

Tensions de changements et épuisement des personnels en hôpital psychiatrique

Marie-Christine Piperini, Stéphane Simonian, Sylvia Topouzkhian, Rubrique coordonnée par **Stéphane Henriette**

DANS **L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE** 2023/10 (VOLUME 99), PAGES 711 À 720
ÉDITIONS **JOHN LIBBEY EUROTTEXT**

ISSN 0020-0204

DOI 10.1684/ipe.2023.2659

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2023-10-page-711.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

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.

Tensions de changements et épuisement des personnels en hôpital psychiatrique

Marie-Christine Piperini¹
Stéphane Simonian²
Sylvia Topouzkhianian³

¹ Maître de conférences,
Laboratoire GREPS, Université Lyon 2,
ISPEF, 86 rue Pasteur
69365 Lyon cedex, France

² Professeur des universités,
Laboratoire ECP, Université de Lyon,
ISPEF, Lyon

³ Cadre supérieure de santé,
CH Le Vinatier, 95 bd Pinel
69500 Bron, France

Rubrique coordonnée
par Stéphane Henriette

Résumé. Cette étude explore comment au sein de l'hôpital psychiatrique, les changements organisationnels sont vécus par les personnels. Le stress professionnel est un processus qui va de l'état de tensions, de préoccupations et d'activation jusqu'à l'épuisement. Il naît dans les transactions entre l'individu et les demandes de son environnement professionnel telles qu'il les perçoit. Notre enquête par questionnaire en ligne auprès de 510 agents souligne que le stress est favorisé par les tensions du côté des changements du travail et que les restructurations de services avec mouvements du personnel sont les changements récents les plus fréquemment cités. Cette catégorie de tensions correspond aussi à des scores d'accomplissement personnel bas et de hauts scores d'épuisement émotionnel.

Mots clés : enquête, questionnaire, hôpital psychiatrique, épuisement professionnel, personnel hospitalier, stress, changement, région Rhône-Alpes Auvergne

Abstract. Staff burnout and tensions arising from change in psychiatric hospitals. This study explores how organizational changes are experienced by staff within a psychiatric hospital. Occupational stress is a process that begins with a state of tension, concern, and activation and concludes with exhaustion. It originates in the transactions between individuals and the demands of their professional environments as they are perceived. Our online questionnaire survey of 510 employees affirms that stress is catalyzed by tensions caused by work changes, with departmental restructuring and staff movements being the most frequently cited. This category of tension also corresponds to low personal achievement scores and high emotional exhaustion scores.

Keywords: survey, questionnaire, psychiatric hospital, burnout, hospital staff, stress, change, Rhône-Alpes Auvergne region

Resumen. Tensiones de cambios y agotamiento del personal en los hospitales psiquiátricos. Este estudio explora cómo dentro del hospital psiquiátrico, los cambios organizativos son experimentados por el personal. El estrés laboral es un proceso que va desde un estado de tensiones, preocupaciones y de activación hasta el agotamiento. Surge de las transacciones entre el individuo y las expectativas de su entorno profesional tales como las percibe. Nuestra encuesta en línea a 510 agentes señala que el estrés se ve favorecido por las tensiones relacionadas con los cambios en el lugar del trabajo, y que la reestructuración de los departamentos y la rotación de personal son los cambios recientes más citados. Esta categoría de estrés también se corresponde con puntuaciones bajas en realización personal y altas en agotamiento emocional.

Palabras claves: encuesta, cuestionario, hospital psiquiátrico, agotamiento profesional, personal hospitalario, estrés, cambio, región Rhône-Alpes Auvergne

Introduction

Les systèmes de santé publique de nombreux pays comme en France ont connu au cours des quarante dernières années des changements techniques, économiques et organisationnels répétés. Dans ce cadre,

l'hôpital psychiatrique devait devenir à la fois une entité de production de soins moderne, tout en maîtrisant les dépenses, et en répondant aux évolutions des enjeux de santé publique. Parallèlement, la littérature managériale soulignait les difficultés rencontrées dans l'introduction des changements dans les organisations et les institutions en particulier : complications des conditions de travail, résistance de la force de l'habitude, mise sous tension et stress du personnel par le management. Des études maintenant assez nombreuses [1] ont souligné que l'implémentation des changements

Correspondance : M.-C. Piperini
<marie-christine.piperini@univ-lyon2.fr>

organisationnels au sein des hôpitaux exige pour se dérouler dans des conditions satisfaisantes de prendre en compte le stress du personnel qui l'accompagne nécessairement. Les incidences du changement sur le niveau de stress du personnel au sein des organisations questionnent [1, 2]. De nouveaux outils apparaissent, liés aux technologies numériques, en particulier. De nouvelles procédures et réglementations viennent corriger ou compléter les précédentes. Les déménagements, rénovations de sites, fusions en de nouveaux pôles viennent ajouter des exigences d'adaptation et des contraintes. Le système de financement des établissements de santé par la tarification à l'activité et la réorganisation des établissements publics en groupements hospitaliers de territoire ont aussi induit des évolutions : réductions de lits et d'effectifs, mises en place d'objectifs et de nouveaux critères d'évaluation. La logique gestionnaire articule des contraintes économiques et médicales parfois contradictoires [2]. Et les personnels ne sont guère impliqués pour analyser dans quelle mesure la performance du système initial pourrait être fragilisée et le modèle organisationnel hospitalier altéré. Questionner les impacts des changements sur les possibilités d'innovation du personnel, son adaptation, sa capacité à faire face dans un environnement destiné à accueillir, contenir et soigner la maladie mentale serait pourtant opportun. L'étude présentée ici s'attache à explorer comment au sein de l'hôpital psychiatrique, les changements organisationnels sont perçus par les personnels et quel en est l'impact sur leur niveau de stress.

