



SAISINE N°23

« Les soignants sont-ils soi-niés »

Mai 2023

SOMMAIRE

1 Saisine proprement dite et problématiques qui s'en dégagent	p.2
1-1 Ressenti de violence institutionnelle	
1-2 Ressenti vis-à-vis de l'organisation hiérarchique au sein de l'hôpital	
1-3 Constat d'inefficacité des outils déjà existants	
1-4 Problématique plus globale	
2 Contexte sociétal	p.4
2-1 La démocratie sanitaire et la place du patient	
2-2 La gouvernance par les nombres et la place du soignant	
3 Pistes d'action	p.9
3-1 Continuité de valeurs entre activité de soin et management du soin. Comment parler ensemble un langage compréhensible ?	
3-2 Comment évaluer avec pertinence la qualité de l'activité du soin ?	
3-3 Comment promouvoir un management moins focalisé sur les chiffres et les résultats et plus recentré sur l'activité et la relation ?	
3-4 Comment et quand créer des « espaces de discussion sur le travail » ?	
Conclusion	p.11
Bibliographie	p.12

1 Saisine proprement dite et problématiques qui s'en dégagent

L'institution a mis récemment l'accent sur le recueil de la parole de patients, avec le souci de formaliser cette démarche pour l'inscrire dans la qualité des soins et remplir un indicateur de certification de l'hôpital.

Mais de quelle parole s'agit-il ? Quel(s) sens anime(nt) cette démarche ?

A l'exploration du dispositif, il apparaît qu'il s'agit de la satisfaction du patient dans sa prise en charge dans le système de soins.

Ce critère renseigné participera à valider la certification de l'établissement, gage de qualité.

Or le système de soins étant actuellement dégradé, ce dispositif ne risque-t-il pas de masquer une réalité vécue par les soignants ? D'accentuer la pression sur ceux-ci ?

Au quotidien, dans sa pratique, le soignant est sans cesse dans le recueil de la parole du patient, notamment en santé mentale. Le soignant se décentre de lui-même, offre une disponibilité physique et psychique.

Quand l'hôpital est soucieux de recueillir la parole du patient, dans l'essence même de cette annonce, ne risque-t-il pas de nier de fait l'engagement du travail soignant ? En tient-il compte ? En a-t-il conscience ?

Il y aurait comme une remise en cause de l'évidence, une négation par omission du principe de soin.

Dans ce qui apparaît comme un paradoxe se pose alors la question de **la place de la parole du soignant dans le système de soins**, dans l'hôpital.

Explorons la place donnée à la parole du soignant dans cette « démocratie sanitaire » : dans la mise en place des pôles où des membres élus devaient voter des décisions ? Dans les objectifs de pôle ? Dans les groupes de travail pour renseigner les critères de qualité ? Dans l'organigramme de l'hôpital ? Dans le projet médico-soignant ? Dans le management ? Dans le vocabulaire, le langage, les termes ?...

Enfin, quelles en seraient les conséquences ? Le risque d'une perte de cohésion globale sous tendue par une non-reconnaissance du groupe par l'individu, et réciproquement ? Et ce au détriment de qui ?

Les problématiques soulevées par cette saisine se déploient sur plusieurs axes :

1-1 Ressenti de violence institutionnelle

Les soignants expriment une certaine souffrance liée à la perte de sens de leur travail. Alors que l'institution semble prendre des mesures pour « prendre soin » de ses agents (espace bien-être, semaine « aux petits soins » ...), les soins du corps ne compenseraient pas le manque d'espaces d'échange et les moyens de recueillir l'expression de leur souffrance éthique. Ce constat fait ressortir un vécu institutionnel ressenti comme paradoxal.

Sous couvert d'un objectif commun : améliorer la qualité des prises en charge des patients, demeure un écart entre les valeurs mises en avant par l'institution : indicateurs de la qualité des soins, parole donnée aux usagers, certification de l'établissement... et celles des soignants : assurer des accompagnements de qualité, répondre aux besoins du public dans de bonnes conditions, prendre en compte la singularité de chaque situation...

