?

L'humain

Damien, tout au long de l'entretien, avait mis en avant l'importance de prendre en compte la question de la perte de sens du travail ou de sa construction avec comme fil conducteur : « *l'humain* ». Il avait souligné que cette préoccupation devrait toujours être présente à l'esprit, en tenant compte de la dimension humaine du travail des soignants, ainsi que des enjeux propres à son rôle en tant que cadre de santé dans « *la gestion humaine* ». Les soignants en psychiatrie étaient des professionnels dévoués qui apportaient une contribution inestimable à la santé psychique de leurs patients. Toutefois, il était important de reconnaître qu'ils étaient aussi des êtres humains avec leurs propres besoins émotionnels et physiques, et qu'ils devaient prendre soin d'eux-mêmes pour continuer à fournir des soins de qualité. Il était essentiel de les soutenir dans leur rôle complexe et exigeant, et de reconnaître leur humanité et leur dévouement. « *Donner les meilleures conditions de, pas*

oublier qu'ils ont une vie personnelle, j'essaye toujours entre guillemets d'accepter la prise de congé. Voilà on donne on donne de l'humain on donne de l'humain »

« C'est le patient qui est au centre hein mais si je prends pas trop soin de mes équipes, ils pourront pas prendre soin de patients » (Damien)

Les autres cadres ont aussi toutes répondu à la question en commençant par : *« on donne de l'humain »*

L'équipe

Les cinq cadres de santé ont identifié l'équipe soignante comme un groupe dynamique à prendre en compte dans la construction du sens du travail. Ils ont souligné l'importance de considérer l'équipe soignante dans son ensemble, plutôt que simplement comme une somme de membres individuels. En prenant en compte la dynamique de groupe de l'équipe dans la construction du sens du travail, les organisations de soins de santé peuvent créer un environnement de travail plus satisfaisant pour les membres de l'équipe et améliorer la qualité des soins pour les patients.

« Après il faut savoir aussi observer parce que chaque équipe fonctionne différemment parce que je vois moi ici même si je connais un peu tout le monde, suivant qui va travailler ensemble je ne vais pas avoir les mêmes ambiances de travail. Il faut en avoir conscience et observer la dynamique du groupe. » (Catherine)

Pour Damien, chaque personne de l'équipe soignante était importante et apportait une valeur ajoutée dans la prise en charge. Il considérait qu'il était essentiel de prendre en compte que le remplacement par des vacataires ou intérimaires en psychiatrie pouvait contribuer à respecter un nombre de soignants cible nécessaire pour garantir l'organisation de l'activité, même en mode dégradé. Car, il était important de souligner que les soignants permanents apportent une expertise et une continuité de soins qui ne peuvent être remplacées par des intérimaires à long terme. Par conséquent, il est essentiel de trouver un équilibre entre la nécessité de garantir un nombre suffisant de soignants pour maintenir l'organisation de l'activité et la nécessité de maintenir une équipe permanente et expérimentée pour fournir des soins de qualité aux patients et du sens du travail aux équipes. *« C'est que par exemple si je vais donner des moyens humains, je vais amener les gens qui forcément sont peut-être pas de l'unité, donc voilà je vais pallier mes problèmes au niveau de mes effectifs, mais je vais pas pallier au problème du soin pour mes patients. C'est pas ça le meilleur soin pour le patient, si je ramène en un infirmier différent tous les jours y a pas de continuité de la dans la prise en charge alors y a pas de sens »*

Catherine pensait également que *« les plannings ne sont pas simplement une addition de 1+1 »*. Elle prenait en compte la réalité du manque d'infirmiers et son impact sur la capacité de l'équipe à maintenir le sens du travail. Des ajustements d'organisation des effectifs étaient donc nécessaires, impliquant que les membres de l'équipe soignante s'adaptent en fonction des remplacements et changent leur planning en conséquence. *« Donc je sais très bien qu'avec certains vacataires je peux me le permettre alors qu'avec d'autres non. Donc faut que ça se discute pour que ça prenne sens faut qu'il ait des mots et si y a du sens ils acceptent. (Silence) Faut du temps (rires) on n'en a pas tout le temps (rires) mais on le prend. »*

« Il faut observer les interactions entre les uns et les autres, il faut être presque sensitif, j'ai envie de dire, une équipe ça se sent, ça se perçoit, ça s'écoute. »

« Je m'installe j'observe, on boit un café, c'est tous ces temps informels et non institutionnels, qui font que presque cliniquement, vous êtes capable de vous faire un état des lieux. »

« L'équipe peut être un levier formidable, mais elle peut aussi être une entreprise de démolition » (Florence)

« Je leur rappelle les solutions qu'on a parfois trouvées ensemble au prix de nombreux échanges, l'intelligence collective c'est très important... C'est ça qui les relance un peu et ça les remotive »

« Vous savez dans un groupe, il y a des gens qui vont suivre et il y a des gens qui vont qui continuer de rester à l'écart » (Marilyne)

Laure n'a pas du tout évoqué la notion d'équipe, elle faisait plutôt référence à « *des soignants avec des compétences* » à qui elle fixait « *des objectifs individuels* » ou « *collectifs* » afin de mener des « *projets collectifs* ».

Le binôme cadre/médecin

Les cadres ont tous souligné l'importance de travailler en collaboration avec les médecins dans la co-construction du sens du travail. Ils ont expliqué qu'ils s'engageaient tous dans cette démarche, bien que pour certains, la tâche semblait plus difficile, mais même pour ces derniers elle restait essentielle.

L'institution

Cinq cadres ont évoqué la nécessité que le travail de construction du sens soit porté par l'institution, par le collectif. Pour certains, ce travail d'élaboration autour du sens du travail est plus ou moins organisé, ou du moins des tentatives d'organisation sont impulsées par le collectif. Pour ceux pour qui cela n'existe presque pas, c'est un prérequis. « *J'ai proposé d'organiser une réunion entre l'équipe paramédicale et médicale, pour que les soignants puissent échanger, euh verbaliser autour de leurs difficultés dans les prises en charge, Euh l'idée de la réunion que je propose c'est d'échanger autour des pratiques, de l'organisation, des soins, des difficultés des soignants de manière générale.* » (Carole)

« *La mise en interrogation de ce qui pose souci dans l'équipe, mais aujourd'hui on n'est plus du tout dans la psychothérapie institutionnelle on n'est plus sur un courant psychanalytique, après c'est vrai qu'on fait partie de ces de ces services où on a encore un peu d'enseignement psychanalytique* » (Florence)

« *Alors bien entendu l'animation va reposer beaucoup sur le cadre, donc cette histoire d'aller chercher du sens euh dans les réunions euh mais il faut quand même être soutenu, voilà par l'institution, les médecins, les psychos, parce que si personne ne prend en compte ça dans l'institution c'est un peu jouer les Don Quichotte* » (Catherine)

Des projets

Une autre cadre a identifié la nécessité, à partir d'objectifs individuels et collectifs, d'élaborer et de mettre en place des projets pour prévenir la perte du sens du travail ou pour le retrouver en cas de perte. La finalité de ces projets était d'éviter la diminution de la signification ou de la valeur du travail, et pouvait également inclure des actions pour récupérer le sens du travail si celui-ci est perdu.

« *Pour moi c'était vraiment la première expérience en psychiatrie donc du coup moi je m'attendais à voir des équipes avec des projets... Voilà je suis arrivée sur une équipe qui n'avait plus envie de euh enfin qui n'avait même pas d'idée en fait même... Alors que quand j'étais sur des services aigus réanimation néonatale urgence donc on avait toujours des projets en cours, on n'était pas vraiment dans la perte de sens du travail, on était plus dans la résilience quand on était confrontés à une difficulté dans les prises en charge.* »

« *Donc il faut mettre (silence) à recréer, des projets... repérer chez le soignant vers quoi il a un peu plus d'appétence, je me suis servi de tous ces leviers là pour remettre des objectifs individuels et en collectif par rapport à la psychiatrie des prise en charge en psychiatrie* »

« *Je me souviens d'une réunion d'attractivité fidélisation, on cherchait des concepts innovants je dis parce ce qui pourrait être sympa c'est les protocoles de coopération parce qu'en somatique on en a* » (Laure)

La curiosité intellectuelle et professionnelle

Trois cadres ont évoqué la curiosité intellectuelle et professionnelle qui sont des éléments clés pour les soignants en psychiatrie afin de maintenir un sens du travail. La psychiatrie, en tant que discipline

complexe et en constante évolution, nécessitait une approche holistique et une compréhension approfondie de l'esprit humain et de ses diverses manifestations. Elle les pousse à continuer à apprendre, à se remettre en question et à s'adapter aux nouvelles connaissances et pratiques.

« Oui là où on fait participer tous les corps de métier et on donne voilà la formation, l'expérience, la transmission d'informations, la transmission de formation, la transmission d'expérience oui ça donnera complètement du sens »
(Damien)

Après avoir analysé les données recueillies lors des entretiens, il est maintenant temps d'entamer la phase de synthèse et de réflexion de mon travail de recherche, afin de tirer des conclusions et de proposer des pistes pour améliorer le sens du travail des soignants en psychiatrie.

5 La signification et la contribution de l'étude :

J'ai centré ma recherche sur la problématique suivante : « Dans le contexte actuel en psychiatrie, en quoi la dynamique de réflexion autour du sens du travail, impulsée par le cadre de santé, permet-elle d'améliorer la qualité des soins ? ».

