



Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend...": le cas d'un hôpital psychiatrique.

Caroline Cintas

► To cite this version:

Caroline Cintas. Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend...": le cas d'un hôpital psychiatrique. . Nouvelle revue de psychosociologie, 2007, 10.3917/nrp.004.0213 . hal-01576998

HAL Id: hal-01576998

<https://hal.science/hal-01576998>

Submitted on 24 Aug 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=NRP&ID_NUMPUBLIE=NRP_004&ID_ARTICLE=NRP_004_0213

« Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend... » : le cas d'un hôpital psychiatrique

par Caroline CINTAS

| érés | *Nouvelle revue de psychosociologie*

2007/2 - N° 4

ISSN 1951-9532 | ISBN 2-7492-0827-5 | pages 213 à 231

Pour citer cet article :

— Cintas C., « Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend... » : le cas d'un hôpital psychiatrique, *Nouvelle revue de psychosociologie* 2007/2, N° 4, p. 213-231.

Distribution électronique Cairn pour érés.

© érés. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

« Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend... » : le cas d'un hôpital psychiatrique



Caroline CINTAS

« Les relations sont plus dures avec la hiérarchie qu'avec le patient » (infirmière psychiatrique).

« Souvent ce sont les patients qui viennent nous voir pour nous avertir du problème. On prend pas le temps pour chacun, c'est un peu à la file indienne... on n'a pas le temps de discuter, on rentre dans leur chambre, on fait leur toilette, on les assoit dans un coin et au suivant... c'est une espèce d'abattage. Là, la qualité de la prise en charge... » (infirmière psychiatrique).

La première citation semble aller contre le sens commun : d'après cette infirmière ce n'est pas la folie, la dangerosité de la relation avec le patient qui pose le plus de problème mais les relations difficiles avec la hiérarchie. On peut dès lors se demander ce que représente cette expression « dures avec la hiérarchie » : y a-t-il un

rapport de force ? Est-ce réellement la hiérarchie qui est mise en cause ou le fonctionnement général de l'hôpital ? Les relations nécessitent-elles de développer des stratégies défensives ? Ces situations sont-elles vécues comme violentes ? Sont-elles porteuses de souffrance ? Par ailleurs, la seconde citation, nous incite à penser que l'organisation du travail se « massifie » et se « standardise ». On a l'impression d'une répétition des tâches dans une logique de performance. Or qu'en est-il du fonctionnement général ? L'activité en hôpital psychiatrique évolue-t-elle ? Quelles en sont les conséquences ? C'est à cette série de questions que nous tenterons de répondre dans cet article. À travers les résultats de cette étude nous tenterons d'identifier la violence qui est produite par l'organisation du travail et le management. L'objectif de cet article est donc de cerner les processus de manage-



*Caroline Cintas, maître de conférences, Laboratoire CREGO, IAE de Rouen
caroline.cintas@univ-rouen.fr*

ment porteur de violence au travail dans un contexte de travail difficile.

Comme le souligne de Gaulejac (2006) : « Il est urgent de rétablir le lien entre GRH/management et santé mentale » (p. 191). En effet, un nouvel enjeu de la gestion des ressources humaines est de s'intéresser aux coûts psychiques générés par les relations de travail et, sans doute, par ses défaillances en matière d'organisation du travail.

Aujourd'hui, les effets pathogènes des relations de travail sont largement étudiés : souffrance au travail, stress, burn-out, fatigue au travail, harcèlement, mauvais traitements, abus, « mobbing ¹ », « bullying ² » sont autant de mots pour désigner les effets négatifs produits par le travail. Ces nouvelles tensions psychiques sont désignées souvent par la référence au stress « notion-enveloppe » (Aubert, Pagès, 1989) dont l'usage social est synonyme d'insatisfaction, de frustration, de fatigue (Lhuillier, 2006). La notion de violence au travail est cependant plus large et complexe : elle englobe aussi bien la violence physique, sexuelle que psychologique. Elle a été traitée en management sous l'angle du harcèlement psychologique (Poilpot-Rocaboy, 2000 ; 2003). La violence serait due alors à des comportements abusifs « des relations perverses » (Hirigoyen, 1998) ; cette perspective stigmatisant les facteurs individuels, sans doute corrélée à l'évolution des rapports au travail de plus en plus individualisée, est dépassée par des résultats de travaux plus

récents. (Viaux, 2004). En effet, le harcèlement moral ne permet pas d'appréhender le problème dans sa globalité et « évite une analyse du contexte organisationnel et des conflits de valeurs relatifs au travail » (Lhuillier, 2006). C'est dans ce dernier cadre que s'inscrit cette étude. Elle tente de repérer des éléments de contexte, d'organisation du travail et plus particulièrement de management comme explications des situations de violences ressenties par le personnel. À l'instar du rapport du conseil économique et social (7 avril 2004) qui montre l'impact important de l'organisation du travail sur la santé à la fois physique et mentale des salariés, nous formulons l'hypothèse de l'incidence de l'organisation du travail/des pratiques de management et de la GRH sur la santé mentale au travail.

L'étude s'est déroulée dans un hôpital psychiatrique dans lequel les situations de travail peuvent être dites à risques. En effet, il nous a paru pertinent d'essayer d'analyser une situation de travail a priori déjà porteuse de violence, définie comme « suspension de l'ordre, dérèglement absolu, imprévisibilité » (Michaud, 2004). Ce qui caractérise la violence au travail c'est un mouvement destructeur que ce soit de l'individu (son identité) et/ou du collectif (du lien social). La forme de violence qui nous intéresse est celle liée à l'organisation du travail et au management.

L'actualité récente montre les risques potentiels du travail en hôpital

1. Définit par Leyman (1996, p 27) comme « l'enchaînement sur une assez longue période, de propos et d'agissements hostiles exprimés ou manifestés par une ou plusieurs personnes envers une autre, agissements qui pris isolément, pourraient sembler anodins, mais dont la répétition constante a des effets pernicieux ». Il s'agit en fait d'une persécution collective.

2. Présenté comme des intimidations ou des brimades commises par un salarié envers un autre, en principe hiérarchiquement dépendant (Fischer, 2003). Il s'agit d'un abus hiérarchique vertical.

psychiatrique, et, dans l'imaginaire collectif, la folie est par définition violente (dérèglement absolu). C'est dans ce contexte difficile de situations à risques que nous avons voulu identifier le processus de violence dans lequel le management, la gestion des ressources humaines auraient un rôle à jouer. En effet, les difficultés et la pénibilité liée au travail ne semblent pas venir de la nature même du travail.

Les situations de travail en hôpital psychiatrique regroupent toute la complexité des situations de violence (violence interne/externe, organisationnelle...). L'actualité récente a mis en évidence les situations de violence dans lesquelles se trouvent parfois le personnel soignant (événement de Pau). Les soignants travaillent au quotidien dans des situations dites violentes mais vivent-ils, perçoivent-ils ces situations comme violentes ? C'est au regard des normes du groupe et de la culture de l'organisation que la violence est ressentie.