Deux niveaux semblent ainsi confondus : celui de l'organisation des soins qui relève de l'institution, et celui du processus thérapeutique qui relève de la responsabilité du soignant dans la relation qu'il engage avec le patient.

La logique d'efficacité prônée par l'institution se traduit en termes de temps restreint pour assurer une partie du travail de soignant : accueil de la demande, temps d'élaboration en équipe pluridisciplinaire, transmission des informations, temps informels d'échanges entre les agents.

Ces différents constats génèrent un climat global de défiance mutuelle entre les soignants de terrain et le système hiérarchique, amenant une tension relationnelle et des difficultés de communication.

1-2 Ressenti vis-à-vis de l'organisation hiérarchique au sein de l'hôpital :

La communication descendante, favorisée par une organisation hiérarchique verticale, n'apparaît pas suffisamment compensée par une communication « remontante » des équipes de soins vers les instances responsables de l'organisation des soins. Les soignants sont pourtant en première ligne pour recueillir les insatisfactions du public et faire des propositions d'amélioration prenant en compte ses besoins.

Dans cette relation entre soignants et hiérarchie, ressentie comme relation de pouvoir, les agents se sentent instrumentalisés pour que l'institution mette en œuvre des actions congruentes avec ses propres valeurs, soit des relations ressenties objectivantes, et non des relations de collaboration respectueuse et constructive, basées sur l'échange et la communication.

1-3 Constat d'inefficacité des outils déjà existants :

- Un espace « bien-être » constitue-t-il une réponse adaptée face à des soignants qui se sentent malmenés dans le lien à leur hiérarchie ?
- Les conseils de pôle, organes de concertation démocratique, permettent-ils réellement l'expression des agents ?
- Le projet d'établissement est-il réellement et suffisamment élaboré dans un esprit de concertation entre les différentes strates de responsabilités au sein de l'hôpital ?
- Les instances (CSMIRT, CTE, Médecine du travail, organisations syndicales...) jouent-elles suffisamment et réellement leur rôle d'espaces de dialogue et de décisions partagées ?
- Les CLSM (Conseils Locaux de Santé Mentale) permettent-ils à l'hôpital de s'ouvrir sur la communauté au sens large pour sortir d'un rapport « marchand » et permettre l'exercice d'une véritable démocratie sanitaire au sens de la citoyenneté ?
- Les questionnaires de satisfaction distribués aux patients sont-ils des outils d'évaluation suffisamment pertinents alors qu'ils reflètent un « temps T » du soin et ne donnent lieu à aucun échange ultérieur ?

1-4 Problématique plus globale :

Le malaise des soignants dans le contexte actuel d'une baisse des moyens alloués aux services de santé résonne avec l'insatisfaction légitime des patients.

D'autres secteurs du service public sont concernés. Y a-t-il une spécificité de l'exercice du soin en psychiatrie ? Au Centre Psychothérapique de Nancy ? Quel est le poids de l'histoire de l'établissement ?

La culture professionnelle des soignants ne les porte pas à s'interroger sur leur propre santé mentale : l'insatisfaction et le malaise ressenti pourraient-ils être exprimés autrement qu'en termes d'insatisfaction ?

Peut-on imaginer le bénéfice qu'un mieux-être soignant engendrerait sur la qualité des soins et donc sur la satisfaction des usagers ?

2 Contexte sociétal

2-1 Démocratie sanitaire et place du patient :

. Depuis 2002, loi Kouchner, dans chaque région siège une instance démocratique avec des représentants de l'administration, des institutions, des usagers, syndicats, politiques et soignants : les « Conférences régionales de santé et d'autonomie » a visée de réfléchir et donner un avis sur les politiques de santé au sein d'une région (grands problèmes de santé, équipements, activités de soins, transformations, ...). Cette instance élabore un Programme Régional de Santé valable cinq ans. Les participants sont nommés par l'ARS et travaillent en commissions. La finalité des débats est de répondre aux besoins de la population, et ce dans tous les domaines. Une attention importante est portée par les soignants tant du domaine public que privé, au bénéfice de l'utilisateur. Les décisions finales prises par le directeur de l'ARS sont très souvent celles préconisées par la commission compétente. Une des difficultés parfois pour les représentants des usagers est de bien saisir tous les enjeux sur certaines questions (ex l'organisation des services des urgences). Une autre concerne la représentativité régionale des catégories d'intervenants, attendu la grande différence de spécificités des territoires.