Différentes approches du stress

Une situation n'est stressante que lorsque l'individu perçoit que ce qu'il lui est demandé pour faire face va au-delà des ressources dont il peut disposer. Mais cette appréciation du niveau d'exigence s'opère en restant plus ou moins consciente chez l'individu. La pression quotidienne au travail peut ainsi être stressante sans que le sujet puisse le reconnaître. Folkman et Lazarus [3] caractérisent le stress comme étant produit lorsque l'individu n'a plus de capacité d'anticipation, lui permettant de construire une stratégie pour faire face et se projeter (coping). Lorsque cette capacité d'anticipation n'est pas mobilisée efficacement pour faire face, elle devient un mode de fonctionnement chronique (procrastination, rumination). Au lieu de réguler le stress, elle vient le nourrir en épuisant l'individu. Le stress est moins à considérer comme un état que comme un processus qui va de l'état de tensions, de préoccupations et d'activation jusqu'à l'épuisement [4]. L'approche interactionniste du stress avance que le stress professionnel trouve sa source dans la rencontre entre des facteurs environnementaux et des caractéristiques personnelles. Karasek et Theorell [5] constatent que l'évolution du stress jusqu'à l'épuisement professionnel est favorisée par

un environnement relationnel défavorable : un haut niveau d'exigences et une faible latitude décisionnelle, un manque de reconnaissance et un manque de soutien social de la part de la hiérarchie mais aussi des collègues. Le stress semble alors dépendant des transactions entre l'individu et les demandes de son environnement professionnel telles qu'il les perçoit. Des modes de fonctionnements organisationnels peuvent augmenter les contraintes de temps et la charge de travail en quantité et en complexité. Une évolution organisationnelle rendant les structures moins stables et compréhensibles pour les personnels qui subissent les changements sans prendre part aux décisions, constitue un facteur de stress et potentiellement d'épuisement professionnel.

Du stress à l'épuisement professionnel en hôpital psychiatrique

Les professionnels des secteurs sanitaires et sociaux sont exposés à une surcharge émotionnelle du fait de leurs fortes interactions avec des usagers vulnérables, connaissant des situations émotionnellement et psychologiquement lourdes et socialement fragiles [6]. Ceci rend ces personnels particulièrement sensibles aux contraintes et logiques budgétaires actuelles. Des conflits de valeurs peuvent alors venir chez ces personnels s'ajouter à d'autres facteurs de stress plus classiques tels qu'une charge de travail excessive et/ou une autonomie réduite couplée à un manque de reconnaissance. Maslach [6] identifie trois indicateurs de l'épuisement professionnel : l'épuisement émotionnel, le sentiment de non-accomplissement et la dépersonnalisation. L'épuisement émotionnel est le sentiment d'être vidé de ses ressources émotionnelles qui émerge dans des situations professionnelles où la dimension de l'engagement est importante. Un niveau d'engagement particulièrement important peut céder la place à la dépréciation de son travail et de soi, avec des tensions relationnelles intenses voire des comportements de violence verbale (propos inappropriés et blessants) et physiques (brutalités) et le sentiment de ne pas être à la hauteur des attentes. La dépersonnalisation correspond à la déshumanisation ou cynisme dans la relation à l'autre, et la vision négative du travail et des autres, qui se mettent en place, en défense. Une absence d'émotion, un repli sur soi, un désinvestissement du monde environnant apparaît. L'approche transactionnelle du stress est importante pour comprendre comment les individus et leur environnement interagissent, et comment les adaptations réciproques des individus aux évolutions des organisations et des structures aux adaptations constatées chez le personnel s'influencent mutuellement. L'exploration des tensions perçues par les personnels des hôpitaux psychiatriques et de leurs adaptations pourraient nous permettre d'enrichir notre compréhension de ce jeu d'influences réciproques.

Méthodologie

Caractéristiques de l'échantillon

Notre enquête auprès des personnels de trois centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie de la

région Rhône-Alpes Auvergne a été réalisée sur la base du volontariat et de l'anonymat des répondants. Son taux de retour est de 11 %. Sur les 4635 agents ayant reçu notre invitation, 510 ont donné suite à notre mail contenant le lien d'accès au questionnaire en ligne (tableau 1).