Au départ, j'ai opté pour une explication du sens du travail en m'appuyant sur des perspectives philosophiques et psychanalytiques. Je pensais que ces conceptions, enracinées dans la réflexion, l'échange et la confrontation des idées, pourraient m'être utiles pour analyser et cheminer à travers des concepts que l'on retrouvait dans ma pratique professionnelle. Cependant, après avoir mené des entretiens avec d'autres cadres de santé, dont la plupart avaient une expérience en tant qu'infirmier en psychiatrie, j'ai dû adopter une approche plus ouverte et plus nuancée. Ces entretiens m'ont permis de dépasser mes propres expériences et interprétations personnelles en recueillant les points de vue d'autres professionnels, et en enrichissant ainsi mon analyse à travers une autre lecture.

Certains cadres de santé semblaient très critiques à l'égard des jeunes soignants qui, selon eux, ne participaient pas activement à l'élaboration clinique et institutionnelle. Ils ont souligné le manque de connaissances lié à une formation initiale pauvre en enseignement théorique psychiatrique, ainsi que le manque d'accompagnement de ces professionnels par leurs pairs plus expérimentés une fois diplômés. De plus, presque tous étaient d'accord pour dire que de nombreux soignants n'avaient aucune motivation à vouloir perfectionner leurs connaissances. Dans la première partie, je me suis interrogée sur trois notions : la motivation et la professionnalisation des soignants que je n'avais pas abordées dans mon cadre conceptuel ainsi que l'importance des échanges sur le travail. Dans la deuxième partie, j'expliquerai le rôle du cadre et le type de management qui favorise la co-construction du sens du travail, en relation avec le cadre conceptuel et le point de vue des cadres de santé. Enfin, dans la dernière partie, j'aborderai un élément clé que j'ai découvert lors de mes enquêtes, qui ouvre de nouvelles perspectives.

5.1 Des concepts émergents issus de l'enquête

5.1.1 La motivation

La notion de motivation a été évoquée par tous les cadres de santé interrogés. Certains ont abordé la perte de motivation comme une conséquence de la perte de sens, tandis que d'autres ont évoqué le manque de motivation comme étant une cause de la perte de sens.

La littérature fait consensus sur le fait que la perte de motivation est la résultante de la perte de sens au travail, plutôt que l'inverse. Cette constatation est également valable pour l'engagement des individus dans leur travail.

Selon Philippe Rodet²⁹, auteur et conférencier, le sens du travail est la perception subjective et personnelle que l'on a de l'utilité, de la valeur et de la signification de son travail. Il considère que le sens est un moteur essentiel de la motivation et du bien-être au travail, car il permet aux individus de se sentir utiles, de contribuer à quelque chose de plus grand qu'eux et de trouver du sens dans leur vie professionnelle.

²⁹ Rodet, P. (2017). « Le management bienveillant ». Eyrolles.

« *Le sens semble être de plus en plus rare, alors qu'il s'agit d'un levier de motivation incontournable.* » (Rodet, P. 2017)

Il écrit aussi : « *Ce sens, c'est celui qu'apporte la transmission des savoirs et le renforcement intergénérationnel. C'est donc celui de l'entraide au quotidien.* »

L'auteur souligne que le sens du travail est profondément lié à la transmission des connaissances et à l'échange intergénérationnel. Cela me permet de faire le lien avec les diverses réflexions des cadres de santé sur cette question. Elle met en avant l'idée que notre existence trouve une signification grâce à notre capacité à partager nos savoirs, nos expériences et nos compétences avec les autres, en particulier entre différentes générations. Ce processus de transmission contribue à renforcer les liens sociaux et à favoriser une entraide mutuelle au quotidien.

Cependant, il est fréquemment constaté que les nouvelles et anciennes générations font face à une perte de sens. Les cadres, en particulier, font remarquer que les contraintes de temps et les rythmes de vie effrénés auxquels nous sommes confrontés dans les organisations hospitalières, rendent difficile la rencontre et l'échange entre les générations. Par conséquent, la transmission des savoirs, des savoir-être et des savoir-faire, qui est essentielle pour préserver et enrichir notre compréhension collective, semble être négligée.

Cette situation peut entraîner des conséquences néfastes, car elle restreint les opportunités d'apprentissage et de développement des compétences des soignants, et surtout elle entraîne une perte de sens au travail. En négligeant la transmission intergénérationnelle, nous risquons de perdre des connaissances précieuses, des valeurs culturelles et des compétences spécifiques qui sont souvent transmises de génération en génération.

Il est essentiel de reconnaître l'importance de la transmission des connaissances et de promouvoir les opportunités d'interaction entre les différentes générations, qui peuvent également servir de levier dans le maintien du sens. Cela peut être réalisé en encourageant les initiatives qui facilitent les échanges, tels que des programmes d'apprentissage collaboratifs, le tutorat ou des projets de service. En reconnectant les générations et en renforçant l'entraide au quotidien, nous pouvons contribuer à redonner un sens profond du travail.

5.1.2 La professionnalisation

Les cadres ont insisté sur le manque d'apprentissage psychiatrique dans la formation initiale des infirmiers comme étant une cause de la perte de sens du travail. Dominique Friard, infirmier de secteur psychiatrique, formateur et superviseur d'équipe, cite :

« La formation d'infirmier de secteur psychiatrique, supprimée en 1992, permettait au soignant de se repérer dans la forêt de signes qu'un soignant de psychiatrie doit connaître. Cette connaissance est plus incertaine pour les infirmiers polyvalents qui les ont progressivement remplacés. La consolidation des savoirs brièvement mis en place en 2005-2009 a permis de combler quelques manques. La sémiologie n'est par ailleurs, pas fixée une fois pour toute. Nourri au DSM-5, le psychiatre, l'infirmier, ou le psychologue ne classeront pas ces manifestations, plus ou moins repérées par le sujet, de la même façon. Les soins ou la prise en charge qu'il proposera différeront. »

Julien de Miribel, maître de conférences, explore, dans son ouvrage³⁰, la question de la "professionnalisation-déprofessionnalisation" des infirmiers en psychiatrie en lien avec la formation initiale

³⁰ Miribel de, J. (2020). « Expérience et professionnalisation des infirmiers en psychiatrie ». Des ficelles au métier. Editions L'Harmattan

des infirmiers. Il propose une réflexion sur les compétences nécessaires pour exercer leur métier et estime que le tutorat est un moyen efficace de "*reprofessionnaliser*" les jeunes infirmiers. En effet, le tutorat permet aux jeunes professionnels d'expérimenter des actions et de réfléchir sur leur pratique en étant accompagnés par leurs pairs plus expérimentés. Cette démarche permet ainsi la construction du sens clinique et l'acquisition de compétences essentielles pour répondre aux besoins des patients en psychiatrie. (Miribel de, J.2020)

Cependant, dans le contexte actuel, la possibilité pour infirmiers plus expérimentés d'assumer leur rôle de tuteur est remise en question, ce qui nuit, à mon avis, à cette possibilité de "*reprofessionnalisation*".

A la même période où je construisais l'analyse des données, j'effectuai un stage dans un service de psychiatrie universitaire, qui, bien que ne recevant pas le même profil de patients qu'en psychiatrie de secteur, m'a permis de faire le lien avec la notion de tutorat. En effet, l'effectif des soignants permettait à la cadre de santé d'organiser les plannings de manière que les infirmiers et aides-soignants désignés comme "tuteurs" (pour les étudiants et les nouveaux professionnels) soient entièrement libérés de l'activité soignante et puissent se consacrer pleinement au travail réflexif et aux partages des connaissances avec leur collègues moins expérimentés. Il m'a semblé que ce travail de construction du sens clinique pour chacun d'entre eux participait à donner du sens à leur travail.

Si l'on constate le manque de connaissances et d'accompagnement des nouveaux soignants dans leur prise de poste, il est possible de penser que cela contribue à la perte de sens de leur travail dans un contexte stressant, et peut entraîner un désinvestissement qui les empêche de s'investir dans les temps d'échanges cliniques. Ainsi, plutôt que de stigmatiser ces soignants, comme « *ceux qui ne réfléchissent pas* », les cadres de santé devraient mettre en place des leviers pour les motiver et leur apporter des connaissances grâce aux outils modernes de notre époque. Le service de psychiatrie où j'ai travaillé proposait par exemple des séances courtes appelées « bulles de savoir », permettant à chacun de partager des apports théoriques.

D'ailleurs, la professionnalisation des soignants est un sujet essentiel dans le domaine de la santé, car elle concerne la qualité des soins dispensés aux patients. Elle implique la mise à jour régulière des connaissances, la formation continue, l'acquisition de nouvelles compétences, la réflexion sur les pratiques professionnelles et l'analyse critique des situations de travail. Elle permet aux soignants de maintenir leur niveau d'excellence, de s'adapter aux évolutions technologiques et aux changements des pratiques, et de développer leur capacité d'innovation.

De plus, la professionnalisation est un enjeu de reconnaissance et de valorisation de la profession de soignant. Elle permet de reconnaître les compétences et le savoir-faire des professionnels de santé, de leur offrir des perspectives d'évolution de carrière, et de renforcer leur sentiment d'appartenance à une communauté professionnelle. Elle contribue ainsi à la motivation et à l'engagement des soignants, en leur offrant des perspectives d'épanouissement professionnel et de développement personnel.

En psychiatrie, le savoir est essentiel pour donner du sens au soin et ainsi donner du sens au travail.