. Ne pas confondre l'instance ci-dessus avec les Conseils Territoriaux de Santé regroupant l'ensemble des acteurs de santé d'un département, lieu de concertation, de propositions, mise en œuvre et évaluation du Programme Régional de Santé.

. Le CCNE (Conseil Consultatif National d'éthique) a récemment appelé, fin novembre, à de nouveaux Etats Généraux concernant la santé, pour une éthique de la santé publique.

. Le CCNE a sollicité les EREG (Espaces Régionaux d'Éthique Grand Est) concernant les consultations relatives à la fin de vie, comme il l'a fait pour des questionnements de bioéthique. Nous déplorons « l'urgence » avec laquelle les participants sont sollicités.

. Le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie est un organisme consultatif auprès du Conseil Départemental concernant les politiques en termes de citoyenneté et d'autonomie, notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées (hébergements, transports, ...). Il donne un avis sur le schéma de l'Autonomie établi par le Conseil Départemental pour 5 ans.

Finalemment de quelles façons convergent toutes ces instances ?

Tous les quatre ans sont évaluées la sécurité et qualité des soins dans les établissements hospitaliers de France, par des personnes certifiées par l'ARS. Quinze objectifs sont à évaluer pour la certification des établissements.

À noter que notre Comité Ethique est né de l'obligation, au niveau de la certification, de la création d'un espace éthique au sein de l'établissement.

Ces évaluations sont nécessaires pour garantir une meilleure prise en charge dans le soin, concernant la douleur dans les soins par exemple, même si les services de soins visités par la certification « jouent le jeu » de montrer le meilleur de leur fonctionnement.

Sur le terrain, il apparaît que l'objectif de l'évaluation ne serait pas le bien-être de l'utilisateur dans sa prise en charge, avec les moyens techniques et financiers adéquats. Comment est évaluée la « satisfaction » du patient ? Comme si les services étaient pris dans cette double logique contradictoire : montrer qu'on fait bien, tout en faisant face au manque de moyens perçus nécessaires.

Il existe un indicateur concernant la « satisfaction de l'utilisateur », renseignée par des questionnaires à remplir par le patient.

Concernant la saisine en cours, s'il est demandé au patient s'il est satisfait de ce qui a été fait, il en découle le sentiment pour le soignant qu'il lui est demandé s'il a bien fait. Cette logique donne le sentiment pour les soignants d'être enfermés par des protocoles. Pour autant, il a été demandé aux soignants, durant la pandémie, de faire preuve de créativité et d'ingéniosité pour pallier la situation difficile et inédite.

La question de la temporalité : environ 15 jours après sa sortie d'hospitalisation, le patient reçoit par mail un questionnaire de satisfaction, sachant que dans la plupart des cas le patient est mécontent d'avoir été hospitalisé. Pour autant, au fil de son suivi, le patient se félicite souvent d'avoir bénéficié de ces temps d'hospitalisation.

Les services rencontrent aussi le problème des personnes qui « consomment du soin », par exemple prennent rendez-vous et ne viennent pas, ou procèdent à un nomadisme de soin.

Comment et à quel moment du parcours de soin mesurer la satisfaction du patient ? Comment éviter le risque d'une « étude de consommation » du soin ? Comment éviter le risque d'une logique consumériste ?

Il existe encore parfois une tendance à la demande de « paternalisation » de certains patients, avec infantilisation de la part des soignants. Comment remettre de la coopération dans le soin et ne pas faire le « travail » à la place du patient et le mettre en mesure d'utiliser ses propres compétences ?

Comment remettre l'utilisateur en situation de « citoyen » ?