Afin de mieux appréhender le contexte étudié, précisons de façon synthétique les grands problèmes du secteur de la psychiatrie aujourd'hui. Depuis la loi de 1990, la psychiatrie a pour mission la promotion de la santé mentale des citoyens. Les situations de prise en charge s'étendent donc aux situations de vulnérabilité face au trouble mental³. La psychiatrie répond donc aujourd'hui aux problèmes de souffrances psychologiques, ce qui explique en partie l'explo-

sion de la demande psychiatrique due à l'augmentation des troubles mentaux (concernant plus de 10 % de la population). Le stress au travail conduit à des pratiques addictives répertoriées dans les troubles mentaux (comme l'alcoolisme, les psychotropes : cf. Paturel et Bachelard, 2004)⁴. On assiste donc à l'émergence d'une nouvelle population de patients pour la psychiatrie. Le nombre de lits en psychiatrie générale est à la baisse avec toutefois une répartition inégale par secteurs⁵. Du plan santé mental, un certain nombre d'éléments ressortent : une baisse des lits entre 1970-1980 avec la politique de secteur et le mouvement de l'anti-psychiatrie puis, depuis 1989, une augmentation de personnes hospitalisées (notamment sans consentement) ; un problème de sous-médicalisation des services d'hospitalisation qui est associé au problème de la démographie médicale ; une qualité des soins et d'hébergement remise en cause par rapport aux conditions d'accueil et d'hébergement.

En 2003, l'hôpital psychiatrique considéré comptait environ 1 600 agents dont 1 100 soignants et éducatifs, 150 administratifs et 200 techniciens et ouvriers. Un indicateur social dans l'hôpital étudié révèle un contexte de plus en plus difficile. En effet, l'absentéisme longue maladie et longue durée n'a cessé d'augmenter de façon alarmante ces dernières années. Celui-ci est plus élevé que la moyenne du secteur. Cet absentéisme⁶

3. Cf. dossier *Sciences humaines* n° 147, mars 2004 de Franco Rotelli.

4. O. Bachelard et D. Paturel, « Nouvelles formes de souffrances au travail : analyse et réflexion en matière de GRH », Publication dans les actes du congrès AGRH 2004, p2567-2581.

5. Cf. plan santé mentale 2005-2008, document de travail lors des États généraux de la psychiatrie.

6. Nous pouvons faire l'hypothèse d'un lien entre conditions de travail, souffrance psychique et absentéisme longue durée pour pathologie mentale. Cette hypothèse reste à confirmer.

peut être lié au vieillissement des agents (les tranches d'âges les plus touchées sont entre 41 et 60 ans) mais aussi aux conditions de travail (passage aux 35 h ?) comme le confirment d'autres études notamment D. Tonneau (2003) dans un document de travail de la DREES ⁷, qui semblent mal vécues. L'hôpital psychiatrique X., conscient du contexte, nous a proposé de mener notre recherche en son sein et d'approfondir les causes de l'absentéisme.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi l'étude de cas. En effet, un certain nombre de questions reste en suspens pour cerner la violence au travail. La violence est circulaire et à effet de contamination. Les différentes formes sont imbriquées et il devient difficile de repérer un commencement et, partant, un ou plusieurs éléments causals. La notion de causalité semblerait donc inappropriée pour saisir le phénomène. C'est plus en termes de compréhension que d'explication que nous avons envisagé l'étude des situations de travail ressenties comme porteuses de violence. Pour comprendre la violence liée à l'organisation et au management nous avons choisi comme situation de gestion : les unités d'admission et complémentaire.

Nous souhaitons repérer les représentations de toutes les catégories de personnel grâce aux récits des pratiques en situation. C'est bien le ressenti, le

vécu des personnes interrogées qui nous intéresse. Le recueil des données s'est donc effectué par entretiens auprès du personnel soignant et de service. Deux secteurs différents avec un fort taux d'absentéisme ont fait l'objet de l'étude, une unité d'admission et trois unités complémentaires de l'hôpital psychiatrique considéré. Après avoir mené un entretien avec les cadres supérieurs de santé, nous avons pu constituer un échantillon varié par rapport à une liste de personnel des services concernés. L'objectif étant d'interroger toutes les catégories de personnel de tout âge et de toute ancienneté. Au total, nous avons pu recueillir les perceptions de 22 personnels : 2 cadres supérieurs de santé ; 3 cadres d'unité ; 8 infirmières psychiatriques ; 5 aides-soignantes ; 4 agents de service hospitalier (ASH).

VIOLENCE LIÉE À L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET À L'ABSENCE DE MANAGEMENT

Glissement des tâches ou le décalage entre prescrit et réel

Dans certaines unités, on assiste à un glissement des tâches qui caractérise la mise en place de stratégies collectives de défense (Dejours) reflétant une certaine solidarité pour pouvoir fonction-

7. DREES (Direction de la recherche des études et de l'évaluation statistique), document de travail de D. Tonneau, École des mines de Paris, octobre 2003, « La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : les difficultés liées à l'organisation », méthodologie : 17 monographies d'établissements, résultats : la mise en place des 35 h a eu pour conséquence une dégradation perçue des conditions de travail (insuffisance ressentie des effectifs, intensification du travail, diminution de la période de recouvrement entre les postes du matin et de l'après-midi, augmentation de l'absentéisme courte durée, sentiment d'insécurité renforcé).

ner dans le quotidien de l'activité. Des glissements de tâches s'opèrent entre ASH et aide-soignante et entre aide-soignante et infirmière. En effet des ASH aident quotidiennement les aides-soignantes, les infirmières dans les situations de crises et parfois même dans certaines unités complémentaires (mise en chambre d'isolement...). Le travail réel, au quotidien, est bien éloigné du travail prescrit : « Il y a souvent des glissements de fonction entre ASH et aide-soignante et entre aide-soignante et infirmière. Ce qui est mis à l'épreuve c'est surtout cette notion de « solidarité ». [...] Depuis quelques années, il y a une redéfinition des rôles de chacun, l'année passée on nous a donné des fiches de poste-profiles de poste/aux différentes catégories de personnel » (cadre d'unité). « Le matin on fait les bureaux, l'infirmier, le réfectoire, les chambres et puis à midi on donne le repas jusqu'à 1 h 15, on aide les infirmiers et les aides-soignantes... je les aide tout le temps, j'aime bien ça... et puis l'effectif infirmier est réduit... » (ASH).

Ce glissement de tâches va à l'encontre de la démarche d'accréditation qui stipule les responsabilités de chaque catégorie de personnel. Or, pour pouvoir fonctionner dans le quotidien de l'activité, il semble qu'il faille contourner le prescrit.

La population d'aide soignante semble avoir augmenté au détriment de la population d'infirmière. Les aides-soignantes sont plus présentes en unités complémentaires. Cependant, il faut distinguer les unités d'admission, dans lesquelles la violence semble plus

présente, des unités complémentaires. En effet l'activité y est différente par la nature de la prise en charge : en unité d'admission, le personnel soignant vit des situations d'urgence⁸ puisque les patients sont admis dans un contexte de crise, alors qu'en unité complémentaire les patients sont plus ou moins stabilisés. Même si cette distinction est indéniable, la dégradation des conditions de travail et le manque de personnel accentuent progressivement la fréquence de ces situations d'urgence en unité complémentaire. En effet, dans les unités complémentaires observées plusieurs patients dont l'état n'était pas stabilisé étaient présents par faute de place dans les unités d'admission. D'après les cadres d'unités cette situation n'est pas exceptionnelle.

L'activité et la charge de travail semblent donc évoluer dans les unités. Le management ne maîtrise pas cette évolution. La méconnaissance de cette charge de travail ne permet pas de mettre en adéquation le personnel en termes d'effectif et de compétences en adéquation avec l'activité des unités. Cette absence de management du travail prescrit rend le travail réel bien difficile.