Tableau 1. Description de l'échantillon (N = 510)

Variabiles sociodémographiques	Catégories	N	%
Genre	Hommes	127	25
	Femmes	383	75
Âge	Moins de 25 ans	16	3
	De 25 à 29 ans	81	16
	De 30 à 39 ans	152	30
	De 40 à 49 ans	125	25
	Plus de 50 ans	136	27
	NR		
Ancienneté dans l'établissement	Moins de 3 ans	109	21
	De 3 à 10 ans	192	38
	De 11 à 20 ans	120	24
	Plus de 20 ans	79	15
	NR	10	2
Catégories professionnelles	Cadres administratifs	27	5
	Secrétaires	18	4
	Médecins psychiatres	34	7
	Internes	10	2
	Psychologues	58	11
	Paramédicaux (ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes)	21	4
	Travailleurs sociaux	40	8
	Cadres de santé	38	7
	Infirmiers	190	37
	Aides-soignants	34	7
	Aides médicopsychologiques	1	0
	Agents de service hospitalier	6	1
	Cadres de service technique	3	1
	Agents de service technique	3	1
	NR	27	5
Statuts	Titulaires, CDI, fonctionnaires	426	84
	Contractuels, CDD	40	8
	Stagiaires	9	2
	NR	35	7
Types de services	Pédopsychiatrie	64	13
	Gérontopsychiatrie	17	3
	Psy Adulte	291	57
	Psy Milieu aménagé	29	6
	Services communs	29	6
	Cumuls sur 2 ou 3 Services	52	10
	NR	29	6

NR : non-réponses.

Questionnaire

Deux questions ouvertes demandaient aux répondants : « Quels changements ont eu lieu dans le fonctionnement de votre service au cours des cinq dernières années ? » et « Qu'est-ce qui vous semble le plus pénible ? ». Ces réponses libres ont été traitées avec l'analyse de contenu thématique par regroupements supportée par le logiciel N'Vivo 8. Les types de changements cités dans les réponses ont permis de construire des nœuds (ou catégories thématiques). Puis à partir de l'occurrence de ces types de changements dans les réponses, des groupes ont pu être constitués pour voir s'ils se caractérisaient également par des niveaux de stress et d'épuisement professionnel élevés. Pour l'analyse du corpus des réponses sur les causes de pénibilité au travail, les catégories thématiques de notre analyse ont été construites avec la typologie de la méthode d'analyse des risques psychosociaux de l'Anact¹ [7] :

- les tensions du côté des changements du travail et de la conduite du changement dans les établissements ;
- les tensions du côté des valeurs et des exigences des salariés ;
- les tensions du côté des relations et des comportements ;
- les tensions du côté des contraintes du travail et de son organisation.

À partir de l'occurrence de ces catégories, des groupes ont été constitués pour voir s'ils se caractérisaient

également par des niveaux d'épuisement professionnel ou de stress élevés. Pour objectiver ces niveaux de stress et d'épuisement professionnel, deux outils ont été requis :

– Le *Perceived Stress Scale* (PSS) [8], dans sa version à 10 items, évalués sur une échelle de Likert en 5 points (α de Cronbach = 0,86).

– Le *Maslach Burn-out Inventory* (MBI) [9], dans la version adaptée par Courty [10], avec 22 items, évalués sur une échelle de Likert en 7 points, mesurant 3 dimensions : l'épuisement émotionnel ($\alpha = 0,88$), la dépersonnalisation ($\alpha = 0,74$), le sentiment d'accomplissement personnel ($\alpha = 0,79$). Un score élevé aux échelles de dépersonnalisation et d'épuisement émotionnel associé à un score faible à l'échelle d'accomplissement personnel caractérise un burn-out.

Résultats

Changements perçus

Huit nœuds thématiques ont été dégagés du corpus des changements cités dans les réponses obtenues : l'accumulation de changements, les déménagements, la restructuration des services, le turnover ou mobilité interne du personnel, le changement de hiérarchie, les changements d'organisation du travail, les changements de valeurs et d'orientation de l'activité, les changements jugés excessifs et redoutés (tableau 2).

Tableau 2. Analyse thématique des types de changements perçus

Catégories thématiques	%	N
0. Sans réponse	35,29 %	180
1. Restructuration des services avec mouvement des personnels	21,1 %	108
Changement de service dû à une restructuration, mise en place d'un pôle, d'un service transversal, fusion, groupement de coopération sanitaire, l'attribution d'unités supplémentaires, la fermeture d'unités, fermetures d'antenne, baisse des effectifs, augmentation de la charge de travail	10,2 %	52
Création d'un nouveau service, nouvelle unité, et changement de répartitions des tâches	3,5 %	18
Pertes de postes et mouvements de personnels, fermeture d'un dispositif de soin, d'un pavillon et de lits, d'appartements thérapeutiques, etc.	2,7 %	14
Changements de collègues ; Accueil de nouveaux corps professionnels ; Plus de collègues de formation sociale que de soignants, renforcement des équipes éducatives, plus de travail pluridisciplinaire	1,6 %	8
Développement du réseau de soins ambulatoires ; Ouverture d'un HJ ; Fermetures de lits et d'un service d'hospitalisation	1,4 %	7
Remaniements de personnels et créations de postes ; restructuration complète du service (changements d'organisation de une en deux équipes...)	1,0 %	5
Changement de sectorisation, de service, regroupement de secteurs	0,6 %	3
Réorganisation hospitalière liée à la loi HPST	0,2 %	1
2. Turnover important dans l'équipe	8,24 %	42
Turnover, changements des membres de l'équipe, départs non remplacés, changements de planning, changements d'activités (accueil en HJ de patients qui sont sous contrainte, relations avec les parents et non plus seulement les enfants, plus de patients, ...) ; Réorganisation complète du service ; Le personnel ne reste pas.	5,9 %	30

¹ Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.