Si le soigné est sous contrainte (de soin), le soignant est également sous contrainte de prodiguer du soin selon certaines modalités qui lui sont imposées. Par exemple des demandes de soin émanent de la part de personnels scolaires concernant des enfants, les parents doivent y souscrire sous peine de saisie des services sociaux. Il apparaît important de prêter attention au risque d'une rigidité de pensée du soignant dans la prise en soin d'enfants, avec la consultation de l'avis des parents.

Force est de constater que demander son avis au patient par un questionnaire de satisfaction tend à le considérer comme un client.

Pour Freud, 3 métiers sont « impossibles » : gouverner, éduquer, soigner. Quelques années plus tard il reformule : gouverner, éduquer, psychanalyser. Dans les 4 cas, le but est de provoquer un changement chez l'autre. Le métier est « impossible » si la personne qui l'exerce estime agir sur l'autre, considéré comme passif. L'impossibilité est levée si les deux personnes sont toutes deux actives et qu'elles agissent en étant co-auteurs de la démarche.

Ainsi guérir et guerroyer ont la même étymologie, à savoir combattre (contre la maladie/contre un adversaire). Les deux protagonistes (soignant/soigné) ont donc à être acteurs de la démarche de soin, s'appuyant l'un sur l'autre de leurs compétences réciproques.

Comment établir la relation de soin pour que le patient ne se sente ni infantilisé, ni tout-puissant ?
Comment cette démarche entre-t-elle dans l'enquête de satisfaction du patient ? Comment considérer le soignant comme un acteur du soin et non comme un débiteur de services ?

2-2 La gouvernance par les nombres et la place du soignant

« La gouvernance par les nombres » (A. SUPIOT, juriste, Collège de France) se traduit par un changement de concepts recensés dans le tableau ci-dessous :

GOUVERNEMENT	GOUVERNANCE
Loi	Programme
Liberté	Flexibilité
Justice sociale	Efficacité
Règles	Objectifs
Règlementation	Régulation
Représentation	Transparence
Qualification	Employabilité
Droit	Marché

Un tournant a lieu dans les années 80. Dans le secteur privé, avec des préoccupations d'ordre essentiellement financier, se met concrètement en œuvre la « théorie de l'agence » (formulée par Milton Friedman), avant de se généraliser progressivement dans d'autres secteurs d'activité, y compris publics et même associatifs et non lucratifs. Cette théorie prône que les dirigeants des entreprises doivent être loyaux à l'égard des intérêts des actionnaires. Une part importante de leur rémunération doit donc être indexée sur les intérêts de l'entreprise, appréhendés sous le prisme de l'évolution du cours de Bourse de son action. D'où la pratique des « stock-options », qui constituent une part de la rémunération des dirigeants, et dont la valeur évolue en fonction du cours de l'action de l'entreprise. Il y a ainsi un intéressement des dirigeants aux gains financiers de l'entreprise. De plus, les objectifs financiers ainsi assignés aux dirigeants sont ensuite déclinés à l'ensemble des salariés, du haut en bas de la hiérarchie, conformément au management par objectifs. La valeur de l'action devient donc indirectement l'objectif de tous.

Ce type de management a diffusé dans le secteur public, en même temps que le calcul d'utilité (combien ça coûte ? combien ça rapporte ?) et le souci de la performance, qui en découlent. Les objectifs visés sont formalisés à l'aide d'indicateurs chiffrés, qui vont servir de références aux actions de pilotage (voir « *La fabrique de l'homme occidental* » de Pierre Legendre).

Il y a alors dissociation entre le pouvoir et ce qui fait autorité. Le pouvoir s'exerce en se réclamant de la préoccupation de l'efficacité, qui tient lieu de légitimité.

La question de la légitimité ne s'en pose pas moins, ce qui donne lieu à l'instauration d'instances dédiées (Exemple : on met en place un Comité d'Éthique).

Plus globalement, l'idée est que le système fonctionne tout seul, se régule automatiquement. La confiance y est remplacée par la transparence.