5.1.3 De l'élaboration clinique vers la mise en discussion du travail réel

Les cadres de santé ont tous abordé les réunions cliniques comme un levier pour maintenir ou construire le sens du travail. Certains des cadres interrogés utilisaient cet espace comme lieu d'échange pour évoquer aussi les difficultés rencontrées dans l'organisation de l'activité soignante ou pour penser et élaborer de nouveaux projets.

La réunion clinique en psychiatrie est une rencontre qui vise à partager des informations sur les patients, discuter des problématiques rencontrées et déterminer les orientations thérapeutiques à mettre en place. Elle permet également de partager des connaissances et compétences, d'analyser les situations complexes et de trouver des solutions adaptées aux besoins des patients. En favorisant une meilleure coordination des soins, elle permet une communication entre les différents intervenants.

Si j'avais en effet pensé cet espace comme une opportunité de construction du sens du travail, en l'absence de temps (ou « *de volonté* ») dédiée pour le travail institutionnel. Les cadres de santé, eux aussi, ont souligné l'importance de discuter du travail de manière formelle et informelle.

Mathieu Detchessahar, insiste sur la nécessité de mettre en discussion le travail réel par les cadres de proximité afin d'améliorer la qualité de vie au travail, de redonner du sens au travail et de favoriser l'innovation :

« Il est crucial de bâtir des mécanismes permettant également de déclencher l'innovation à partir d'un examen du travail réel et de ses difficultés. Le travail doit devenir ou redevenir le lieu de déclenchement possible de l'innovation et il ne le sera qu'à la condition que le management fasse retour dans le travail et y anime la discussion de manière à mettre en visibilité des zones possibles d'innovation. La distribution et la connexion des espaces de discussion tout au long de la ligne hiérarchique est donc un moyen puissant de réinternaliser l'innovation. Sont en question ici le sens du travail et le pouvoir d'agir des personnes de l'organisation dont on sait à quel point ils sont liés à la qualité de vie au travail mais aussi des enjeux de performance qui sont fonction de la capacité de l'organisation à veiller sur la robustesse de ses processus de travail et à les améliorer »³¹

Les cadres de santé expliquent consacrer beaucoup de temps à la mise en discussion du travail, et s'ils n'y parviennent pas, cela entraîne une perte de sens du travail.

Mathieu Detchessahar prône un management par la discussion :

« La discussion ne suppose pas l'effacement ou le recul du management ou de l'organisation ; elle invite au contraire à les penser de façon renouvelée. C'est pourquoi nous appelons à un management par la discussion, c'est-à-dire à une action de conception des conditions managériales et organisationnelles de soutien à la discussion sur le travail. Ce management ne vise pas à autre chose qu'à refaire du travail un objet central du management. En ce sens, un management par la discussion est avant tout un management du travail. »

Néanmoins, il convient de souligner que la responsabilité de la remise en question du travail ne peut reposer exclusivement sur les épaules du manager. Cette démarche doit être partagée par l'ensemble du collectif et de l'institution, et des ressources doivent être mises à disposition pour permettre au cadre de santé de se rapprocher autant que possible de l'activité de soins, favorisant ainsi une réflexion collective sur le sens du travail.

³¹ Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, n°19, pages 57-80.

5.2 Le rôle du cadre de santé

5.2.1 Le management

Bien que j'aie initialement envisagé que le management situationnel soit un outil adaptable à diverses situations d'animation des équipes soignantes, les cadres de santé ont plutôt préconisé un management participatif et bienveillant pour aider les professionnels à construire et/ou maintenir le sens au travail. Selon la théorie du management bienveillant de Philippe Rodet³², le rôle du manager consiste à donner du sens au travail à ses collaborateurs.

Le management participatif

Le management participatif est une approche managériale qui vise à impliquer les professionnels dans la prise de décision et la résolution de problèmes. Cette approche repose sur l'idée que les soignants sont les mieux placés pour identifier les problèmes et proposer des solutions. D'ailleurs les cadres interrogés favorisent tous cette pratique managériale pour redonner du sens au travail.

En effet, il est particulièrement pertinent pour renforcer le sens du travail des collaborateurs. En les impliquant dans la prise de décision et la résolution de problèmes, le manager leur donne la possibilité de contribuer activement à l'élaboration des objectifs et des stratégies du service. Les collaborateurs se sentent ainsi plus impliqués et plus investis dans leur travail.

En impliquant les collaborateurs dans la prise de décision, le manager leur donne également une plus grande autonomie dans leur travail. Ils sont ainsi en mesure de prendre des décisions importantes, ce qui renforce leur sentiment de responsabilité et leur confiance en eux-mêmes. Cette autonomie accrue peut également améliorer la qualité du travail et à y trouver plus de sens.

Le management bienveillant

Le management bienveillant de Philippe Rodet est une approche managériale centrée sur l'humain, qui met l'accent sur la considération et le respect des collaborateurs. Selon cette approche, les managers doivent être à l'écoute des besoins de leurs équipes, les accompagner dans leur développement professionnel et personnel, et créer un environnement de travail positif et épanouissant.

Le management bienveillant repose sur plusieurs principes clés, tels que l'empathie, l'authenticité, la confiance et la reconnaissance. Il s'agit pour le manager de créer une relation de confiance avec ses collaborateurs, en les considérant comme des êtres humains à part entière, avec leurs forces et leurs faiblesses, leurs aspirations et leurs besoins.

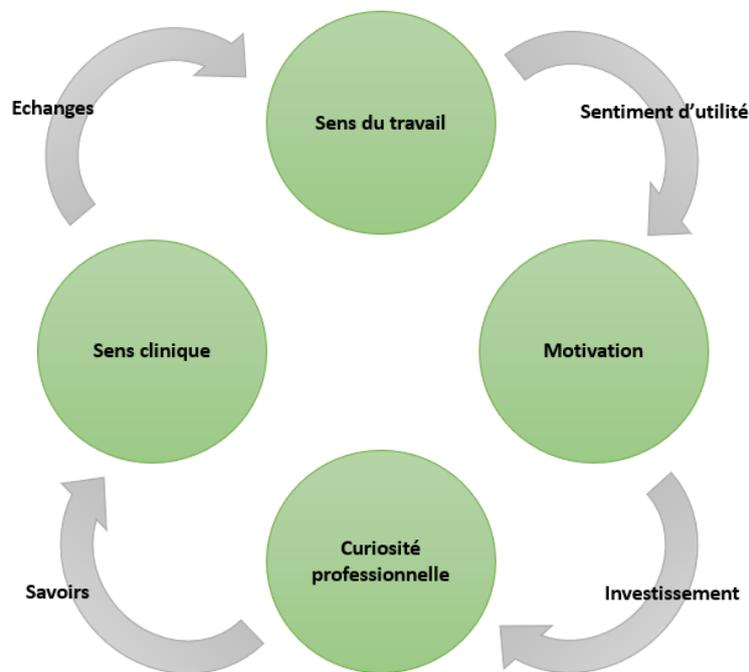
Le management bienveillant se distingue des approches plus traditionnelles de gestion d'équipe, qui se focalisent souvent sur la performance et le résultat à tout prix, sans prendre en compte le bien-

³² Rodet, P. (2017). « Le management bienveillant ». Eyrolles.

être des collaborateurs. Selon Philippe Rodet, cette approche peut être néfaste à long terme, en générant du stress, du désengagement et un taux d'absentéisme élevé. (Rodet, P. 2017)

5.2.2 Construire le sens du travail

Le cadre de santé a pour mission de redonner du sens au travail pour motiver les professionnels à s'investir dans les espaces d'apprentissage et de transmission des savoirs qu'il aura organisés. Au regard du travail de recherche que j'ai mené, il doit utiliser des méthodes participatives et bienveillantes pour créer un environnement propice à l'apprentissage, ce qui permettrait en retour de donner du sens clinique et du sens du travail. Cette approche pourrait créer un cercle vertueux, comme je l'illustre dans le schéma ci-dessous permettant ainsi de motiver les équipes et d'améliorer la qualité des prises en charges des patients :



Cercle vertueux du savoir

Cet apport en connaissance tout au long de la vie professionnelle des soignants, permettra ainsi de maintenir le sens qu'ils ont de leur travail et ainsi apporter des soins relationnels de qualité. En effet, le soin relationnel est effectivement une base essentielle dans le domaine de la psychiatrie qui nécessite des connaissances sur la clinique et les mécanismes psychiques. Le traitement des troubles psychiques ne peut pas se limiter à une simple prescription médicamenteuse ou à une intervention technique. Il est donc nécessaire d'adopter une approche globale prenant en compte la dimension humaine et relationnelle.

La particularité du soin relationnel réside dans le fait que le soignant doit être capable de gérer des situations complexes et imprévisibles, en faisant preuve d'empathie, de respect et de non-jugement. En effet, les patients en psychiatrie peuvent présenter des troubles du comportement, de la communication et de la perception, qui nécessitent une approche spécifique de la part du soignant.

Le cadre de santé doit être un véritable pilote, en veillant à la coordination et à la qualité des soins relationnels au sein de son service, tout en favorisant une culture de bienveillance et de respect de

la personne humaine. **De plus, il doit posséder des compétences pédagogiques afin de guider et d'accompagner les membres de son équipe, en assurant le développement continu de leurs connaissances et de leurs compétences.**

5.3 Des incorporats institutionnels vers le conflit de critère de travail

5.3.1 Les incorporats institutionnels

Lors de mes entretiens avec les cadres de santé, certains ont évoqué la présence d'incorporats institutionnels (sans les nommer en tant que tels), mais il m'a été difficile de déterminer s'il s'agissait pour eux d'une cause ou d'une conséquence de la perte de sens du travail. Néanmoins, certains d'entre eux ont souligné l'importance de questionner ces pratiques et de les remettre en question malgré les difficultés organisationnelles rencontrées. En revanche deux d'entre eux semblaient s'en être eux même imprégnés. En effet, ce travail d'analyse des pratiques demande du temps, de l'investissement de la part aussi des médecins et des compétences cliniques et managériales du cadre de santé.