Catégories thématiques	%	N
Diminution des temps médicaux ; Turnover médical très important ; Départ de psychiatres et psychologues non remplacés faute de candidature ; Diminution de la compétence médicale.	2,0 %	10
Augmentation des astreintes et gardes ; Départs en retraite d'agents chevronnés remplacés par des jeunes sans expérience ; Beaucoup de démission	0,4 %	2
3. Changements jugés excessifs, inadaptés ; Appréhension des changements à venir ; Évolution redoutée	7,84 %	40
Stagnation ou diminution des moyens matériels et humains alors que la file active augmente, augmentation des tâches, moins d'effectifs, plus de travail, moins de qualité de soins, plus de procédures administratives, présence plus importante de l'informatique, dégradation des conditions de travail, équipe sous tension	6,1 %	31
Beaucoup trop de changement, accumulation des changements (plus de mouvements de patients, logiciels, fonctionnement de la pharmacie, de la blanchisserie, etc.)	1,0 %	5
Menace de fermeture	0,4 %	2
Malades plus difficiles	0,2 %	1
Une souffrance de plus en plus grande à tous les étages de l'institution.	0,2 %	1
4. Accumulation de changements	7,25 %	37
Changements répétés dans la hiérarchie : changements de médecins, turnover des cadres de proximité ; restrictions budgétaires et de personnel ; Changements dans la prise en charge des patients ; Dévalorisation du travail soignant ; Non-prise en compte de la relève orale et écrite, avec l'informatisation du dossier de soins du patient ; Suppression d'outils de travail (révision des collaborations, dossiers papiers, salle de sport de l'unité... supprimés, relais des secrétariats médicaux ne permettant plus aux familles de nous joindre, au profit d'agendas informatisés, mise en place de répondeurs...) ; Changements partiels dans l'équipe, conflits dans l'équipe	4,7 %	24
Changements des cadres de santé avec en cascade : déménagements des locaux, modification d'horaire, nouveaux logiciels, nombreuses réorganisations	2,3 %	12
Évolution constante car service universitaire	0,2 %	1
5. Changement d'organisation du travail, de méthodes	7,06 %	36
Changement d'activité, d'horaires, d'affectation	5,5 %	28
Partage de son poste sur plusieurs unités, plusieurs sites différents.	0,8 %	4
Augmentation des missions transversales/gestion/administratif	0,2 %	1
Changement de méthode de travail	0,2 %	1
Utilisation intensive de nouveau logiciels (Cortexte, Pastel, Segallier...)	0,2 %	1
Matériel	0,2 %	1
6. Changement de projets, d'orientation de l'activité, de valeurs, de missions	6,86 %	35
Changement des médecins et d'orientation thérapeutique (moins de contention des patients)	2,9 %	15
Changements de missions, changements de projet, de modèle de pratique utilisé, avec un changement du personnel (infirmiers/éducateur/médecins, changements de locaux et/ou de rattachement administratif)	2,5 %	13
Changement de paradigme : Centration sur les notions de rendement, de contractualisation, de restrictions budgétaires, de rationalisation des effectifs, avec la quantification des actes et l'outil informatique	1,4 %	7
7. Déménagement	3,73 %	19
Déménagements, changement de personnels et changement de responsable médical	2,0 %	10
Changement de domiciliation de la structure, déménagement dans des locaux propres, plus spacieux	1,8 %	9
8. Changement de hiérarchie	2,55 %	13
Changement de médecin responsable	1,2 %	6
Réorganisation de la fonction d'encadrement de proximité et supérieur ; changement de cadres sup. de santé	0,6 %	3
Changement de directeur, de DRH	0,6 %	3
Le psychologue n'a plus de rôle dans l'encadrement (accompagnement) de l'équipe et est passé sous les directives du médecin responsable d'unité	0,2 %	1

Les restructurations de services avec mouvements du personnel sont les changements récents les plus fréquemment cités (21,18 %). Et pour 7,84 % des répondants, les changements organisationnels vécus sont jugés excessifs, inadaptés, et les changements à venir redoutés ; 7,25 % disent avoir vécu une accumulation de changements.

Parmi les différentes sources de tensions au travail (tableau 3) les tensions relatives aux changements du travail ne constituent pas les principales sources de pénibilités citées. Mais elles apparaissent dans 10,78 % des réponses, centrées sur l'inadéquation des moyens mis à disposition de l'hôpital vis-à-vis de ses

missions. Ceux-ci sont perçus comme réduits alors que les demandes de soins sont en augmentation. L'inadéquation des moyens humains et matériels altère les conditions de travail et le sens du travail réalisé.