A partir de là, plusieurs disciplines ont pris leur essor : la comptabilité, la statistique, les probabilités, avec l'idée que ce qui est « normal » au sens statistique (le comportement le plus fréquent, ou « norme » au sens statistique) est considéré comme normal au sens « moral » (ce qui doit être).

Dans cette logique, il n'est donc plus nécessaire de justifier les décisions en termes moraux. Il suffit de « gérer ». « *Le gouvernement des personnes fait place à l'administration des choses* ». (Saint-Simon, repris ensuite par Engels).

Les institutions tendent à devenir des organisations : une institution résulte du projet d'instituer quelque chose qui répond à des critères de justice ; une organisation n'a d'autre visée que l'efficacité...

Les impensés de la gouvernance : Pour A. Supiot, il y a perte de l'objet mesuré, les indicateurs ne fournissant qu'une représentation simplifiée, réductrice de la réalité (la carte n'est pas le territoire). Si on en reste à l'indicateur de satisfaction du patient, on perd l'essence, la signification, la consistance concrète de la satisfaction d'une personne précise. Au-delà, s'en tenir à l'indicateur de satisfaction du patient peut inciter à soigner l'indicateur et non plus le patient. Le soignant peut ainsi être pris dans le fonctionnement d'un système en perte de sens, au risque d'une souffrance éthique et de *burn-out*, entre autres.

Attention aux objectifs individuels appliqués par le système à chaque soignant : le risque est de passer de l'autocontrôle de son action par le professionnel à un contrôle effectué en référence aux indicateurs. Dans ces conditions, la réaction se substitue à l'action : le professionnel ne raisonnerait plus dans les termes de son métier, mais réagirait à des signaux extérieurs. L'action du sujet est alors remplacée par la programmation qu'opère une rationalité extérieure, qui se traduit dans les objectifs et les indicateurs.

Le sujet est comme exproprié de son pouvoir d'agir, devant l'objectif qui lui est attribué.

En ce sens, Yves Clot dans « *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psycho-sociaux* », nous dit que le management actuel est « une thérapie pour les normaux ».

Selon l'expression de Gladys Swain et Marcel Gauchet dans « *La pratique de l'esprit humain* », c'est une technique de « dépossession de soi ». (Remarque au passage : au sujet de la thèse développée dans ce livre : les deux auteurs posent qu'avec le développement de la pensée de la démocratie, au XVIIIe siècle, il est devenu concevable de « soigner les fous ». Comme si le principe d'égalité (démocratique) permettait de penser que tout être humain demeure accessible à ses semblables, ce qui permet de le soigner et de le réhabiliter. Le lien interhumain n'est pas rompu. C'est le contraire de la thèse de Foucault, qui défend l'idée que la folie résulte d'un phénomène d'exclusion et de disqualification, la raison permettant de désigner les personnes qui déraisonnent).

D'un côté, il y a donc d'un côté les professionnels avec leurs vécus, et de l'autre côté la logique gestionnaire parlant chiffres (tableaux de bord, statistiques, indicateurs, objectifs...). Mais les trois quarts du travail des professionnels de soin n'entrent pas dans les cases de ces tableaux. D'où la non-reconnaissance du travail accompli. (Cf. « *Travailler au 21^{ème} siècle* »). L'ergonomie montre en effet que, pour atteindre un objectif donné, l'activité de travail ne peut jamais se limiter à exécuter le travail prescrit, car la confrontation au réel impose un minimum d'ingéniosité pour déjouer et surmonter les imprévus (travail « réel »). C'est précisément cette part d'inventivité qui fait l'intérêt de l'activité, pour le sujet. Mais les indicateurs et les tableaux de bord n'en tiennent pas compte, puisqu'ils n'envisagent que, d'une part, la prescription et, d'autre part, le résultat. Ils laissent de côté le processus conduisant concrètement de la première au second.

En conclusion, nous pouvons envisager la présente saisine comme la reconnaissance de ces problématiques.

Soit la souffrance éthique qu'évoque le « soi-nié » mentionnée dans l'intitulé de la présente saisine.

Comment peut-on être constructif et faire évoluer ce constat ? En démontrant ce qui est contre-productif ? En montrant que le système se contredit lui-même ?