L'approche psychopathologique nous permet de mieux comprendre les résultats ci-dessus.

Deux courants se distinguent : la psychopathologie (Sivadon, Veil, Le Guillant), psychodynamique du travail (Dejours) et la clinique du travail s'inspirant des travaux de Vygotski (Clot). Ces deux courants font la différence entre conditions de travail et organisation du travail.

8. Or, l'organisation porteuse de « bonnes conditions psychologiques de travail » doit limiter les périodes d'urgence et permettre leur prévision et leur organisation (Gollac et Volkoff, 2000).

La santé des individus est altérée non pas par les conditions de travail mais par une forme d'organisation qui peut s'opposer à la pensée (Santiago-Delafose, 2005 dans D. Castro). « Nous sommes, depuis une vingtaine d'années, affectés par une paralysie de la pensée sur le travail en raison d'un déni massivement opposé à l'analyse du travail réel [...] » (Dejours, 2001). C'est l'organisation du travail qui est porteuse de violence au travail ou plus exactement la difficulté de faire face au décalage entre « prescrit et réel ».

Par ailleurs, cette difficulté dans le travail quotidien est accompagnée d'une absence de management du métier de soignant.

*Absence de management
Une évolution du métier de
soignant et des valeurs...
non prise en compte
par le management*

Un premier constat apparaît à l'analyse du discours des soignants : ils ne vivent plus les mêmes situations dans la relation avec le patient. Nous avons tenté de cerner l'explication de ces perceptions à travers ce qui nous a été dit du métier, de l'activité. Le personnel a noté un changement dans la population de patients : « À l'époque, les pathologies n'étaient pas les mêmes. Aujourd'hui on assiste à une destructuration sociale [...] Le travail a changé dans le relationnel avec les patients, avec la hiérarchie. À l'heure actuelle, les "grands fous" n'existent plus, ils sont en ville. Aujourd'hui, on fait plutôt de l'assistantat social. Mais vous savez trop d'assistantat nuit à l'assistantat. L'hôpital a dévié de sa fonction, la société a évolué, l'hôpital psychiatrique reflète la société actuelle (précarisation, déscolarisation...) » (infirmier psychiatrique).

« On a des moins en moins de psychiatrie, de plus en plus de polytoxicomanie... des gens qui sont en marge de la société et qui nous sont adressés parce que personne n'en veut. Je ne suis pas sûre que la structure soit adaptée pour les recevoir » (infirmier psychiatrique).

Les changements dans la relation avec les patients ne s'expliquent pas seulement par l'évolution de la population de patients à l'hôpital psychiatrique mais aussi par le manque de disponibilité du personnel. Le manque de personnel ne permet plus de mettre en place des projets avec les patients. Les soignants sont moins disponibles ; ceci ne permet plus d'assurer des activités comme le jardinage, les ateliers de peinture. Les bienfaits liés à l'occupation, à la construction de l'identité grâce au travail font place à l'ennui, au vide existentiel. Nous pouvons faire référence ici à la notion de déficit qualitatif dont parle H. Leymann (1996). En effet, le personnel soignant voit sa part d'activité administrative augmenter au détriment du temps passé avec le patient. La souffrance émerge d'un développement empêché (on ne peut plus faire son travail) dans le cadre de l'organisation du travail prescrite (Lhuillier, 2006 ; Clot, 1995).

« Le personnel a diminué : là où autrefois on pouvait être 4 ou 5 en quart, aujourd'hui on est 3 ou 2. [...] il n'y en a pas plus qu'avant (des situations de violence) mais comme il y a moins de personnel, les patients sont beaucoup moins occupés, on les emmène moins sur l'extérieur, il n'y a plus d'atelier, le dernier vient de fermer... eh bien imaginez donc ce que ça peut donner 24 ou 26 personnes hospitalisées dans un même endroit à tourner en rond et le seul intérêt c'est d'attendre leur argent qu'ils ont une

fois ou deux fois par semaine et qu'ils vont chercher à la perception, les repas qui sont donnés quatre fois par jour... voilà ! Alors l'été comme on peut ouvrir sur le parc... c'est mieux mais quand il pleut, l'hiver et que tout le monde tourne la dedans... forcément quand on a une tête qui nous revient pas, une heure ça va aller, 8 h... ils se rentrent dedans quoi ! Autrefois le fait de sortir vers l'extérieur ça permettait d'être porté vers quelque chose de positif... alors que là ils attendent, je sais pas ce qu'ils attendent... avant ils étaient portés par quelque chose, il y avait un semblant de vie » (infirmier psychiatrique).

« Le plus pénible dans le travail, je dirai que c'est le manque de personnel, le manque de disponibilité auprès des patients. Les relations avec les patients sont parfois absentes parce qu'on a passé notre journée au téléphone. Et puis comme on est pas nombreux on ne peut plus mettre en place des ateliers (l'atelier d'esthétique : ça avait été une réussite pour les patientes) » (infirmier psychiatrique).

Le manque de personnel conduit à l'indisponibilité, au manque d'écoute, ce qui ne permet pas de prévenir et d'anticiper les situations de violence avec le patient : « C'est uniquement par la présence et par l'écoute que l'on peut anticiper les moments de violence. Mais les problèmes d'effectif génèrent une augmentation de la violence à cause du problème d'écoute » (cadre d'unité).

« Les conditions de travail sont extrêmement difficiles en ce moment... on fait pas mal de doublement de quart, alternance jour et nuit. Il manque cruellement de personnel parce qu'il y a des gens qui sont partis et qui n'ont pas été remplacés. L'AM on est deux : une infirmière et une aide soignante : c'est pas suffisamment... en plus le pavillon est

très grand, c'est difficile à deux (forme en U). On fait du redoublement de quart (journée de 14 h), six, sept jours d'affilée de travail... [...] Le manque de personnel fait qu'on n'est pas disponible pour les patients... et donc c'est au détriment du bien être du patient et aussi de notre bien être. Moi, je trouve que c'est pas respectueux du tout par rapport aux patients... ce n'est pas pour ça que j'ai choisi mon métier d'infirmière... j'ai l'impression de mal faire mon travail. Les patients sont aussi gênés de nous demander : « Est-ce qu'on peut discuter cinq minutes » et ça c'est pas normal... on oublie le relationnel. C'est pas possible de mettre en place des activités avec les RTT, les récup, les congés posés... il y a vraiment un manque de personnel » (infirmière psychiatrique).

« Les après-midi, on est que deux, et la nuit, on est seul. C'est peu rassurant. (infirmier psychiatrique)

Il y a la nuit une seule personne dans l'unité Y (effectif mini de nuit). Ça c'est scandaleux ! Je suis la seule infirmière de nuit, je tombe dans les pommes et bien il y a personne d'autre... Très dernièrement, c'est arrivé à une de mes collègues... à être obligée de monter dans une unité d'admission la nuit et donc de laisser seule sa collègue aide-soignante pour les deux unités, ce qui m'était moi-même arrivé l'an dernier, j'avais fait une fiche d'incident d'ailleurs... bon, elle a fait une fiche d'incident et le cadre de l'unité lui a dit que c'était la seule à se plaindre d'être seule la nuit. C'est peut-être vrai mais faut pas nous prendre non plus pour des cons... je suis vulgaire mais j'insiste, je le fais exprès... » (infirmière psychiatrique).