Toutes les personnes ont souligné que le manque de psychiatres, ou du moins de psychiatres formés, était une des causes de la perte de sens clinique et de l'incapacité à remettre en cause les fonctionnements en place.

D'ailleurs certains concepts mal symbolisés de la prise en charge en psychiatrie pouvaient être détournés de leur sens premier. Comme celui du « Cadre » qui est revenu à plusieurs reprises et qui serait nécessaire dans l'organisation de l'unité d'hospitalisation. Le « *cadre* » tel que les soignants le réclament faisait référence à la coercition, à la sanction, aux règlements intérieurs. Alors qu'il s'agit en réalité de l'environnement thérapeutique dans lequel se déroulent les interactions entre le patient et l'équipe, constitué des règles et des limites qui régissent la relation entre eux. Il est conçu pour aider à créer un environnement sûr et sécurisé pour le patient, lui offrant une structure stable qui peut aider à réguler ses émotions et ses comportements. Il permet aussi de renforcer la relation entre le patient et le soignant, en créant une base de confiance et de compréhension mutuelle. Les cadres de santé se sentaient seuls face à ces situations de demande de « *cadre* » et selon eux cela avait une incidence sur la qualité des prises en charge des patients.

En effet, pour mener à bien le travail de mise en sens des pratiques soignantes, tous s'accordaient à dire que les cadres de santé devaient posséder des connaissances en psychiatrie. Les deux cadres de santé n'ayant aucune expérience en santé mentale ont souligné que cela constituait un frein à la compréhension des incorporats institutionnels, ou plus généralement dans le management des équipes psychiatriques. Malgré leurs lectures et leurs efforts pour développer des compétences cliniques, elles éprouvaient encore des difficultés.

Une première observation met en évidence que l'expertise des cadres de santé, acquise à travers leur expérience en psychiatrie, se révèle être un levier important dans la co-construction du sens du travail en psychiatrie.

J'ai toujours considéré qu'il était nécessaire de replacer toutes les règles et tous les modes de fonctionnement, dans le contexte de situation de soins singulière. Pour ce faire, j'utilisais des exemples concrets de prises en charge ultérieures et des connaissances cliniques. Les cadres de santé interrogés tentaient de faire de même. Cependant, les cadres de santé ont exprimé les

difficultés qu'ils rencontraient pour mener à bien ce travail de compréhension et de symbolisation des fonctionnements.

La conséquence de cela était l'apparition de conflits au sein de l'équipe paramédicale et entre celle-ci et les médecins, souvent en lien avec des désaccords concernant la prise en charge ou le règlement de fonctionnement.

5.3.2 Les conflits d'équipe

J'ai choisi de m'intéresser au lien qui pourrait exister entre les incorporats institutionnels comme étant des « causes » (ou « conséquence » pour certain) de la perte de sens et les conflits. En effet les "conflits de critères de travail", selon Yves Clot, professeur émérite de psychologie du travail, sont inévitables et nécessaires

« Le travail bien fait suppose la conflictualité. Dans l'équipe soignante, la création collective, le pouvoir d'agir sur les choses, sont indexés sur l'intensité de « disputes professionnelles » qui repoussent en chacun les limites du métier... On ne dialogue pas tant pour conforter ou critiquer un point de vue, défendre une conviction ou entamer la conviction d'un autre que pour chercher à saisir ce qu'on n'avait pas « vu »³³

Son approche repose sur la conviction que les travailleurs sont des acteurs compétents et autonomes, capables d'analyser leur propre travail et d'identifier les moyens de l'améliorer. Elle met également l'accent sur la nécessité de prendre en compte le contexte social, organisationnel et économique dans lequel se déroule le travail, ainsi que les relations entre les travailleurs et leur environnement de travail. (Clot, Y. 2022)

Pour Dominique Picard et Edmond Marc, tous les deux psychologues et professeurs d'université, le conflit est le propre de la nature humaine. Si celui-ci doit être résolu par le dialogue, la compréhension et l'analyse, il permet une fois résolu d'améliorer les relations et favoriser les conduites de changement.³⁴ (Picard, D. Marc, E. 2022).

Il semble nécessaire, pour le cadre de santé, d'engager un processus bienveillant de réflexion sur le travail et sur l'organisation de l'activité de soins qui se sont mis en place sans avoir été mis en sens au préalable, et qui peuvent engendrer des conflits d'équipe. D'ailleurs la question du sens du travail résonne avec ces situations de conflit.

En effet, lorsque je suis intervenue pour la première fois de manière un peu directive face à la situation des soignants qui se plaignaient du patient refusant ses soins quotidiens, je n'avais pas pris en compte les « incorporats institutionnels ». Cela avait d'ailleurs engendré un conflit qui n'a été résolu que par de longues semaines d'échanges et d'argumentation. À l'époque, j'avais mis la responsabilité de ce que je pensais être mon premier échec managérial sur mon manque d'expérience dans ce nouveau métier et une confiance mitigée de la part des membres de l'équipe.

³³ Clot, Y., « Coopération conflictuelle ? », *Santé Mentale*, mars 2022, n°266, p32-37

³⁴ Picard, D. Marc, E. (2022). « Le conflit relationnel : un phénomène complexe », *Santé Mentale*, n°266, p26-31

Aujourd'hui, la question du sens du travail résonne avec cette situation de conflit. Finalement, n'était-ce pas un « prétexte » permettant de donner du sens à certaines règles non symbolisées ou à certains fonctionnements que les soignants appliquent sans vraiment savoir pourquoi ?

Si je fais de nouveau le lien avec la construction du sens du travail, il n'en reste pas moins la question de savoir comment le cadre de santé peut mener cette réflexion sur l'élaboration du sens du travail, afin d'apporter des soins de qualité.

En psychiatrie, les conflits relatifs aux critères de travail peuvent être fréquents, entraînant souvent une détérioration de la qualité des relations au sein de l'équipe. Cependant, je m'interroge sur la possibilité que ces conflits puissent être transformés en opportunités pour l'institution et les cadres de proximité. En effet, ces derniers pourraient utiliser ces conflits comme des points de départ pour redéfinir le travail des soignants, en mettant l'accent sur une qualité de vie au travail plus élevée. Cela pourrait inclure une plus grande autonomie des soignants, une meilleure communication et collaboration entre les membres de l'équipe, ainsi qu'une plus grande reconnaissance du travail des soignants.

En transformant les conflits en opportunités, cela ne pourrait-il pas améliorer la cohésion de l'équipe ? En effet, des soignants satisfaits et épanouis ont tendance à être plus engagés dans leur travail et à fournir des soins de meilleure qualité aux patients.

Ainsi, il serait bénéfique de pousser davantage la réflexion et d'explorer des approches efficaces en vue de gérer les conflits liés aux critères de travail, afin d'améliorer le sens du travail des professionnels de psychiatrie.

6 Synthèse

6.1 Les limites de la recherche

Bien que cette recherche ait permis d'explorer plusieurs aspects essentiels du sens du travail et de son impact sur la qualité des soins, il est important de noter que certaines limites peuvent affecter la portée et la généralisation des résultats :

Les résultats peuvent dépendre de la qualité de la communication et de la collaboration entre les membres de l'équipe soignante et le cadre de santé. Si ces éléments ne sont pas bien établis, les avantages de la co-construction du sens du travail peuvent être limités.

Il est complexe d'évaluer la qualité de la prise en charge des patients, car cela englobe plusieurs dimensions. Il peut être difficile de mesurer l'impact de la co-construction du sens du travail sur la qualité des soins, en particulier sur le long terme.

Les résultats peuvent être influencés par le nombre de professionnels de santé impliqués dans la réflexion autour du sens du travail. Si tous les membres de l'équipe soignante ne participent pas activement, les avantages peuvent être limités.

Les résultats peuvent être limités par les ressources financières et humaines disponibles pour mettre en place et maintenir une dynamique de réflexion autour du sens du travail au sein de l'équipe soignante.

Il est important de prendre en compte ces limites potentielles lors de la conception et de la réalisation de la recherche, ainsi que dans l'interprétation des résultats.