Accompagner et manager ne seraient-ils pas également des « métiers impossibles » ?

Se pose ici la question de la continuité entre soin et management du soin. De quelles façons pourrait-on prendre soin du management ? Un management s'entendant comme un accompagnement du soignant serait idéal pour la pratique du soin. Dans le management actuel, il y a risque d'évitement du face à face, avec le biais d'outils, de protocoles, etc. Le management factuel, fonctionnel, parce qu'il privilégie les chiffres plutôt que la relation interpersonnelle, permet difficilement d'établir un rapport dans lequel l'un puisse faire autorité aux yeux de l'autre, c'est-à-dire construire un lien d'adhésion, de confiance, une stature reconnue de celui qui dirige dans la relation.

Qu'est-ce qui fait que je vais accepter les ordres que je reçois ? Qu'est-ce qui fait leur légitimité à mes yeux et la légitimité de l'interlocuteur qui me les donne ? Cela s'établit de personne à personne et non par le biais de l'informatique et autres outils impersonnels. De ce point de vue, le management factuel scie la branche sur laquelle il est assis. Comment rétablir le lien, l'équilibre ? Comment aller au-delà des résultats inscrits sur le tableau de bord des objectifs ?

Dans « *Travailler au 21^{ème} siècle* », un chapitre traite de la question « qu'est-ce qu'un bon manager ? ». La réponse apportée par les personnes enquêtées est que c'est un manager qui se soucie du futur et du devenir des membres de son équipe. Dans cette perspective, faire autorité, c'est avoir le souci de faire grandir l'autre. Par exemple, la hiérarchie nous donne des objectifs à six mois, nous pouvons également nous-même penser des objectifs à trois ans.

Le modèle idéal sur lequel repose la « gouvernance par les nombres » serait une société autorégulée, avec des procédures organisant tout cela. Une société pouvant se passer du politique, c'est-à-dire de modalités permettant aux sujets de s'ajuster et de s'accorder entre eux par discussion argumentée. Cette société sans parole « fonctionnerait » comme une plante, par exemple, c'est-à-dire en réaction à des signaux et non en interprétant des propositions de sens (voir « *La bienveillance des machines* »).

3 Pistes d'action

Comment faire en sorte que la parole des professionnels puisse s'exprimer et prendre place (soit prise en compte) dans le cadre de la démocratie sanitaire ?

3-1 Continuité de valeurs entre activité de soin et management du soin. Comment parler ensemble un langage compréhensible ?

- Un management centré sur la cadence, avec la visée de s'organiser pour en faire « plus », fait réagir les soignants. Il est important de partir du soin pour définir une organisation et non l'inverse.

A noter l'existence du service Organisation des Soins.

- Métaphore de la musique : il y a une différence entre acquérir des techniques et enrichir son expression artistique. De même dans le soin, il s'agirait de mettre les deux plans en dialectique.

- Profil des cadres : le cadre doit-il ou pas avoir déjà eu une activité de soignant ?

Comment passe-t-on d'infirmier ou autre soignant à cadre ? Certains veulent « voir ce qu'il y a au-dessus », ce qui bloque dans la transmission, intégrer le système pour le faire évoluer ?

Il existe un management descendant mais aussi ascendant pour que les responsables de la gestion des soins soient informés de ce qui se passe sur le terrain.

Qu'est-ce qui permettrait à la Direction de s'appuyer davantage sur l'écoute de ce qui est ascendant, remontant des équipes ? Cela peut-être difficile du fait du poids de la hiérarchie ? Les cadres sont pris en tenaille entre une hiérarchie top-down et l'indice de satisfaction des soignants.

- Valeur de sécurité ressentie : une insécurité est ressentie dans les liens entre professionnels et cadres. Dans la fonction, est véhiculée l'idée que chacun est interchangeable et pourtant avec toujours plus de responsabilités. Il ne semble alors pas y avoir de garantie de lien et de préservation de la personne par l'institution.

- Besoins identifiés des soignants : respect de la parole, reconnaissance, confiance, lieu pour vivre des temps partagés.