L'indisponibilité, la perte de relation avec le patient par manque de temps et manque de personnel ont été très longue-

ment évoqués et ne permettent pas d'anticiper, de prévoir, de « construire les savoir-faire de prudence » (Cru, 1987), c'est-à-dire des manières de faire qui prennent en compte la prévention et la gestion des risques. Nous pouvons faire l'analogie avec les résultats d'une étude menée en univers carcéral s'intéressant à la relation détenu-surveillant (Lhuillier, 2006). Celle-ci montre que la construction de « savoir-faire de prudence » grâce à la réintroduction de l'échange entre détenu et surveillant diminue la violence.

L'évolution de la population de patients induit une évolution du métier de soignant notamment par rapport aux conduites addictives (alcoolisme, drogues...) et aux comportements qui en découlent (agressions verbales, incivilités, manipulations, troubles de comportement). C'est la question du rôle du soignant qui est posée dans ce contexte là. Cette évolution dans la population de patient fait évoluer le métier et les compétences et posent la question de nouveaux métiers possibles à l'hôpital psychiatrique comme les travailleurs sociaux par exemple (cf. dossier sciences humaines 2004). En outre, certains soignants ne reconnaissent plus les valeurs du métier qu'ils ont choisi par vocation : « On s'est tous fait taper dessus... notamment une fois où je me suis pris une gifle monumentale... mais c'était en chambre d'isolement, la malade était complètement délirante, j'avais deux collègues avec moi... bon, elle m'a brisée mes lunettes, on l'a maintenue mais j'ai pas vécu du tout ça comme une atteinte personnelle, c'était dans un contexte délirant, c'était mon rôle de soignant, ça faisait partie des petits soucis que je pouvais rencontrer... voilà, voilà... ça fait partie des aléas du métier... la patiente n'a pas nourri de

culpabilité à ce moment-là... j'en ai reparlé avec elle » (infirmier psychiatrique).

« [...] Alors du coup le métier évolue en parallèle avec aussi une perte de repère... une déstabilisation du personnel soignant. La violence avant on savait l'aborder, la maîtriser. Les personnes sont désemparées par rapport au traitement de la violence. Les gens face à la violence des psychoses arrivaient à donner un sens à la violence, et on la gérait. C'était normal... la maladie génèrait de la violence. Aujourd'hui on a des formes de violence comme les incivilités, les agressions physiques et verbales... ce sont des phénomènes qui apparaissent. Les infirmiers portent plainte par rapport aux malades parce qu'ils ne reconnaissent pas la maladie des patients qui ont des troubles de comportement et donc ce n'est pas normal... » (cadre supérieur de santé).

« On se retrouve parfois face à des populations pour lesquelles on n'est pas formé. On est des infirmiers, des infirmières... mais on n'est pas... quand il s'agit de se dé-saouler : on peut être un malade psy, mais être saoul... ben voilà, on relève plus d'une cellule de dégrisement que d'un hôpital psy » (infirmier psychiatrique).

« Aujourd'hui, on est plus des "gardiens-malades"... et parfois il y a un concentré de violence, de sentiments négatifs humains, de délires morbides... et on est face à une certaine impuissance » (infirmier psychiatrique).

Si les comportements violents des patients ayant des pathologies mentales sont considérés comme « normaux », les soignants n'acceptent pas la violence des patients ayant des conduites addictives. La violence est un phénomène sociale-

ment construit⁹. Elle est la transgression des valeurs d'un groupe à un moment donné. Elle contient donc une part de relativité et la perception de ce qui est acceptable répond à des normes elle mêmes évolutives en lien avec des schémas de pensées intériorisés.

Ces situations d'insécurité font référence à la relation avec les patients dans le cadre de l'organisation du travail proposée. Elles traduisent une perte de repère du personnel soignant face à l'évolution de la population de patient et l'évolution des règles acceptables, légitimes dans le quotidien de l'activité. Ce n'est pas tant le risque lui-même qui pose problème (risque lié à la dangerosité de la folie) mais plutôt le sentiment d'être exposé au danger sans possibilité de s'ajuster à ces nouvelles situations de travail. En effet, les soignants ont le sentiment de manquer de compétence par rapport à la population de patient et aux nouveaux comportements.

En résumé, l'insécurité perçue est due à l'absence de management et d'accompagnement du métier de soignant. Elle se caractérise par le manque de compétences ressenti par rapport à la nouvelle population de patient, par la perte de repères sur les règles acceptables dans le cadre de l'activité, par l'évolution du rôle du soignant et des valeurs associés au métier ainsi que par le manque d'échanges entre soignants et patients qui empêche la construction des « savoirs-faire de prudence ».

Plusieurs hypothèses méritent d'être vérifiées concernant l'évolution des « valeurs » des soignants : est-elle due en partie à la formation généraliste d'infirmière de la population jeune (contraire-

ment aux anciens qui recevaient une formation spécialisées) ? Est-elle due en partie à l'augmentation de la population d'aide soignante au détriment des infirmières ? Est-elle due à l'augmentation de la charge de travail administrative du personnel soignant ? Est-elle due en partie à l'évolution des valeurs dans la société ?

L'absence de management concerne aussi les situations de conflits avec les patients

« Ce sont des situations de violence que je n'arrive pas à gérer. J'y suis restée trois ans... j'ai eu une expérience avec une patiente alcoolisée qui m'a traitée de tous les noms, menacée de mort... c'était de la violence verbale. Je l'ai signalé, rien n'a été fait. Pendant trois mois... je venais travailler avec la peur au ventre tous les jours... elle m'avait pris en bouc émissaire... le médecin n'a rien fait. J'avais le soutien de l'équipe mais le cadre d'unité n'a pas réagi... on disait que c'était de ma faute, il fallait pas rentrer dans son jeu... on m'a dit d'être plus cool avec elle mais c'était pas lui rendre service. Alors je me suis mise en arrêt maladie pour ça... j'ai fait des périodes de quinze jours... j'ai eu trois mois d'arrêt maladie alors que je n'en avais jamais eu, j'ai jamais été absente. J'en ai parlé avec mon médecin traitant mais pas ici... on travaille dans la psy mais on n'est pas aidé. Les arrêts maladie me permettaient de m'échapper... je connais une personne qui est restée six mois en arrêt maladie pour la même raison » (aide-soignante).

L'absence de management dans les situations difficiles peut être producteur

9. Ses ravages sont l'effet de mouvements qui transgressent les lois ou les règles régissant habituellement les actes naturels et humains (*Encyclopédie de la philosophie*, 2002).

de souffrance. Ce dernier point rejoint les résultats de Leymann (1996). En effet, l'absence de management avait été repérée comme étant un déterminant fort de « mobbing ¹⁰ ». Ce n'est donc pas le conflit avec les patients qui est dénoncée ici mais bien la non gestion de ce conflit, le manque de management et de soutien/à ces conflits par l'encadrement et de façon plus générale par la direction de l'hôpital qui pose problème.

Ce manque de soutien est vécu comme une remise en cause du travail. Dans les situations de crise, les conséquences peuvent être d'autant plus importantes : « Un personnel soignant a eu des problèmes avec une patiente caractérielle... et elle a été remise en cause... le cadre s'est demandé : "Qu'est-ce qu'elle a bien pu faire pour que ça arrive..." », ça a duré un mois... elle était soutenue par l'équipe (la soignante) mais ça a été très difficile parce qu'il y a eu beaucoup de remise en cause et une certaine culpabilisation » (infirmière psychiatrique).