6.2 Confirmation de l'hypothèse

Le type de management de proximité du cadre de santé est un levier permettant le développement de la co-construction du sens du travail, avec l'équipe soignante, dans un contexte d'évolution des organisations psychiatriques. Cette hypothèse repose sur l'idée que le cadre de santé, en tant que manager de proximité, joue un rôle clé dans le développement de la co-construction du sens du travail au sein de l'équipe soignante. Le management de proximité peut faciliter cette co-construction en encourageant les échanges au sein de l'équipe, en favorisant la participation des membres de l'équipe à la définition des objectifs, en veillant à l'écoute et au respect de chacun, et en créant un environnement de travail favorable à la collaboration et à l'épanouissement des professionnels de santé. **Pour cela, il doit être au plus près du travail de soin.**

La co-construction du sens du travail permet ainsi aux professionnels de santé de se sentir plus investis et plus motivés dans leur travail, ce qui peut conduire à une meilleure qualité de prise en charge des patients. **En encourageant la réflexion autour du sens du travail au sein de l'équipe soignante, le cadre de santé peut contribuer à renforcer l'engagement des professionnels de santé, à favoriser leur créativité et leur implication, tout en améliorant la qualité de la prise en charge des patients en psychiatrie.**

Néanmoins le cadre de santé doit posséder des savoirs et des connaissances spécifiques à la psychiatrie, ou se former, afin d'offrir un encadrement efficace et de maintenir un sens du travail

satisfaisant pour tous. En effet, les enjeux en matière de santé mentale sont complexes et spécifiques, et les professionnels doivent être en mesure de comprendre les besoins des patients et de leur offrir un accompagnement adéquat. De même, les cadres de santé doivent être capables d'accompagner les membres de leur équipe et de les aider à se sentir valorisés et engagés dans leur travail, en prenant en compte les particularités du contexte psychiatrique.

6.3 La question de recherche

La psychiatrie est un domaine complexe qui exige une approche complète et individualisée pour chaque patient. En effet, les troubles psychiatriques peuvent avoir des causes multiples et nécessitent souvent une approche multidisciplinaire pour être traités efficacement. Dans ce contexte, la question de recherche se pose de savoir comment la dynamique de réflexion autour du sens du travail peut contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge des patients en psychiatrie.

L'idée de réfléchir autour du sens du travail est importante en psychiatrie car cette réflexion peut aider à donner du sens au travail des professionnels de santé, et à renforcer leur motivation. Lorsque les professionnels de santé se sentent investis d'une mission claire et qu'ils sont en mesure de donner du sens à leur travail, ils sont plus motivés, plus créatifs et plus engagés dans leur travail, ce qui se traduit souvent par une meilleure qualité de prise en charge des patients.

Au regard du travail de recherche que j'ai mené, je peux répondre que dans le contexte actuel en psychiatrie, une dynamique de réflexion autour du sens du travail, impulsée par le cadre de santé permet d'améliorer la qualité des prises en soin des patients.

Toutefois, il convient de se demander si le sens du travail « retrouvé », à lui seul serait en mesure d'avoir une influence positive sur la manière dont les soignants perçoivent leur travail au quotidien.

Conclusion

Enfin, il est indispensable d'offrir un soutien approprié aux soignants en psychiatrie, notamment en fournissant une formation continue, en offrant des espaces de réflexion et de partage d'expériences, et en valorisant leur travail. En reconnaissant la complexité de la pratique en psychiatrie et en travaillant ensemble pour retrouver le sens du travail, les soignants en psychiatrie peuvent offrir une prise en charge de qualité et des soins relationnels plus humains à leurs patients.

Si je suis contrainte d'accepter que l'enquête de cette recherche ait mis en lumière que les cadres de santé ne s'appuient que très peu, voire pas du tout, sur des concepts psychanalytiques, ou du moins pas de manière consciente, il me semble important de conclure, dans un premier temps, à travers une lecture psychanalytique qui est plus cohérente avec ma pratique, puis sur le sens du travail global.

Tout d'abord, en psychiatrie, le sens clinique me semble être étroitement lié au sens du travail. Le sens clinique est défini comme la capacité à comprendre et à interpréter les informations cliniques disponibles pour formuler un diagnostic et élaborer un projet de soin. Le sens clinique implique également une appréciation des aspects psychologiques, sociaux et culturels du patient.

En psychanalyse, le sens clinique se réfère à la capacité du soignant à comprendre les enjeux inconscients du patient à travers l'observation de ses symptômes et de ses comportements. Cette capacité est étroitement liée à l'utilisation de la méthode psychanalytique, qui implique une exploration en profondeur des expériences, des émotions et des conflits inconscients qui sous-tendent les symptômes présentés par le patient.

Le sens clinique en psychanalyse nécessite une formation et une expérience approfondies dans la compréhension de la dynamique psychique. Les soignants doivent être capables de faire des liens entre les comportements, les paroles et les associations libres du patient pour formuler des hypothèses sur les processus psychiques. Il implique également une capacité à rester attentif aux dimensions émotionnelles du soin. Les professionnels doivent être capables de se mettre à l'écoute de leurs propres ressentis émotionnels pour être en mesure de percevoir les affects du patient et de les intégrer dans leur compréhension de la dynamique.

Le sens du travail, quant à lui, fait référence à la signification que les professionnels de santé attribuent à leur travail et à la manière dont ils se sentent investis dans leur mission professionnelle. Ce sentiment de reconnaissance et d'investissement peuvent renforcer leur engagement envers leur mission professionnelle, leur créativité et leur capacité à fournir des soins de qualité. En outre, un sens du travail partagé par toute l'équipe peut contribuer à améliorer la communication et la collaboration entre les professionnels de santé, ce qui peut également améliorer la qualité des soins.

Néanmoins, en tant que cadre de santé, il est important pour moi de garder à l'esprit que le sens du travail peut se construire grâce à d'autres leviers. Cela signifie que je devrai être créative et réfléchir à d'autres moyens pour encourager la réflexion sur le sens du travail, notamment en développant des pratiques de management bienveillant de proximité qui favorisent la participation active des membres de l'équipe soignante. En effet, le développement d'une culture d'écoute et de partage au sein de l'équipe peut améliorer la qualité des relations au travail et la prise en charge des patients tout en favorisant une meilleure cohésion d'équipe et une satisfaction professionnelle accrue. En fin de compte, il est essentiel de rechercher des moyens d'utiliser les leviers disponibles afin d'améliorer la qualité des prises en charge des patients.

Je suis ravie d'avoir mené ce travail d'initiation à la recherche, qui m'a permis de découvrir de nouvelles perspectives et de consolider mes connaissances. Je suis fière du travail accompli et convaincue que cette expérience me sera bénéfique pour mes projets futurs. Néanmoins, si je me suis concentrée essentiellement sur le sens du travail, il me semble qu'il serait intéressant de réfléchir plus en profondeur sur le sens au travail, c'est-à-dire sur la manière dont les soignants vivent leur travail au quotidien et sur l'impact que cela pourrait avoir sur la qualité de vie et des conditions de travail.

Bibliographie

- Anzieu, D., Martin, J-Y. (2007), « La dynamique des groupes restreints », Paris, Paris : Presses universitaires de France, 395 p.
- Arnoux-Nicolas, C. (2019). « Donner un sens au travail, pratiques et outils pour l'entreprise ». Dunod
- Assaidi, A., Kizaba, G. & Guilluy-Sulikashvili, N. (2015). « Générations Baby-Boomers, X et Y : Les barrières entrepreneuriales des entrepreneurs dans le Nord de la France ». *Gestion 2000*, 32, 83-106.
- Blanchard-Laville, C & Guetat-Calabrese, N. (2022). « Entretien avec Jean-Pierre Pinel ». *Cliopsy*, 28(2), 87-127.
- Bourret, P., & Jobert, G. (2014). « Les cadres de santé à l'hôpital : Un travail de lien invisible ». Seli Arslan.
- Chauveau, S. (2011). « Quelle histoire de l'hôpital aux XX^e et XXI^e siècles ? », *Les Tribunes de la santé*, 33, 81-89.
- Clot, Y., « Coopération conflictuelle ? », *Santé Mentale*, mars 2022, n°266, p32-37
- Coupechoux, P. (2008). « Enquête sur la folie ». *Savoirs et clinique*, 9, 114-120.
- Dejours, C. (2016). « Situations du travail ». Presses Universitaires de France. Chapitre V Pathologie de la communication (1992)
- Miribel, J., Niewiadomski, C. & Piot, T. (2020). « Expérience et professionnalisation des infirmiers en psychiatrie » : des ficelles au métier. L'Harmattan.
- Detchessahar, M. (2013). « Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion ». *Négociations*, 19, 57-80.
- Detchessahar, M. (2013). « Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management », *Soins Cadres*. Volume 22, numéro 85 pages 28-32
- Devillard, D. (2005). « Dynamiques d'équipes », troisième édition. Edition d'organisation
- Granier, E. (2022). À propos de... « mon métier d'infirmier. Éloge de la psychiatrie de secteur » : interview de Patrick Coupechoux. *Nouvelle Revue de l'Enfance et de l'Adolescence*, 6, 163-165.
- Kaës, R. (2010). « L'appareil psychique groupal ». Dunod.
- Kaës, R. (sous la direction de), (2012). « L'institution et les institutions. Études psychanalytiques », Paris, Dunod.
- Loriol, M. (2017). « Le(s) rapport(s) des jeunes au travail. Revue de littérature » (2006-2016), Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP)
- Mintzberg, H. (2006). « Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre » (2e éd. Revue et corrigée, 6e tirage 2011). Ed. Organisation.
- Mintzberg, H. (2011). « Le management : Voyage au centre des organisations » (2e éd. Revue et corrigée, 6e tirage 2011). Ed. Organisation.