Propositions : réunions d'équipes centrées sur des projets d'équipe et/ou des projets de soins, et travail de construction de leur articulation.

- Imaginer créer des espaces transverses pour se remettre en lien les uns les autres autour de projets concrets ou formations communes. (Ex : mesures pour se prémunir des dangers du numérique...), espaces de respiration clinique, pouvoir sortir de son service pour élargir son point de vue. A propos d'espaces transverses : dans « *Entreprise : retrouver le temps pertinent* », Bruno Mettling explore des crises sociales dans les grosses structures, avec manque de confiance envers les directions. L'auteur propose des temps de rencontre pour remédier à ce manque de confiance et à des temporalités différentes.

- Comment informer le public des difficultés des soignants sur le terrain, en matière de carence de personnel ?

3-2 Comment évaluer avec pertinence la qualité de l'activité du soin ?

- Nécessité d'évaluer l'évolution clinique du patient : on ne passe pas assez de temps en service pour évaluer cela. Cela est possible en ambulatoire.
- Prendre en compte la parole du patient et de son entourage.
- Mesure du bien-être du patient : comment la faire ? Actuellement, on mesure s'il y ou pas ré hospitalisation, ce qui n'est pas suffisant.
- Auto-évaluation de leurs actions par les soignants.
- La qualité des soins prodigués est en lien avec les formations des soignants. Un temps dédié à la formation devrait donc être intégré dans le temps de travail des soignants (un temps du type temps FIR, soit le temps Formation Information Recherche, prévu dans le temps de travail des psychologues, mais pour tous. Notons qu'il a toujours eu lieu sans reconnaissance particulière, dans la pratique, par le passé, et que la gestion de temps de soignant et son contrôle actuel le remettent en question. Il s'agirait donc de redonner à ce temps sa légitimité reconnue).
- Questionner les soignants sur leur bien-être au travail. Le soignant pourrait se sentir écouté, plus à l'aise dans son travail et vis-à-vis des patients, et faire force de proposition d'ajustement.
- Evaluer la sécurité des soignants, notamment autour des excès de responsabilité lié au manque de personnel.
- La qualité du soin est en rapport avec la qualité du lien thérapeutique. La qualité de lien thérapeutique est en lien avec le développement et la santé des soignants.
- Quelles suites sont données aux évaluations réalisées ? Dans quels buts ? Il s'agirait d'en extraire du sens pour proposer des ajustements dans l'organisation et les pratiques de soins.

3-3 Comment promouvoir un management moins focalisé sur les chiffres et les résultats et plus centré sur l'activité et la relation ?

- Différencier les managers et le management : les managers sont des humains comme les soignants et les patients, tous soumis au management... que le cadre a charge de faire appliquer.
- Une chaîne descendante du ministère de la santé vers le soignant et une chaîne remontante possiblement du soignant vers le ministère de la santé. Les deux chaînes semblent actuellement très verrouillées.
- Les problèmes principaux seraient le manque de personnel et les disparités entre services. Les services bien dotés permettant davantage aux personnels de faire leur travail selon des valeurs inhérentes au soin.
- La relation patient-soignant en ambulatoire permet souvent d'éviter des hospitalisations et donc permet à l'hôpital de diminuer les coûts.
- Les nouveaux étudiants infirmiers sont essentiellement dans l'acte et le chiffre (cotation systématique des actes), seront vraisemblablement plus manipulables par les modalités de management factuel. Il s'agirait donc de proposer des changements de modalités d'évaluation de l'étudiant en fin de stage.

- Promouvoir la pratique de l'éthique au sein des institutions de formation des soignants ainsi que dans les institutions de soin, afin de donner aux soignants un autre regard, distancé, sur les pratiques de soins et les grandes questions concernant le soin.