Cette remise en cause du travail est ressentie comme très présente depuis la loi Kouchner sur le droit du patient : « Depuis la loi Kouchner et la charte du patient (droit du patient), le relationnel avec le patient a changé... ce papier leur donne tous les droits. Pour un CHU c'est bien mais pour un hôpital psy ça pose des problèmes... elle est dévoyée par les patients... ils savent qu'ils ont des droits mais ils ignorent qu'ils ont des devoirs. La hiérarchie ne nous soutient pas par rapport à ces situations » (infirmière psychiatrique).

« Ce qui est le plus pénible dans le travail, c'est notre relation avec la hiérarchie : manque de soutien au quotidien, de confiance. On n'est pas reconnu. La politique actuelle c'est de mettre en avant le droit du patient, et les devoirs ? Pour la réinsertion du patient c'est très difficile s'ils n'apprennent pas les devoirs (par ex : débarrasser les tables...) » (infirmière psychiatrique).

Le manque de soutien hiérarchique est de ce fait très fortement ressenti. Même si les résultats peuvent être nuancés en fonction des unités et de la proximité ou pas du cadre d'unité. Le manque de soutien hiérarchique ressenti se situe à un niveau plus global : au niveau du cadre supérieur voire de l'administration de l'hôpital en général.

VIOLENCE DU « NOUVEAU MANAGEMENT » DE L'HÔPITAL : QUALITÉ, INDIVIDUALISATION DU TRAVAIL

Une violence symbolique qui s'exerce sur les cadres des unités

Les conflits repérés avec l'encadrement rendent le travail des cadres d'unité plus difficile. En effet, les cadres d'unités vivent assez mal leur situation. Ils sont soumis à des injonctions paradoxales, à la fois gérer les objectifs de la direction en termes de qualité et répondre aux contraintes du terrain notamment en termes d'effectif ¹¹. Ces cadres d'unités vivent de plus en plus des situations d'urgence. Ils ont conscience de la fatigue de leur équipe et des contraintes du terrain

10. Pour une définition, cf. p. 1.

11. Remarque : au cours de cette étude plusieurs entretiens ont été déplacés à la dernière minute à cause de l'absence de la personne que je devais interroger ce qui supposait un doublement de quart imprévu pour certains soignants.

mais doivent intégrer le modèle de modernisation de l'hôpital qui s'oriente vers une culture de la performance. Bourdieu (1994) parle de « violence symbolique ¹² » pour qualifier la violence douce exercée par le nouveau management. En effet, les modes de gouvernement anciens adoptaient une violence plus brutale et donc plus visible mais aujourd'hui l'apprentissage collectif des nouvelles règles de management passe nécessairement par une violence symbolique exercée par ceux qui en ont pris l'initiative. Les conflits intrapsychiques que vivent les cadres d'unités sont propres à la situation de « managers de proximité » dont les tensions de rôles ont été décrites : « Ce qui est vraiment pénible dans mon travail c'est de gérer les effectifs et de devoir demander aux gens de toujours en faire plus. Je suis cadre de proximité et donc je sais que les gens sont fatigués et je vais leur demander de supprimer leur RTT... ça arrive au quotidien... Et puis j'ai une certaine nostalgie par rapport aux projets... c'est frustrant de mettre les projets de côté, on est dans la gestion du quotidien » (cadre d'unité).

« Il y a une grosse sollicitation des cadres de proximité (cadres d'unité). Ils me disent "ça va pas..." et moi je leur réponds "ça va pas mais faut que ça aille quand même". C'est dur pour eux. On est dans une phase de transformation : le système a très bien marché en 70-80... aujourd'hui, il faut repenser le système de soin par rapport aux évolutions sociales. Ce sont ceux qui sont dans des structures

temps plein qui ont le plus à gérer les dysfonctionnements institutionnels : c'est lourd » (cadre supérieur de santé).

« En tant que cadre d'unité je me sens souvent très seul... il faut que je prenne des décisions au quotidien et c'est pas toujours évident à assumer surtout pour faire le "mauvais boulot". C'est pas très gratifiant, faire passer des messages, c'est pas facile. On assiste aussi à une évolution du rôle du cadre : avant il y avait plus d'implication dans la vie de groupe aujourd'hui il y a plus de prise en charge administrative » (cadre d'unité).

Du relationnel à l'efficacité gestionnaire

Les changements organisationnels et managériaux induisent une nouvelle façon de voir le travail dans les hôpitaux psychiatriques. Deux changements majeurs ont été identifiés comme porteur de violence : la mise en place de la démarche qualité et l'individualisation du travail. À travers ces modifications, le contrôle semble se renforcer dans la structure étudiée.

Un sentiment de « flicage »...

Nous aborderons tout d'abord la notion de contrôle par la hiérarchie. Au-delà de problèmes de confiance soulevés par bon nombre de soignants, un sentiment de « flicage » a été souligné dans les propos recueillis : « On se sent fliqué... Depuis quelques années on n'ar-

12. Celle-ci impose tout un travail de dissimulation et de transfiguration de la vérité objective de la relation de domination. « Ces rapports de violence symbolique ne peuvent s'instaurer qu'avec la complicité de ceux qui les subissent. Le dominé collabore à sa propre exploitation à travers son affection ou son admiration » (P. Bourdieu, 1994, *Raisons pratiques. Théorie sur l'action*, Paris, Le Seuil, p. 198).

rête pas de nous renvoyer notre rôle propre dans la figure. C'est quand même une profession dans laquelle on a un cadre très strict. Ici, on nous dit qu'on est responsable alors qu'on n'arrête pas de nous fliquer... oui, fliquer, j'emploierais ce mot-là » (infirmière psychiatrique).

« Quand ça se passe mal, c'est quand le patient veut quelque chose, qu'on lui dit non et qu'il va voir la hiérarchie qui ne nous soutient pas forcément. Ça arrive très souvent et on le vit mal... pour l'instant c'est vrai on a des difficultés » (une aide-soignante).

« Ce qui fatigue les gens c'est le sentiment de ne pas être entendu et ce ne sont pas les situations de violence difficiles. La suspicion à l'égard du personnel crée de la vexation » (infirmier(ère) psychiatrique).

Les perceptions d'un contrôle omniprésent

« Avant quand il y avait des moments difficiles on en parlait plus avec

la hiérarchie... maintenant on n'a pas le droit d'en parler... en tout cas j'ai l'impression que la hiérarchie ne veut pas en entendre parler » (aide-soignante).

« Les conditions de travail sont difficiles notamment aux admissions, le personnel n'est pas assez entendu. Si il y a des difficultés, on reporte ça sur le personnel... on n'est pas assez écouté. Quand il y a de l'agressivité, on met en cause le personnel » (une aide-soignante).

« On essaie pas du tout de retenir les gens... Si on dit « non », si on pense pas comme eux, on a l'impression qu'on va se faire taper... » (aide-soignante).