- Miribel de, J. (2020). « Expérience et professionnalisation des infirmiers en psychiatrie ». Des ficelles au métier. Editions L'Harmattan.
- Moisson, V. & Gardody, J. (2021). « Le rôle du cadre de santé dans la perte et la (re)construction de sens au travail à l'hôpital ». *Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 42,10, 49-68.
- Morin Estelle. (2008). « Sens du travail, santé mentale au travail et engagement organisationnel », IRSSST, Études et recherches / Rapport R-543.
- Morin, E. (2010). La santé mentale au travail : une question de gros bon sens. *Gestion*, 35, 34-40.
- Morin, Estelle, Forest J. (2007), « Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail », *Gestion*, vol.32, n°2, p.31-36.
- Morin, Estelle, Charles Gagné et Benoît Cherré (2009) Donner un sens au travail – Promouvoir le bien-être psychologique, IRSSST
- Moszyk, Y., (2014) « le cadre de santé dans un contexte interculturel. Comment favoriser la coopération et permettre à l'équipe de développer une véritable culture de service ? » Mémoire. Créteil, université de Paris Est Créteil
- Picard, D. Marc, E. (2022). « Le conflit relationnel : un phénomène complexe », *Santé Mentale*, n°266, p26-31
- Gaillard, G. & Pinel, J. (2011). « L'analyse de la pratique en institution : un soutien à la professionnalité dans un contexte d'emprise gestionnaire ». *Nouvelle revue de psychosociologie*, 11, 85-103.
- Poisson, M. (1998). « Origines républicaines d'un modèle infirmier », Vincennes, Editions Hospitalières
- Popielski, J.F. (2013). « Donner ou redonner du sens au travail ». *Soins cadres*, (87), p. 15-43.
- Revillot, J-M. (2017).and « Pour une visée éthique du métier de cadre de santé ». 2e édition, Editions Lamarre Initiatives Santé
- Rodet, P. (2017). « Le management bienveillant ». Eyrolles.
- Rouchy J.c. (2000), « l'élaboration des incorporats, des choses en soi, des morcellements », revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, no.34.
- Stern, P., Schoettl, J. (2019). « La Boîte à outils du Management ». Dunod.
- Singly de Chantal, 2009, Rapport de la mission cadres hospitaliers, Paris, ministère de la Santé et des sports, tomes 1 et 2, en ligne : <http://www.sante-sports.gouv.fr/rapport-de-la-missioncadreshospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>
- Sy, H. (2019). « Être et avoir » dans le travail d'équipe. *VST - Vie sociale et traitements*, 144(4), 24-31.
- Sy, H. (2020). Du signifiant « vivant » dans les institutions. *VST - Vie sociale et traitements*, 146, 78-84.
- Touzet, P. (2016). « Être infirmier en psychiatrie : entre servitude, engagement et révolte ». *Champ social*.

Webographie

<https://www.nouvelobs.com/sante/20190124.OBS10443/ce-qui-est-en-crise-c-est-notre-hospitalite-la-psychiatrie-craque.html> (consulté le 26 décembre 2022)

https://youtu.be/S8hVG_6cjsQ Les générations Y et Z en entreprises : mieux les comprendre et travailler ensemble (consulté le 26 décembre 2022)

<https://youtu.be/kOE72hIcMHM> 20e congrès Apel : intervention « le choc des générations » de Carol Allain (consulté le 26 décembre 2022)

[Sens \(philosciences.com\)](https://philosciences.com), consulté le 22 janvier 2023

[Motivation et rôle du cadre de santé - cadredesante.com](https://cadredesante.com), (consulté le 22 janvier 2023)

[Estelle M. MORIN : donner un sens au travail \(orius.fr\)](https://orius.fr), (consulté le 22 janvier 2023)

[Rapport de la mission cadres hospitaliers présenté par Chantal de Singly - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](https://sante.gouv.fr) (consulté le 22 janvier 2023) p 22

<https://www.ih2ef.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/fiche-management-et-sens-du-travail-et-sens-au-travail-tout-en-fiches-6841.pdf> (consulté le 22 janvier 2023)

<https://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-624.pdf?i=0&redirected=1> Morin, Estelle, Charles Gagné et Benoît Cherré (2009) Donner un sens au travail – Promouvoir le bien-être psychologique, IRSSST (consulté le 2 février 2023)

Table des annexes :

Annexe I : Le guide d'entretien des cadres de santé

Annexe II : la retranscription de l'entretien avec Maryline

Annexe I : Le guide d'entretien des cadres de santé

Question	Réponse cadre 1	Réponse cadre 2	Réponse cadre 3
<p>Profil du cadre interviewé : Filière de soins d'origine : Ancienneté dans la profession de cadre de santé : Ancienneté dans le secteur psychiatrique : Thème : Management/Profil du cadre/Expérience Objectif L'expérience du travail en tant que soignant en psychiatrie, l'expérience et la légitimité du cadre à impulser serait un levier permettant la construction du sens</p>			
<p>Question 1 Lors de votre parcours professionnel en tant que cadre de santé, avez-vous observé des équipes qui semblaient en perte de sens de leur travail ?</p> <p>Relance : Ou qui le verbalisent ?</p> <p>Thème Perte de sens au travail Les signes de la perte de sens</p> <p>Objectif Définir la perte de sens Existe-elle ?</p>	<p>Verbatim :</p> <p>Mots Clés à priori : Pas de sens/Perte de sens/Souffrance Valeurs soignantes/Valeurs personnelles Qualité des soins/Qualité de vie au travail Sens clinique/Cohérence/cohésion Intérêt/plaisir/Priorité/Vision/projet de soins/de service/Cadre/règles Travail de secteur/Réunion clinique/service</p> <p>Mot clé à postériori :</p>	<p>Verbatim :</p> <p>Mots Clés à priori : Pas de sens/Perte de sens/Souffrance Valeurs soignantes/Valeurs personnelles Qualité des soins/Qualité de vie au travail Sens clinique/Cohérence/cohésion Intérêt/plaisir/Priorité/Vision/projet de soins/de service/Cadre/règles Travail de secteur/Réunion clinique/service</p> <p>Mot clé à postériori :</p>	<p>Verbatim :</p> <p>Mots Clés à priori : Pas de sens/Perte de sens/Souffrance Valeurs soignantes/Valeurs personnelles Qualité des soins/Qualité de vie au travail Sens clinique/Cohérence/cohésion Intérêt/plaisir/Priorité/Vision/projet de soins/de service/Cadre/règles Travail de secteur/Réunion clinique/service</p> <p>Mot clé à postériori :</p>
<p>Question 2 Selon vous quelles en étaient les causes ?</p> <p>Ou quelle pourrait être les causes d'une perte de sens ?</p> <p>Thème Perte de sens</p>	<p>Verbatim :</p> <p>Mots clés à priori : Manque d'effectifs/de temps de moyen/de lit/L'évolution de la société L'évolution de l'hôpital/psy</p>	<p>Verbatim :</p> <p>Mots clés à priori : Manque d'effectifs/de temps de moyen/de lit/L'évolution de la société L'évolution de l'hôpital/psy</p>	<p>Verbatim :</p> <p>Mots clés à priori : Manque d'effectifs/de temps de moyen/de lit/L'évolution de la société L'évolution de l'hôpital/psy</p>

<p>Objectif Déterminer les causes de la perte de sens</p>	<p>Les gouvernances/injonctions contradictoires/Les pressions La formation Changements des pratiques de soins Mot clé à postériori :</p>	<p>Les gouvernances/injonctions contradictoires/Les pressions La formation des soignants Changements des pratiques de soins Mot clé à postériori :</p>	<p>Les gouvernances/injonctions contradictoires/Les pressions La formation des soignants Changements des pratiques de soins Mot clé à postériori :</p>
<p>Question n 3 Y avait-il des conséquences ? et sur quel aspect ? Thème Perte de sens Qualité des soins Qualité de vie au travail Objectif Déterminer quels sont les enjeux sur la qualité des prises en charge</p>	<p>Verbatim : Mots clés à priori : Qualité des soins/Erreur Désorganisation des soins/Absentéisme Baisse de la motivation Absence de cohésion d'équipe/dynamique Conflit des équipes Violence/souffrance/stress/Epuisement prof Mot clé à postériori :</p>	<p>Verbatim : Mots clés à priori : Qualité des soins/Erreur Désorganisation des soins/Absentéisme Baisse de la motivation Absence de cohésion d'équipe/dynamique Conflit des équipes Violence/souffrance/stress/Epuisement prof Mot clé à postériori :</p>	<p>Verbatim : Mots clés à priori : Qualité des soins/Erreur Désorganisation des soins/Absentéisme Baisse de la motivation Absence de cohésion d'équipe/dynamique Conflit des équipes Violence/souffrance/stress/Epuisement prof Mot clé à postériori :</p>
<p>Question 4 Pour y pallier, quelles actions avez-vous menées ? ou quelles actions mèneriez-vous si vous managiez une équipe en perte de sens ? Thème Management Construction du sens /Co-construction Vison/Communication Direction Objectif Déterminer le rôle du cadre lorsque l'équipe est en perte de sens</p>	<p>Verbatim : Mot clé à priori : Réunion d'équipe /élaboration clinique Réunion clinique Temps d'échange informel Ecoute Lecture professionnelle Travail sur les valeurs communes Projet de service Projet de pôle Projet de service Prise en compte de la vie personnelle Proximité/directif/participatif</p>	<p>Verbatim : Mot clé à priori : Réunion d'équipe /élaboration clinique Réunion clinique Temps d'échange informel Ecoute Lecture professionnelle Travail sur les valeurs communes Projet de service Projet de pôle Projet de service Prise en compte de la vie personnelle Proximité/directif/participatif</p>	<p>Verbatim : Mot clé à priori : Réunion d'équipe /élaboration clinique Réunion clinique Temps d'échange informel Ecoute Lecture professionnelle Travail sur les valeurs communes Projet de service Projet de pôle Projet de service Prise en compte de la vie personnelle Proximité/directif/participatif</p>