Les principales tensions citées sont les tensions relatives aux contraintes du travail (32,75 % des réponses). Viennent ensuite (26,08 %) les tensions dans les relations interpersonnelles et collectives, les tensions entre les comportements individuels et le fonctionnement collectif. Ces deux types de tensions génèrent près de 60 % des motifs d'insatisfaction et de pénibilité du travail. Les tensions relatives aux valeurs et exigences des salariés représentent par ailleurs 18,43 % des réponses.

Tableau 3. Analyse thématique des causes de pénibilité au travail (n = 9579)

Catégories thématiques	%	N
0. Sans réponse	11,96 %	61
1. Tensions du côté des contraintes du travail	32,75 %	167
Surcharge de travail : manque de temps de repos entre chaque activité, le travail à la chaîne, la planification de la charge de travail, la vitesse d'exécution des tâches.	7,0 %	36
Épuisement émotionnel dû au travail avec la pathologie mentale, la souffrance, la détresse, les situations sociales très compliquées des patients, des familles ; Mettre en route une relation de confiance.	5,1 %	26
Violence, agressivité des patients, insécurité du lieu de travail.	4,3 %	22
Trop de temps de tâches administratives, répétitives, et l'informatique avec des logiciels chronophages, l'informatisation de tout, les procédures, les protocoles...	3,7 %	19
Le manque de personnel soignant, médecins, ASH	2,7 %	14
Le non-aménagement ergonomique des postes de travail (problèmes de dos, postures et horaires pénibles : travail de nuit, travailler 12 heures d'affilées).	2,7 %	14
Interruption des tâches du fait des sollicitations multiples sans hiérarchisation des priorités.	1,4 %	7
Jongler avec différentes structures ou sites différents où l'on doit intervenir.	1,4 %	7
La multiplication des réunions ; La surcharge des temps de réunions.	1,0 %	5
Ne pas pouvoir adapter les horaires, la rigidité du fonctionnement institutionnel ; Ne pas pouvoir disposer de nos jours de repos comme on le souhaite.	1,0 %	5
Travailler en sous-effectif, avec le non-remplacement des collègues absents.	0,8 %	4
Des tâches particulièrement pénibles : toilettes, tâches ménagères, contentions.	0,6 %	3
Le salaire bas.	0,6 %	3
Les imprévus, les urgences à traiter en plus du reste.	0,2 %	1
Des locaux pas propres, des conditions matérielles d'accueil du public précaires.	0,2 %	1
2. Tensions du côté des relations, des comportements	26,08 %	133
Un défaut de fonction régulatrice du management, des injonctions paradoxales, jeux pervers de certaines personnes qui montent les uns contre les autres, les multiples réorganisations, manque de cohésion dans le management médical, défaut d'un cadre clair et respecté par tous, une chaîne des responsabilités pas claire.	9,8 %	50
Le poids de la hiérarchie, le manque d'écoute, de respect, de considération des besoins des agents et des patients, de la prise en compte de la violence de certains patients dans l'attribution des moyens ; Une communication institutionnelle brutale, toujours dans la pression, l'urgence, le contrôle, le manque d'éthique et de bienveillance.	7,8 %	40
Une ambiance délétère dans l'équipe ; Les conflits relationnels entre collègues ; L'absence de solidarité.	4,7 %	24
Un défaut de connaissance par la hiérarchie de la réalité du terrain, qui conduit à des décisions absurdes.	1,6 %	8
Se sentir isolé du fait de ne pas travailler directement dans l'unité de soins ; Travailler de nuit ; Être le seul de son corps de métier dans son unité.	0,8 %	4
Des collègues peu engagés, qui manquent de compétences et/ou de motivation.	0,8 %	4

Catégories thématiques	%	N
La communication entre les services, entre les différentes structures.	0,4 %	2
Manque de formation au management des médecins.	0,2 %	1
3. Tensions du côté des valeurs et exigences du salarié	18,43 %	94
La bureaucratie envahissante, trop d'administratif, déséquilibre du rapport de force entre administration/ gouvernement et corps soignants, des mécanismes de contrôle de l'activité, du temps de travail, des statistiques, de cotation des actes, de rapports et comptes rendus à rédiger, etc. au lieu de se concentrer sur le patient ; L'hôpital géré comme une entreprise ; La disparition du soin par rapport au profit, à la rentabilité ; Les recommandations ARS.	6,5 %	33
Le poids de l'inertie hospitalière qui ne laisse pas d'autonomie et de liberté aux équipes, la lenteur des réponses, le manque de projet.	5,5 %	28
Absence totale de compréhension du fait clinique par le personnel administratif qui conduit à une maltraitance institutionnelle : pression administrative, incitation à la performance, incompréhension de l'impact émotionnel du travail clinique.	2,0 %	10
Un manque de valorisation et de reconnaissance des compétences et du travail fait.	1,8 %	9
Le manque d'analyse de pratique, de supervision, de temps d'échanges, de retour, de temps pour réfléchir, l'impression d'être sans filet.	1,2 %	6
Tout est trop lourd ; Venir travailler est déjà difficile.	1,0 %	5
Manque de perspective d'évolution de carrière.	0,6 %	3
Le manque de congés pour pouvoir récupérer, prendre de la distance.	0,2 %	1
4. Tensions du côté des changements du travail	10,78 %	55
La réduction des moyens qui altère les conditions de travail et le sens du travail fait ; Inadéquation des moyens humains et matériels par rapport à l'augmentation des demandes de soins (pression de la liste d'attente pour un rdv, manque de moyens pour les accompagnements extérieurs et pour les ateliers thérapeutiques, par exemple).	10,2 %	52
Le manque de formation continue pour évoluer ; Les freins rencontrés par les demandes de formation.	0,4 %	2
Le sentiment que cela ne va pas pouvoir durer et l'inquiétude par rapport à l'avenir.	0,2 %	1
Défaut de rotation des fonctions.	0,2 %	1