Un conflit de valeurs sur la qualité

Les situations de conflits avec la hiérarchie peuvent s'analyser en termes de conflits de valeurs sur le travail. Ceux-ci sont très liés à la représentation que chaque groupe se fait de la qualité ¹³. En effet, l'encadrement se représente la qualité des soins sous l'angle de l'accréditation ¹⁴ et de la démarche qualité ¹⁵

13. Les conflits de valeurs induisant une pénibilité morale ont été l'un des résultats importants de l'enquête PRESST-NEXT (Coordonnée par Caillard, 2005).

14. « L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé. » selon l'ANAES ou HAS (Haute Autorité de Santé) aujourd'hui. Elle concerne tous les établissements de santé publics et privés, et est conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Le manuel d'accréditation des hôpitaux comporte les aspects suivants :
– Le patient et sa prise en charge : droits et information du patient, dossier du patient, organisation de leur prise en charge.

– Management et gestion au service du patient : management de l'établissement et des secteurs d'activité, gestion des ressources humaines, des fonctions logistiques, du système d'information.

– Qualité et prévention : gestion de la qualité et prévention des risques, vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle, surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux.

15. Démarche qualité : ensemble des actions que mène l'organisation pour se développer par la satisfaction de ses clients/usagers (HAS).

dans l'hôpital alors que, pour les soignants, la qualité des soins passe par une plus grande disponibilité et le relationnel avec le patient. Les soignants ont l'impression que les valeurs de l'hôpital et leurs valeurs ne se recoupent pas sur la façon d'exercer le travail : « Avant c'était beaucoup plus détendu. Maintenant on veut trop faire de la qualité mais on oublie le rapport humain... les patients nous le disent souvent. Dans le temps on faisait un barbecue dehors et on jouait aux dominos dans le jardin. Aujourd'hui, il faut faire tellement de démarches, faire de la paperasse pour faire quoi que ce soit. Avant c'était plus facile de faire des choses, de faire des fêtes... les patients étaient super contents » (une ASH).

« Les infirmiers peuvent s'inscrire dans des groupes de travail sur la qualité (volontaires) mais personne ne s'inscrit car c'est pas leur préoccupation majeure... ils vivent des situations plus d'urgence » (cadre d'unité).

« Souvent ce sont les patients qui viennent nous voir pour nous avertir du problème. On prend pas le temps pour chacun, c'est un peu à la file indienne... on n'a pas le temps de discuter, on rentre dans leur chambre, on fait leur toilette, on les assoit dans un coin et au suivant... c'est une espèce d'abattage. Là, la qualité de la prise en charge... » (infirmière psychiatrique).

« On nous a sensibilisé au fait que notre profession soit à lourde responsabilité mais l'outil de travail se modernise, on est plus axé sur le matériel que sur le bien-être. On finit par se demander si le but de notre travail c'est pas de savoir utiliser de façon excellente un outil de travail de plus en plus moderne ou si notre travail c'est toujours la prise en charge et le bien être des patients » (infirmière psychiatrique).

« [...] Dans ce cas-là, on ne peut pas parler de qualité de soins. Il faudrait pour cela être plus disponible, plus à l'écoute, avoir plus de temps, arrêter de courir à droite et à gauche » (infirmière psychiatrique).

Les expressions telles que « garde-malades », c'est une « espèce d'abattage » montrent bien le désarroi dans lequel se trouvent les soignants face à cette situation. La démarche qualité est souvent perçue comme non légitime étant donné ce qui se passe au quotidien dans certaines unités sur le plan de la prise en charge des patients : « À cause de cet aspect psychosocial on a plus de patients hospitalisés dans les unités d'admissions : 25 lits alors que l'on a toujours 30 patients présents alors on met les patients en chambre d'isolement et des lits dans les bureaux. On a aussi dans notre service des personnes qui devraient être en unité d'admission et par manque de place elles se retrouvent en unité moyen-long séjour. Donc pour ces personnes là, elles n'ont pas la même prise en charge qu'en admission... la prestation est de moins bonne qualité... et ça arrive au quotidien... il y a eu une accélération les deux dernières années... aujourd'hui on a trois personnes dans ce cas là dans notre service et c'est au quotidien » (cadre d'unité).

La mise en place de la qualité est parfois perçue comme un contrôle supplémentaire : « Le plus pénible dans le quotidien, c'est la hiérarchie, le côté administratif, le fait de rendre des comptes par écrit... et une certaine infantilisation (ex : notez : "Le patient m'a demandé un verre d'eau...") pour qu'il y ait une traçabilité du travail » (infirmier psychiatrique).

Le contexte des situations de travail semble présenté un aspect contrôle très

fortement ressenti. Dans les entreprises, des études dont notamment celle d'Askenazy (2004) montrent que les pratiques de qualité provoquent une nette tendance à la dégradation de la santé au travail en Europe.

Désolidarisation du collectif de travail ou l'effritement du soutien social à travers l'individualisation du travail

L'individualisation du travail, c'est-à-dire une redéfinition des responsabilités et des limites de chacun dans l'accomplissement de son travail perçue comme un « saucissonnage de rôle » paraît non adaptée à l'activité et à la qualité de la prise en charge des patients en hôpital psychiatrique : « L'hôpital général est très structuré, très hiérarchique, pyramidal et ça tourne mais on ne peut pas faire pareil en hôpital psy ; il y a des différences, les techniques de soins sont différentes... L'histoire de la psychiatrie aussi, on travaille en équipe pluridisciplinaire, une infirmière dans une unité comme celle-ci va aussi bien faire du nursing, les toilettes, donner le repas, qu'administrer des injections, donner les traitements... On est dans un cursus depuis quelques années où on se modernise. Dans ce cadre on a fait des fiches de postes, on a parlé des compétences de chacun mais dans un but que chacun se tienne à sa place. Aujourd'hui on nous dit que chacun doit se tenir à sa place, à son rôle, on veut que ça fonctionne comme en hôpital général, or on en oublie la convivialité. Les équipes de psy... ça fonctionnait dans une bonne ambiance de travail et ça tend à disparaître... À cause de ce saucissonnage du rôle... » (infirmière psychiatrique).

« Aujourd'hui on a chacun sa place, chacun son rôle... Il y a une réelle volonté de la hiérarchie pour que chacun se cantonne à son rôle. Avant il y avait une bonne ambiance, maintenant on est plus chacun de son côté (une aide-soignante). Avant les « surveillants » travaillaient avec nous s'il y avait un problème d'effectif, la solidarité était plus importante. Ça fait à peu près cinq ans que ça a changé, les surveillants ne participent plus à diverses tâches quotidiennes » (une aide-soignante).

Cette situation est d'autant plus dramatique que de nombreuses études ont montré que les coopérations construisent la santé dans le travail. Le soutien de l'équipe est essentiel pour maintenir et préserver la santé mentale des soignants (cf. modèle de Karazek).

Face à ces situations les collectifs de travail (dont l'identité est définie par le partage des mêmes valeurs) développent des stratégies collectives de défense (Dejours, 2000) pour faire face à cette souffrance. Ces stratégies constituent un rempart contre la souffrance au travail. Elles peuvent se mettre en place lorsque le collectif est fort. Or, l'analyse des résultats révèle que la gestion des ressources humaines et plus largement les nouvelles formes d'organisation (par exemple la démarche qualité) s'immiscent dans les collectifs de travail par le biais de l'individualisation et de la responsabilisation et détruisent peu à peu les solidarités existantes. Les recherches en clinique du travail confirment ce résultat en montrant que le sentiment d'insécurité est renforcé par la dislocation du collectif de travail et la remise en cause des valeurs associées à l'identité professionnelle.