<p>La proximité du cadre permet-elle d'amener les soignants à retrouver du Sens</p>	<p>Autonomie Mot clé à postériori :</p>	<p>Autonomie Mot clé à postériori :</p>	<p>Autonomie Mot clé à postériori :</p>
<p>Question 5</p> <p>Quels sont pour vous les freins à la dynamique de réflexion autour du sens du travail menée par le cadre de santé ?</p> <p>Thème Perte de sens Construction du sens Sens du travail</p> <p>Objectif Déterminer les freins au travail de réflexion autour du sens du travail</p>	<p>Verbatim :</p> <p>Mot clé à priori : Manque de connaissances cliniques Manque de réunion Les réticences Le temps/Les locaux Manque d'effectif Implication des médecins Différentes générations</p> <p>Mot clé à postériori :</p>	<p>Verbatim :</p> <p>Mot clé à priori : Manque de connaissances cliniques Manque de réunion Les réticences Le temps/Les locaux Manque d'effectif Implication des médecins Différentes générations</p> <p>Mot clé à postériori :</p>	<p>Verbatim :</p> <p>Mot clé à priori : Manque de connaissances cliniques Manque de réunion Les réticences Le temps/Les locaux Manque d'effectif Implication des médecins Différentes générations</p> <p>Mot clé à postériori :</p>
<p>Question 6</p> <p>D'après vous quelles sont les compétences requises pour le cadre de santé afin d'impulser une dynamique de réflexion autour du sens du travail ?</p> <p>Thème Management/Sens du travail Compétences/Aptitudes</p> <p>Objectif Déterminer les leviers d'action du cadre de santé dans la construction du sens du travail</p>	<p>Verbatim :</p> <p>Mot clé à priori : Communicationnelle Relationnelle/Pédagogique Réflexivité/Capacité d'analyse Capacité d'écoute/Animation de groupe Animation de réunion Savoirs psy/Connaissances cliniques Légitimité par l'expérience en psy Légitimité par l'expérience de cadre Bienveillance/La proximité/Le leadership</p> <p>Mot clé à postériori :</p>	<p>Verbatim :</p> <p>Mot clé à priori : Communicationnelle Relationnelle/Pédagogique Réflexivité/Capacité d'analyse Capacité d'écoute/Animation de groupe Animation de réunion Savoirs psy/Connaissances cliniques Légitimité par l'expérience en psy Légitimité par l'expérience de cadre Bienveillance/La proximité/Le leadership</p> <p>Mot clé à postériori :</p>	<p>Verbatim :</p> <p>Mot clé à priori : Communicationnelle Relationnelle/Pédagogique Réflexivité/Capacité d'analyse Capacité d'écoute/Animation de groupe Animation de réunion Savoirs psy/Connaissances cliniques Légitimité par l'expérience en psy Légitimité par l'expérience de cadre Bienveillance/La proximité/Le leadership</p> <p>Mot clé à postériori :</p>
<p>Question 7</p>	<p>Verbatim :</p>	<p>Verbatim :</p>	<p>Verbatim :</p>

<p>Dans le contexte actuel, pensez-vous que la perte de sens du travail peut être liée au changement des représentations du soin psychiatrique ?</p> <p>Thème Evolution des prises en charges en psychiatrie</p> <p>Objectif Déterminer si l'évolution, les changements des soins psychiatriques ont un impact sur la perte de sens</p>	<p>Mot clé à priori : Travail institutionnel/Psychanalyse Thérapie brève, cognitive Histoire du patient/Elaboration clinique Psychothérapie institutionnelle Engagement des médecins Management des médecins Thérapeutique médicamenteuse Infirmiers psy/Diplôme unique La référence infirmière/Activité thérapeutique Transferts et contre transferts/Symbolique Relation soignant-soignée</p> <p>Mot clé à postériori :</p>	<p>Mot clé à priori : Travail institutionnel/Psychanalyse Thérapie brève, cognitive Histoire du patient/Elaboration clinique Psychothérapie institutionnelle Engagement des médecins Management des médecins Thérapeutique médicamenteuse Infirmiers psy/Diplôme unique La référence infirmière/Activité thérapeutique Transferts et contre transferts/Symbolique Relation soignant-soignée</p> <p>Mot clé à postériori :</p>	<p>Mot clé à priori : Travail institutionnel/Psychanalyse Thérapie brève, cognitive Histoire du patient/Elaboration clinique Psychothérapie institutionnelle Engagement des médecins Management des médecins Thérapeutique médicamenteuse Infirmiers psy/Diplôme unique La référence infirmière/Activité thérapeutique Transferts et contre transferts/Symbolique Relation soignant-soignée</p> <p>Mot clé à postériori :</p>
---	---	---	---

Annexe II : la retranscription de l'entretien avec Maryline

Entretien avec Maryline, cadre de santé

Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel de cadre de santé et de soignant ?

Alors, euh en tant que soignant j'ai eu mon diplôme d'infirmière en 2008 et j'ai intégré tout de suite des services de psychiatrie, jusqu'en 2014, 2015 j'étais faisant en fonction de cadre de santé, dans une unité qui accueille des patients au long cours, le temps que je prépare mon concours. Euh et j'ai intégré l'IFCS en 2016, donc je suis diplômée cadre de santé depuis 2016. J'ai d'abord pris des fonctions de cadres de santé sur un poste de nuit, je n'avais pas le choix et, euh rapidement au bout d'un an j'ai intégré l'unité d'hospitalisation où je travaille actuellement et depuis un an j'ai aussi la responsabilité d'un hôpital de jour en plus.

En tant que cadre avez-vous observé des équipes qui semblaient être en perte de sens de leur travail ?

Oui, on va dire oui, surtout depuis. (Sourire)

(Silence)

Où qui le verbalisent ?

Oui ils le verbalisent, pas dans le sens (silence) il y a des signaux, ils le verbalisent par le sens où je vais le dire avec des guillemets, il y a un ras-le-bol de l'excès de travail.

Selon vous quelles en étaient les causes ?

Il y a de plus en plus de travail en psychiatrie, et toute la prise en charge médicale qui est un peu compliquée. Il y a trop de contraintes au niveau institutionnel, et en fait (silence) pour eux la psychiatrie ce n'est plus ça, pour eux c'est comme si la psychiatrie n'était plus comme avant, pour les anciens. Et pour les nouveaux qui arrivent, même les nouveaux qui arrivent, pour eux la perte de sens est arrivée très vite, car y a l'excès de travail, ils ont trop ils ont l'impression, en plus ils travaillent en 12h donc ils sont fatigués très vite. Du coup les prises en charge sont très difficiles et les soignants sont épuisés. Ce qui est compliqué aussi, c'est sur la prise en charge médicale, juste je vais restituer un peu le contexte. Euh tous les matins on a un staff médical, et un mardi sur 2 on fait une grande synthèse, où les équipes de l'extra hospitalier viennent, il y a aussi les grands professeurs, et pendant cette réunion on discute des prises en charge, des difficultés et après avec l'aide clinique des professeurs on prend des décisions au niveau des prises en charge, au niveau des thérapeutiques médicamenteuses, en prenant en compte l'évaluation des soignants paramédicaux, en prenant en compte aussi leurs difficultés dans la relation avec les patients, ou face à la violence enfin. Seulement une fois la réunion passée, les médecins qui sont dans les unités ne suivent pas les décisions prises en réunion, le plus souvent il y a pas de senior, il y a pas de PH, ce sont des assistants ou des internes, et eux ils modifient les traitements à la baisse, et ils modifient les décisions prises. Du coup ils ne laissent pas le temps aux traitements recommandés d'agir, et surtout à nouveau il y a des recrudescence de violences, qui mettent à mal les soignants. Les équipes, ça ils sont fatigués. Du coup, la mardi d'après, on recommence la même chose, des décisions sont prises avec les professeurs, qui sont à l'aise avec les thérapeutiques, qui conseillent d'augmenter les doses, mais les médecins, trop rapidement ils lèvent les traitements, comme ils ne connaissent pas la psychiatrie, les patients n'ont pas le temps de se stabiliser, et il y a beaucoup de violence. Les médecins n'écoutent pas vraiment ce que disent les soignants, et du coup les soignants ne se sentent pas entendus.

Y avait-il des conséquences ? et sur quel aspect ?

On a de plus en plus de patients qui s'agitent, qui sont de plus en plus contentionnés, parce qu'ils sont pas assez sédatisés (monte le ton) pour notamment deux patients qui sont très difficiles. En plus vous savez avec la nouvelle loi sur l'isolement, les médecins sont de plus en plus frileux, du

coup les patients sortent trop tôt d'isolement, ils ne sont pas assez médiqués, du coup ils mettent plus de temps à se stabiliser. Rebelote la violence. Du coup c'est compliqué pour l'équipe de prendre en charge le comportement violent des patients.