Changements, sources de stress et d'épuisement pour le personnel des HP

Le score global moyen de stress des répondants se situe à un niveau élevé (27,9). À l'échelle d'épuisement émotionnel, le score moyen des répondants à notre enquête est modéré, à 22,3. À l'échelle de dépersonnalisation, le score moyen obtenu dans notre étude reste assez bas (6,6). Cependant il faut noter que dans le secteur sanitaire, cette dimension pose problème, même limitée à certaines catégories, car elle est reliée au cynisme et au manque d'empathie. À l'échelle d'accomplissement personnel, le score moyen des répondants à notre enquête est faible (28,7). Les résultats de notre enquête soulignent (*tableau 4*) que le stress est favorisé par les tensions du côté des changements du travail (28,6). C'est également cette catégorie de tensions qui correspond aux scores d'épuisement émotionnel (24,6) et de dépersonnalisation (8,0) les plus élevés. Ce sont en particulier les changements jugés excessifs, inadaptés et les changements à venir redoutés qui sont associés aux scores l'épuisement émotionnel (30,4) et de dépersonnalisation

(7,4) les plus élevés. L'accumulation de changements est associée à des scores élevés en épuisement émotionnel (26,7) et en stress (30,1). Le changement de hiérarchie est à noter également comme favorisant le stress (31,3).

Il apparaît ici que le stress est généré par la combinaison d'un environnement professionnel présentant un déséquilibre. D'une part, les niveaux d'exigences et de sollicitations sont particulièrement hauts. D'autre part, pour y faire face, les ressources disponibles sont perçues comme faibles et encore en situation de dégradation. Ces ressources ne laissent de marge de manœuvre au sujet qu'au prix d'un coût délétère : avoir un sentiment d'impuissance face à des restructurations des services accumulées subies, des priorités de gestions qui ne prennent pas en compte les spécificités de la clinique en psychiatrie et du terrain, et supporter une explosion du temps de travail (même pendant les vacances et le weekend). Pour les personnels en psychiatrie, ce sentiment d'impuissance rend plus difficile la mobilisation des ressources psychiques nécessaires pour contenir l'aliénation subjective des patients, et non pour résonner avec.

Tableau 4. Moyennes et écarts-types des scores obtenus aux indicateurs de stress et d'épuisement professionnel selon les changements perçus

	Stress M(ET) À l'échelle de stress perçu (PSS) ² , un score inférieur ou égal à 21 indique que la personne parvient à gérer son stress, s'adapte, trouve des solutions. Un score entre 21 et 26 correspond au niveau de stress où la personne sait faire face en général mais, peut, dans certaines situations, être submergée par un sentiment d'impuissance et des perturbations émotionnelles. Avec un niveau supérieur ou égal à 27, la personne a le sentiment de subir les situations, impuissante	Épuisement émotionnel M(ET) À l'échelle d'épuisement émotionnel ³ un score est faible s'il est inférieur ou égal à 17, modéré entre 17 et 30, et élevé s'il est supérieur ou égal à 30	Dépersonnalisation M(ET) À l'échelle de dépersonnalisation ³ un score est faible s'il est inférieur ou égal à 5, modéré entre 5 et 12, et élevé s'il est supérieur ou égal à 12	Accomplissement personnel M(ET) À l'échelle d'accomplissement personnel ³ un score est faible s'il est inférieur ou égal à 33, modéré entre 33 et 40, et élevé s'il est supérieur à 40
Score global	27,9 (7,55)	22,3 (11,26)	6,6 (5,89)	28,7 (7,22)
Sources de tensions				
Sans réponse	25,7 (7,38)	18,6 (11,81)	7,5 (6,55)	26,7 (7,28)
Tensions du côté des contraintes du travail	27,4 (7,17)	21,7 (10,76)	6,3 (5,47)	30,4 (6,67)
Tensions du côté des relations, des comportements	29,1 (7,65)	23,9 (10,72)	6,3 (5,63)	27,4 (7,21)

² Pour la PSS, notre cotation se réfère à Cohen S, Kamarck T, & Mermelstein R. (1983) [8].