Dans certaines unités, l'exclusion des ASH de l'équipe de travail (infirmière,

aide soignante) rejoint ce mouvement de destruction du collectif de travail.

« Les nouveaux cadres sont différents : chacun sa place, chacun son rôle. Une infirmière n'a pas à faire les lits... ce n'est pas leur rôle... le cadre sup de santé insiste sur le « chacun son rôle ». Ça crée toujours des tensions. « Diviser pour mieux régner ». Le week-end ou le soir, il n'y a pas de cadre et là les aides-soignantes peuvent nous aider. [...] On nous dit qu'on ne fait pas partie de l'équipe soignante. Maintenant on ne peut même plus répondre au téléphone » (ASH).

« Aujourd'hui on assiste plus aux réunions, c'est terminé. Le cadre d'unité s'est concerté avec la surveillante chef. Le prétexte énoncé est la confidentialité/aux patients. Alors que moi je peux vous dire que l'on sait plein de choses sur les patients en vidant leur poubelle... c'est très parlant : on voit les problèmes d'alcoolisme, d'obésité et on voit les selles de toilette, les vomissements. Certains cadres ont oublié qu'ils étaient en psychiatrie. Moi, je suis dans le relationnel et je suis pas seulement là pour faire le ménage... Au fur et à mesure ça nous met des coups... on pourrait aller travailler au campanile du coin ou à l'usine, ça serait pareil. Si on choisit ce domaine, c'est pour le relationnel » (ASH).

Les ASH ne se sentent plus reconues dans leur travail et même ressentent une certaine humiliation alors qu'elles semblent avoir un rôle à part entière dans les unités. Dans les unités complémentaires, les ASH sont bien souvent perçues comme indispensables par les soignants pour aider à la prise en charge des patients au quotidien. Par ailleurs, cela

pose un problème de non-reconnaissance du travail et de dévalorisation de la fonction.

Ce phénomène de désolidarisation des collectifs de travail rejoint les résultats des études issus de l'industrie qui montrent une fragilisation des collectifs de travail traditionnels, dont le lien est de nature communautaire, par les nouvelles pratiques de management (Linhart, 1994 ; Coutrot, 1998).

Les concepts de la clinique du travail permettent de préciser un cadre d'analyse pour notre recherche. En effet, les situations de violence qui nous intéressent sont celles produites dans le cadre de l'activité, au sens de Y. Clot (1995), c'est-à-dire « ce qui se fait » dans l'organisation et ressenties par le collectif de travail. Cette violence peut être porteuse d'une dégradation des conditions de travail, du bien être collectif et plus largement de la santé mentale au travail. La souffrance émerge d'un développement empêché (on ne peut plus faire son travail) dans le cadre de l'organisation du travail prescrite. C'est le renoncement au travail bien fait, aux valeurs qui guident l'investissement dans une activité professionnelle, qui a un coût psychique très lourd (Lhuillier, 2006). Certaines situations de travail débouchent sur cette souffrance lorsque les stratégies collectives de défense (Dejours, 2000) ne lui font plus barrage. Cette souffrance se caractérise par toutes les pathologies répertoriées par C. Dejours (2000) et que P. Sivadon (1957)¹⁶ l'un des précurseurs de la psychopathologie appelait « névroses du travail » (alcoolisme de défense, sentiment d'étrangeté, crise d'angoisse...) entendues comme mau-

16. P. Sivadon (1957), « Psychiatrie du travail » sous la direction de H. Desaille, Paris p. 405-420 cité dans Lhuillier, 2006.

vaie adaptation de l'individu à l'organisation du travail. Cette souffrance, ces pathologies du travail ont pour origines principales deux types de situations : les situations d'insécurité et les situations de conflits (Sivadon, 1957). À travers le contexte observé, nous retrouvons ces caractéristiques.

Par ailleurs le modèle de Karasek ¹⁷ « demande-autonomie » pourrait constituer un cadre théorique pertinent pour la vérification quantitative des pistes proposées dans cette recherche exploratoire. En effet, ce modèle permet de mesurer un environnement psychosocial à risque pour la santé mentale en mettant au centre de l'analyse l'autonomie décisionnelle. D'après nos résultats, le sentiment de contrôle se renforce dans la population soignante alors que certaines pratiques de management provoquent un effritement du soutien social. Par ailleurs, les demandes psychologiques sont élevées étant donné le contexte (pénurie de personnel, démarche qualité, 35 h et évolution de la population de soignant).

CONCLUSION

Les manifestations de la violence liée à l'organisation du travail et au management dans ce contexte se traduisent dans le discours par l'empêchement du pouvoir agir (Clot, 1998) : « J'adore ce que je fais mais je n'ai plus les moyens de faire comme je voudrais faire... Moi depuis quatre ans j'ai envie de partir... » (infirmière psychiatrique).

« On essaie de faire du mieux qu'on peut mais je crois qu'on ne répond pas à l'attente du patient... c'est la pire des choses dans mon travail... Quand j'ai pas

eu 10 min ou 15 min pour discuter... voir les gens entre deux portes c'est pas ma conception du travail. J'ai l'impression de ne pas faire mon travail correctement » (infirmière psychiatrique).

« Parfois, j'ai l'impression d'avoir mal travaillé, de bâcler les choses ; alors ça, ça me plaît pas, quand je rentre chez moi je me dis : j'ai mal travaillé » (aide-soignante).

« Dans l'équipe, il y a des personnes qu'il faut porter à bout de bras... c'est un métier qui use quand il est fait dans ces conditions-là » (infirmière psychiatrique).

D'après M. Wieviorka (2005) la véritable dimension de la violence est la manifestation d'une fêlure, voire d'une fracture du sujet, dans les moments où le sens se dérobe, se distord ou s'emballe. Or, la perte de sens au travail est fortement ressentie par le personnel soignant. Cette construction du sens du travail nécessite des échanges, des débats, des confrontations. Il est essentiel de « dire ce que l'on fait » (Lhuillier, 2006). Cependant, dans le contexte de l'hôpital il semble que ces espaces de construction soient de plus en plus réduits. Face à l'explosion de la demande psychiatrique, les structures d'hospitalisation à temps plein ne sont plus adaptées et génèrent des dysfonctionnements qui nuisent la prise en charge des patients et à la santé du personnel dans les hôpitaux.

Les pistes que révèlent ses premiers résultats sont de deux ordres : Il semblerait que la violence au travail soit liée dans un premier temps au « nouveau management de l'hôpital » : modèle de la performance, démarche qualité, individualisation du travail et dans un second temps aux dysfonctionnements organisationnels

17. A. Robert Karasek et Töres Theorell, *Healthy work : stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books, 1990.

généralisés par le décalage prescrit-réel et l'absence de management : la méconnaissance de la charge de travail (non-maîtrise de l'adéquation activité-personnel), une non-maîtrise de l'augmentation de la population d'aide-soignante au détriment de la population infirmière ; une non-formation/aux nouvelles compétences nécessaires, une exclusion des ASH dans certaines unités et enfin une absence de management des conflits avec le patient (remise en cause du travail des soignants). Tous ces éléments semblent conduire à une demande psychologique accrue, une autonomie décisionnelle réduite et un soutien social qui tend à s'effriter (cf. modèle de Karazek).