Franchement, les soignants ils ont plus de motivation, ça fait déjà des conflits au niveau des équipes médicales et des équipes soignantes, euh des fois c'est très houleux les Staffs hein (lève les yeux). Chacun pense avoir raison, du coup ça crée des animosités comme ça au niveau du travail et ça crée de la négligence des soignants, surtout des infirmiers, dans l'accompagnement des patients, dans le sens, par exemple pour pouvoir changer un traitement, les médecins sont obligés de voir le patient, avec l'infirmier euh ! Mais quand l'infirmier va en entretien... le soignant parle au patient, il a une évaluation du patient, la décision qui est prise après, la décision médicale et les traitements, mais le soignant il a son mot à dire, mais au lieu que les médecins prennent en compte les observations des soignants pour adapter les traitements, non, parfois ils ne changent pas les traitements alors que les soignants expliquent que le patient est agité et menaçant. Et donc ce qui se passe c'est que les soignants, ils ne veulent plus assister aux entretiens avec les médecins. Si les infirmiers ne vont pas aux entretiens, qu'est-ce qui va se passer, ils n'ont pas d'information, donc à un certain moment on s'est confronté, dans une situation où les soignants ont tous boycotté les entretiens médicaux. Mais le médecin, lui il a besoin de voir les patients alors il les voit seul. Quand le médecin voit les patients seul, quelle est la conséquence ? C'est le patient qui vient vous rapporter l'entretien. « Moi le médecin m'a dit j'ai le droit à ceci j'ai droit à cela », nous on n'est pas au courant, et quand il y a ce genre de conflit, le médecin après ces entretiens, ne vient pas lui non plus faire un retour aux soignants. Du coup ça crée des conflits, des difficultés dans la relation soignant soigné, et du coup les patients s'agitent.

Pour y pallier, quelles actions avez-vous menées ?

Donc moi, à chaque fois qu'il y a des conflit comme ça, moi j'essaye, je fais des réunions formelles et surtout informelles, parce qu'on manque de temps(rires), Pour organiser les choses du coup c'est difficile, donc pour essayer de remettre du sens, je fais des réunions avec les infirmiers et les médecins, pour reparler de l'organisation, des règles de l'unité, pour recentrer le rôle de chacun, mettre en lumière les faiblesses de l'organisation sans pour autant accuser les uns et les autres. Mais aussi pour permettre, d'essayer un peu de remettre de la cohésion d'équipe, de fédérer les équipes. Pour pouvoir remettre un peu de sens, sinon après il y a des menaces d'arrêt maladie : « Ah si c'est comme ça je vais changer de service » (lève les yeux).

Sinon il faut redonner confiance aux soignants, leur demander de revoir euh leur cœur de métier, rappelez qu'on est là pour le patient, moi je ramène toujours que ce soit avec les médecins ou avec les soignants vers le patient. Hé je l'ai ramène à la raison, comment on doit prendre en charge les patients : « pour vous faciliter à vous le travail entre les médecins et les soignants ». Euh J'essaye de redonner du sens à chacun, toujours en recentrant sur le patient.

Je leur donne aussi, des exemples de prise en charge qui ont abouti, des patients qu'on a stabilisés qui sont sortis. Je leur parle aussi d'anecdotes qu'on a vécues ou que j'ai vécues quand j'étais infirmière. Je leur rappelle les solutions qu'on a parfois trouvées ensemble au prix de nombreux échanges, l'intelligence collective c'est très important, c'est ce qui nous permet aussi à nous d'améliorer nos prises en charge, et de faire sortir nos patients. J'essaye aussi de toujours rappeler le positif dans les prises en charge. C'est ça qui les relance un peu et ça les remotive. Moi j'insiste auprès des médecins pour leur rappeler que les soignants ils sont au quotidien pendant 12h avec les patients et qu'eux ils les voient 15 ou 30 min, donc c'est les soignants qui sont les mieux placés pour constater l'évolution des patients.

On a organisé aussi des groupes de supervision, une fois par mois chaque équipe a une séance avec une psychologue extérieur à l'unité, où ils peuvent verbaliser leurs ressentis, leurs difficultés, dans le travail, dans la relation avec les médecins, dans la relation avec les patients.

L'établissement a bien conscience, que la population sur notre secteur est très difficile, qu'il y a beaucoup de violence du coup on propose des formations OMEGA sur site, on organise aussi des séances de simulation en santé avec des acteurs qui jouent les rôles des patients violents et agressifs et agités. Et du coup ça permet de rassurer les soignants, ils apprécient ces séances, et ils se sentent reconnus dans leurs difficultés et surtout la violence et les agressions qu'ils subissent sont reconnues par l'institution.

Quels sont pour vous les freins à la dynamique de réflexion autour du sens du travail menée par le cadre de santé ?

Là pour le coup ce sera pas que l'équipe médicale, ce sera aussi l'équipe paramédicale, vous savez dans un groupe, il y a des gens qui vont suivre et il y a des gens qui vont qui continuer de rester à l'écart, C'est souvent les anciens qui ont du mal à aller de l'avant et qui vont rester à l'écart, ils en ont marre, « avant c'était pas comme ça ». Et vous savez c'est très difficile de faire changer, avec les anciens, parce que vous savez ils font souvent référence à avant, quand ils travaillaient avec d'autres médecins, et que pour eux c'était mieux avant. Donc à chaque fois il faut ramener des gens au principe de réalité, il faut s'adapter à travailler avec les médecins qu'on a, dans le but d'apporter une prise en charge de qualité. Alors par contre, les anciens ils sont très fiers de transmettre aux jeunes générations, comment ils travaillaient avant mais pour le travail en collaboration avec le médecin c'est compliqué. Les anciens par exemple c'est ceux qui râlent pour faire les transmissions ciblées, la traçabilité c'est compliqué, ils disent « on a trop de travail ».

D'après vous quelles sont les compétences requises pour le cadre de santé afin d'impulser une dynamique de réflexion autour du sens du travail ?

Il faut avoir de l'énergie (rires), tous les jours il faut se renouveler, se renouveler au niveau des stratégies parce que ce qui marche aujourd'hui mais demain ça marchera pas. Il faut garder leur confiance, donc il faut s'adapter et il faut être très stratégique hé.

Être à l'écoute c'est la première chose que je dirais, parce que parfois ils se sentent rejetés par l'institution, donc le cadre doit être très soutenant. Et ne serait-ce que les écouter, des fois je n'ai pas de solution, mais les écouter, et reprendre avec eux, « alors ok qu'est-ce que vous proposez ? », les associés dans les prises de décision, dans les prises en charge, faut utiliser du management participatif. Parfois faut leur présenter un problème et les amener à trouver eux-mêmes la solution, et ça ils apprécient, quand c'est eux qui amènent la solution. Il faut être ouvert, à l'écoute et être stratégique(rires)

Dans le contexte actuel, pensez-vous que la perte de sens du travail peut être liée au changement des représentations du soin psychiatrique ?

Oui ils disent souvent « c'était mieux avant ». Il y a aussi l'impression de pas être écoutés par l'équipe médicale : « les médecins nous écoutaient avant ». Aussi nous on est sur un secteur très compliqué, euh où les profils de patients ont aussi beaucoup changé avec des profils de patients très violents, avec des problématiques sociales avec toutes ces populations qui viennent des flux migratoires, des profils euh d'addiction, beaucoup de polytoxicomanie. La psychiatrie ça a un peu changé, parce qu'avant, on avait des patients schizophrènes, c'est beaucoup des patients avec des problématiques d'addiction des polytoxicomanies qui s'ajoutent à la maladie mentale. (Silence) Je ne sais pas (rires).

Souhaitez-vous ajouter autre chose ?

Non (soupire)

Alors c'est terminé, je vous remercie

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@22-23

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

Sens et performance

Comment le cadre de santé en psychiatrie peut-il redonner du sens au travail des soignants afin d'améliorer la qualité des soins ?

Bénédicte MONTEIRO DE ALMEIDA

MOTS CLÉS

Sens du travail, accompagnement, management, psychiatrie, professionnalisation, psychanalyse

KEY WORDS

Meaning of work, support, management, psychiatry, professionalization, psychoanalysis

RÉSUMÉ

Dans le domaine de la santé mentale, la question de la recherche de sens du travail est un enjeu majeur pour les professionnels. Dans ce contexte, le rôle du cadre de santé est primordial pour accompagner les équipes dans leur quête de sens. Bien que le management puisse sembler éloigné de l'élaboration clinique en psychiatrie, il partage la même préoccupation pour la recherche de sens. En effet, la compréhension des pathologies psychiatriques et la mise en place d'une prise en charge efficace nécessitent une réflexion approfondie sur la question du sens. De même, la recherche de sens peut être un levier de motivation et d'engagement des équipes. Ce mémoire explore le lien entre la pratique clinique, le management et la quête de sens en psychiatrie. A travers une analyse de la littérature et des témoignages de professionnels, je propose une réflexion sur les enjeux et les limites de la recherche de sens en psychiatrie et en management. Les résultats de cette étude montrent que la quête de sens peut constituer un point de convergence entre la clinique et le management, et qu'elle peut avoir des effets bénéfiques sur la qualité des soins ainsi que sur la motivation des équipes. Néanmoins d'autres leviers permettent également de donner du sens au travail.

ABSTRACT

In the field of mental health, the question of the search for meaning in work is a major issue for professionals. In this context, the role of the manager is essential in supporting teams in their quest for meaning. Although management may seem far removed from clinical development in psychiatry, it shares the same concern for the search for meaning. Indeed, the understanding of psychiatric pathologies and the implementation of an efficient management require a deep reflection on the question of meaning. Similarly, the search for meaning can be a lever for motivation.

This thesis explores the link between clinical practice, management and the search for meaning in psychiatry. Through an analysis of the literature and the testimonies of professionals, I propose a reflection on the stakes and the limits of the search for meaning in psychiatry and in management. The results of this study show that the search for meaning can constitute a point of convergence between the clinic and management, and that it can have beneficial effects on the quality of care as well as on the motivation of teams. However, other levers can also be used to give meaning to work.