³ Pour le MBI, notre cotation se réfère à la typologie de Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986) [9].

Tensions du côté des valeurs et exigences du salarié	27,9 (8,09)	22,4 (12,35)	6,0 (5,68)	29,0 (6,90)
Tensions du côté des changements du travail	28,6 (7,26)	24,6 (10,55)	8,0 (7,09)	28,0 (8,22)
Types de changements vécus				
Sans réponse	26,0 (7,16)	18,6 (9,94)	6,9 (5,80)	28,4 (7,13)
Restructuration des services avec mouvement des personnels	29,0 (7,46)	24,5 (10,33)	6,6 (5,44)	28,6 (7,76)
Turnover important dans l'équipe	28,8 (7,79)	23,2 (11,04)	5,3 (5,31)	30,6 (6,97)
Changements jugés excessifs, inadaptés. Appréhension des changements à venir. Évolution redoutée.	30,6 (6,35)	30,4 (12,49)	7,4 (7,17)	27,7 (6,51)
Accumulation de changements	30,1 (8,24)	26,7 (11,26)	6,0 (5,68)	29,1 (7,82)
Changement d'organisation du travail, de méthodes	26,9 (7,65)	20,3 (12,03)	6,4 (6,50)	30,1 (5,96)
Changement de projets, d'orientation de l'activité, de valeurs, de missions	28,2 (7,28)	23,1 (11,87)	7,4 (6,40)	28,2 (6,97)
Déménagement	26,4 (7,77)	19,4 (8,23)	5,1 (6,01)	29,2 (6,42)
Changement de hiérarchie	31,3 (8,95)	23,5 (13,12)	5,3 (5,67)	25,1 (9,14)

Discussion

Changements répétés et dégradation du sentiment d'accomplissement personnel

La faiblesse du sentiment d'accomplissement est associée à trois types de tensions : les tensions du côté des relations et comportements, ainsi que les tensions relatives aux changements jugés excessifs, inadaptés, mais aussi encore à venir et redoutés, et les changements de projets, d'orientation de l'activité et de valeurs. En particulier, les tensions dues à des changements de hiérarchie sont associées à des scores d'accomplissement personnel bas. La hiérarchie hospitalière est souvent perçue comme imposant ses décisions, sans concertation. La disponibilité auprès du patient est en particulier vécue comme non reconnue par ces choix gestionnaires. À terme, cela peut se révéler négatif pour la qualité des soins, en même temps que constituer un facteur d'un stress supplémentaire [11]. Cela se traduit par un sentiment de ne pas compter et de doute. Les indicateurs de ce malaise sont facilement observables [12] : l'augmentation des congés de maladie et des démissions, l'ambiance maussade dans les équipes, une hyperactivité sous forme de multiplication de nouveaux objectifs, règlements ou tâches administratives. Pertes

et sentiments amers s'additionnent liés à la perception de dysfonctionnements dans l'organisation du travail et du management de l'hôpital. Les suppressions d'activités de loisirs avec les patients, de temps d'échanges et de soutien relationnel, des temps de relèvement entre équipes nourrissent le sentiment de mal faire son travail. Faute de temps mis dans la relation aux patients, ces changements risquent ne plus permettre de construire les savoir-faire de prudence indispensables en psychiatrie, pour une prévention de la violence.

Changements répétés et risque d'épuisement

Nos résultats montrent que le stress est favorisé par l'accumulation des changements, jugés excessifs, inadaptés, et continus, notamment par les restructurations des services avec mouvements des personnels et tensions relationnelles. Les pressions sont accrues par le manque de personnel et le turnover. Ce stress associé aux changements organisationnels répétés engendre des processus psychologiques adaptatifs déjà identifiés dans la littérature sur le vécu subjectif de menace sur sa liberté et l'état de tension ou de motivation réactionnelle suscitée par cette menace, appelée : réactance psychologique. Lorsque l'individu ne peut réduire la forte incertitude à laquelle il est confronté

[13], il va, au fil du temps, se trouver plongé dans un état mental d'épuisement cognitif caractérisé par une baisse générale de l'activité d'élaboration cognitive [14]. Des travaux sur l'impuissance acquise [15] ont montré que l'exposition à des situations de privation de contrôle entraînait une diminution des performances des sujets, confrontés à une nouvelle tâche. Cette baisse de performance est surtout provoquée par une baisse générale du niveau de motivation des individus (d'où une inflation des absences et du turnover qui accroît encore la pression sur ceux qui restent au poste). Toutefois, après une forte exposition à la privation de contrôle, les sujets ne se résigneraient pas systématiquement. Ils peuvent aussi tenter activement d'échapper à cette situation par des stratégies cognitives et comportementales simplifiées (en raison de leur faible disponibilité en ressources cognitives en situation d'épuisement). Et paradoxalement, des études [16, 17] ont constaté que des sujets privés de contrôle peuvent être plus investis dans la tâche. C'est l'hypothèse d'un double processus, où la privation de contrôle, à la fois, active une motivation pour restaurer son sentiment de contrôle et réduit les ressources attentionnelles ou cognitives des sujets, soit par occupation cognitive, soit par épuisement cognitif. La mobilisation des ressources cognitives dans les premiers temps de contact avec la privation de contrôle pourrait avoir pour effet d'entraîner une amélioration des performances. Mais dans un deuxième temps, si le problème ne peut être résolu, l'attention de l'individu va être déplacée de la tâche vers d'autres cognitions liées à l'anxiété : nourrir des inquiétudes et douter de soi, ou mobiliser des processus d'autorégulation comme l'attribution externalisée pour expliquer l'échec, ou la distraction pour ne plus y penser. Thillman-Kohl [18] avait déjà souligné, chez les personnels des hôpitaux psychiatriques face à des changements constants, le développement d'un manque de confiance et d'un sentiment d'incertitude quant à l'avenir.