3-4 Comment et quand créer des « espaces de discussion sur le travail »

Dans l'ouvrage « *L'entreprise délibérée* » de Mathieu Detchessahar, apparaît la différence entre travail prescrit (ordonné par hiérarchie) et travail réel (tenant compte des *aléas* nécessitant de faire preuve de créativité, d'inventivité, pour accomplir le travail prescrit). Le travail prescrit ne suffit jamais et nécessite toujours du travail réel. Les professionnels inventent sans cesse des actions qui ne sont jamais comptabilisées, qui sont comme inexistantes car « invisibilisées » et non reconnues. Des espaces de discussion sur le travail permettent donc de partager entre collègues sur ces inventions... et de les faire remonter comme solutions à la hiérarchie. Cela concerne la conscience morale que nous pouvons avoir de notre activité professionnelle. Quelles seraient les conditions à imaginer pour faire cela ? Qu'en attend-t-on ?

- Etat des lieux des espaces de discussions existant dans les services et/ou interservices : il y en a déjà plusieurs mais qui semblent ne pas répondre (ne répondant pas) aux besoins : ils ont alors valeur de décharge mais sans impact sur le fonctionnement du service.
- Nécessité de plus de temps, de disponibilité, d'une parole qui se sente libre. Tenir compte de ce qui n'est pas coté, avoir conscience de notre force de travail. Avoir une empreinte autre que celle des chiffres sur les tableaux d'activité : publications, plus d'écrits, du visuel (reportages style go-pro, en version accélérée, ...), pouvoir montrer que les soignants sont débordés, au risque d'être considérés comme des incapables, incompetents. Casser le binaire haut/bas grâce à un intervenant extérieur quand le dialogue est rompu.
- Ajouter au tableau Excel un indice du temps de discussion avec données chiffrées, avec un volume de temps de pensée prévu, planifié, soit reconnu.

CONCLUSION

La conception du soin en psychiatrie a connu une évolution radicale faisant du patient un co-auteur de ses soins et amenant à prendre sa parole de plus en plus en considération dans le projet d'accompagnement qui lui est proposé, tout autant que dans l'organisation et l'évaluation du système de soins.

Cette démarche thérapeutique suppose un rapport soignant-soigné dans lequel le soignant traite le soigné en sujet, reconnaissant la part active qu'il prend dans son rétablissement. Mais comment pourrait-il se situer ainsi dans la relation thérapeutique s'il se vit lui-même traité en objet au sein de son institution ?

Le management du soin pourrait-il être conçu dans une continuité entre le soin prodigué aux usagers et le soutien apporté aux professionnels dans l'exercice de leur mission ? Pouvons-nous dégager des éléments sur ce que pourrait être un management « bienveillant », s'appuyant sur une qualité relationnelle qui favorise l'autonomie tout en se proposant comme possibilité de « se projeter en confiance dans l'avenir » ?

Nous touchons là sans doute à des enjeux d'avenir et de transformation de nos pratiques et de nos institutions, le soin et le service public étant pleinement concernés, comme toute autre organisation de notre société en mouvement.

« Pour se former il faut voyager et "frotter et limer notre cervelle contre celle d'autrui..."
Montaigne

BIBLIOGRAPHIE

BARTHELEMY, J., CETTE, G. (2017). *Travailler au 21^{ème} siècle*, Odile Jacob.

CASSOU- NOGUES, P. (2022). *La bienveillance des machines*, Seuil.

CLO, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La Découverte.

DETCHESAHAR, M. (2019). *L'entreprise délibérée : refonder le management par le dialogue*, Grace, Nouvelle Cité.

LEGENBRE, P. (2008). *La fabrique de l'homme occidental*, Fayard.

METTLING, B. (2014). *Entreprise : retrouver le temps pertinent*, Broché.

MONTEIL, P.O. (2016). Du management du soin au soin du management, *Revue française d'éthique appliquée* (1) : 71-79

SPINHIRNY, F. (2018). *Hôpital et modernité : comprendre les nouvelles conditions de travail*, Broché.

SUPIOT, A. (2015). *La gouvernance par les nombres*, Fayard.

SWAIN, G., GAUCHET, M. (2007). *La pratique de l'esprit humain*, Gallimard.

VELUT, S. (2020). *L'hôpital, une nouvelle industrie, le langage comme symptôme*, Galimard.