D'autres pistes de recherche sont à approfondir, notamment la difficulté de gestion de l'équilibre travail-vie privée dans ce contexte de pénurie de personnel et d'arrêts maladie imprévus¹⁸ ; la formation des nouvelles infirmières psychiatriques qui suivent le même parcours que les infirmières générales : cela pose-t-il problème, cela crée-t-il des différences dans la façon d'appréhender la violence ? Ces premières pistes de recherche seront approfondies par un travail pluridisciplinaire qui consistera à une enquête par questionnaire pour vérifier certaines pistes ainsi qu'à une étude qualitative sur les médecins psychiatres de l'établissement pour mieux comprendre la politique médicale de l'établissement.

BIBLIOGRAPHIE

Actes de la recherche en sciences sociales, santé et travail : déni, visibilité, mesure, n° 163, Le Seuil, juin 2006.

- ARIÈS, P. 2002. *Harcèlement au travail ou nouveau management ?*, Paris, Éditions Golias.
- ASKENAZY, P. 2004. *Les désordres du travail*, Paris, Le Seuil.
- AUBERT, N. ; PAGÈS, M. 1989. *Le stress professionnel*, Paris, Klincksieck.
- BACHELARD, O. ; PATUREL, D. 2004. « Nouvelles formes de souffrances au travail : analyse et réflexion en matière de GRH », *Publication dans les actes du congrès AGRH 2004*, p. 2567-2581.
- BEAUDELOT, C. ; GOLLAC, M. 2003. *Travailler pour être heureux*, Paris, Fayard.
- BOURDIEU, P. 1994. *Raisons et pratiques. Théorie sur l'action*, Paris, Le Seuil.
- CAILLARD, J.-F. 2005. « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe », Résultats de l'enquête PRESS-NEXT, 2005.
- CASTRO, D. (sous la direction de) 2004. *Les interventions psychosociologiques dans les organisations*, Paris, Dunod.
- CLOT, Y. 1998. *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de vie au travail*, Paris, La découverte.
- CLOT, Y. ; LHUILIER, D. 2006. « Perspectives en clinique du travail », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 1, Toulouse, érès.
- CRU, D. 1987. « Les règles du métier », dans C. Dejours, *Plaisir et souffrance dans le travail*, Paris, Association Psy.T.a, p. 29-42.
- DEJOURS, C. 1998. *Souffrance en France*, Paris, Le Seuil.
- DEJOURS, C. 2000. *Travail et usure mentale*, Paris, Bayard (dernière édition).
- DEJOURS, C. 2001. « La psychopathologie du travail : facteurs de risque et modalités de prévention » dans C. de Tychey (sous la direction de),

18. Plusieurs entretiens ont été reportés à la dernière minutes suite à des arrêts imprévus.

Peut-on prévenir la psychopathologie ?, Paris, L'Harmattan.

Dossier *Sciences humaines*, n° 147, article de Franco Rotelli, mars 2004.

DREES (Direction de la recherche des études et de l'évaluation statistique), document de travail de D. Tonneau, « La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : les difficultés liées à l'organisation », École des mines de Paris, octobre 2003.

FISCHER, G.-N. 2003. *Psychologie des violences sociales*, Paris, Dunod.

GAULEJAC, V. de 2005. *La société malade de la gestion*, Paris, Le Seuil.

GOLLAC, M. ; VOLKOFF, S. 2000. *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte.

HIRIGOYEN, M.-F. 1998. *Le harcèlement moral*, Paris, Syros.

LEYMANN, H. 1996. *La persécution au travail*, Paris, Le Seuil.

LHUILIER, D. 2006. *Clinique du travail*, Toulouse, érès.

LINHART, D. 1994. *La modernisation des entreprises*, Paris, La Découverte.

MICHAUD, Y. 2004. *La violence*, Paris, PUF, « Que sais-je ? » (6^e édition).

POILPOT-ROCABOY, G. 2003. « Harcèlement psychologique au travail : paradigmes et métaphores », *Revue de gestion des ressources humaines*, n° 49, juillet, août, p. 15-24.

POILPOT-ROCABOY, G. 2000. « Le processus du harcèlement professionnel : un essai de modélisation », *Revue française de gestion*, janvier-février, p. 31-51.

RAPPORT DU CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL DE BRESSOL E., *Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés*, 7 avril, 115 p., 2004.

WIEVIORKA, M. 2005. *La violence*, Paris, Hachette Littératures.

RÉSUMÉ

L'objectif de cet article vise à mettre en évidence le lien entre GRH/management et violence au travail. En effet, les résultats révèlent les défaillances de l'organisation du travail et plus largement du management qui peuvent générer de la violence. Ce papier s'appuie sur une étude de cas en hôpital psychiatrique et des entretiens semi-directifs menés auprès de différentes catégories de personnel : cadre supérieur de santé, cadre d'unité, infirmiers psychiatriques, aides-soignants, agents des services hospitalier.

Une première forme de violence liée aux dysfonctionnements de l'organisation du travail et une seconde forme de violence liée au « nouveau management » de l'hôpital à travers notamment la démarche qualité et l'individualisation du travail sont repérées. Ces changements provoquent une « perte de relation avec le patient » et ne permettent plus de « construire les savoir-faire de prudence » indispensables à une prévention de la violence patient/soignant. Ce n'est pas tant le risque lié à la dangerosité de la folie qui pose problème mais plutôt le sentiment d'être exposé au danger sans possibilité de s'ajuster à ces nouvelles situations de travail (manque de temps dans la relation aux patients, suppression des activités de loisirs avec les patients, suppression des échanges, du relationnel, sentiment de mal faire son travail). Par ailleurs, le rôle du management et le soutien de la hiérarchie semblent déterminants dans les répercussions de la relation conflictuelle patient/soignant. Les manifestations de la violence liée à l'organisation du travail et au management dans ce contexte se traduisent finalement dans le discours par « l'empêchement du pouvoir agir » (Clot, 1998).

MOTS-CLÉS

Gestion des ressources humaines, organisation du travail, violence, hôpital psychiatrique.

« WHEN VIOLENCE IS NOT WHERE IT IS EXPECTED » : THE CASE OF A PSYCHIATRIC HOSPITAL

ABSTRACT

The objective of this article aims at highlighting the link between Human Resource Management and violence at work. Indeed, results reveal failures in work organization and more widely in management which can generate violence. This paper leans on a case study in a psychiatric hospital and semi-guided conversations led with various categories of staff : senior health managers, unit managers, psychiatric nurses, nurse's aides, hospital cleaners and maintenance workers.

The results of the study bring to light violence connected to work organizational dysfunctions and the « new management » of the hospital, notably through

the steps towards quality and individualisation of tasks.

These changes provoke a « loss of relationship with the patient » and do not allow building the « savoir-faire » necessary to the identification of warning signs to prevent patient/nurse violence. It is not so much the risk due to the dangerousness of madness that raises problems but rather the feeling of being exposed to danger without the possibility of fitting these new work situations (lack of time in relation to patients, the removal of leisure activities with patients, lack of exchanges, the feelings of carrying out work badly). Furthermore, the role of management and hierarchy support seem to determine repercussions in the conflicting patient/nurse relationship. The demonstrations of violence connected to work organization and to management in this context are finally translated by « an inability in the power to act » (Clot, 1998).

KEY WORDS

Human resource management, work organization, violence, psychiatric hospital.