Conclusion

La perception de son impuissance dans son travail et l'accueil des changements avec appréhension et sentiment de colère sont présents dans les réponses à notre enquête. L'épuisement émotionnel n'est pas à concevoir seulement comme un processus qui s'auto-alimente dans la combinaison d'un certain type d'engagement relationnel et d'efforts requis pour apporter un soutien émotionnel. Nos résultats indiquent qu'il n'est pas non plus limité par l'engagement dans une relation d'aide et d'empathie directe. Un contexte comme celui de l'hôpital psychiatrique correspond à un environnement de changements cumulés et engendre des tensions supplémentaires. Les nombreuses restructurations et

nouveaux dispositifs gestionnaires posent encore plus d'exigences aux personnels : maintenir un niveau de performance au niveau des opérations courantes et en même temps, d'intégrer les changements de pratiques, d'habitudes et de comportements. Cette complexification peut conduire à nourrir des frustrations et à développer une certaine résistance vis-à-vis des projets mis en œuvre. Dans un tel contexte, toute nouvelle annonce de changement est perçue sur le mode de l'appréhension dans un environnement où la défiance semble déjà ancrée. Pour décristalliser des représentations déjà installées de longue date, mettre en place une gouvernance partagée et des groupes de pratiques réflexives seraient des outils précieux à développer.

Liens d'intérêts les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

Références

1. Rivière A, Commeiras N, Loubès A. Nouveau Management Public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé. *Revue de gestion des ressources humaines* 2019 ; 112 : 2 : 3-20.
2. Adriaenssens J, Hamelink A, Van Bogaert P. Prédicteurs du stress et du bien-être au travail chez les infirmières gestionnaires de première ligne : étude transversale. *Revue internationale d'études infirmières* 2017 ; 73 : 85-92.
3. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer publishing company, 1984.
4. Lemyre L, Tessier R. Measuring psychological stress. Concept, model, and measurement instrument in primary care research. *Canadian Family Physician* 2003 ; 49 : 1159.
5. Karasek RA, Theorell T. *Healthy Work : Stress, Productivity and the Reconstruction of the Working Life*. New York : Basic Books, 1990.
6. Maslach C. Burnout : A multidimensional perspective. In : Maslach C. *Professional burnout*. Boca Raton : CRC Press, 2018. pp. 19-32.
7. Douillet P. *Prévenir les risques psychosociaux : outils et méthodes pour réguler le travail*. Lyon : Éditions de l'ANACT, 2013.
8. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983 ; 385-96.
9. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB, Schwab RL. *Maslach burnout inventory : Manual* (2nd éd.). Palo alto, CA : consulting psychologists press Inc, 1986.
10. Courty B. *L'épuisement professionnel des soignants en gériatrie*. Sarrebruck : Éditions universitaires européennes, 2010.
11. Lhuillier D. Les « risques psychosociaux » : entre rémanence et méconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie* 2010 ; 2 : 11-28.
12. Scott WR, Davis GF. *Organizations and organizing : Rational, natural and open systems perspectives*. New York : Routledge, 2015.
13. Kofta M, Sedek G. Uncontrollability as irreducible uncertainty. *European Journal of Social Psychology* 1999 ; 29 (5-6) : 577-590.
14. Von Hecker U, Sedek G. Uncontrollability, depression, and the construction of mentale models. *Journal of Personality and Social Psychology* 1999 ; 77 (4) : 833.
15. Ric F. L'impuissance acquise (*learned helplessness*) chez l'être humain : une présentation théorique. *L'année psychologique* 1996 ; 96 (4) : 677-702.
16. D'agostino PR, Pittman TS. Effort expenditure following control deprivation. *Bulletin of the Psychonomic Society* 1982 ; 19 (5) : 282-3.
17. Swann WB Jr, Read SJ. Self-verification processes : How we sustain our self-conceptions. *Journal of Experimental Social Psychology* 1981 ; 17 : 351-372.
18. Thillman-Kohl S. La souffrance institutionnelle : réflexions cliniques sur une structure asilaire en mutation. *Cahiers de psychologie clinique* 2004 ; 23 (2) : 171-198.