

**Gestion et utilisation des ressources  
humaines dans six établissements  
de santé spécialisés en psychiatrie**

**Rapport définitif**

**Tome I/III - Rapport**

*présenté par :*

*Hélène STROHL, Jean-Paul BASTIANELLI,*

*Gérard LAURAND et Christian PLANES-RAISENAUER*

*Membres de l'Inspection générale des affaires sociales*

*Rapport n°2007-033P  
Juillet 2007*

**Gestion et utilisation des ressources  
humaines dans six établissements  
de santé spécialisés en psychiatrie**

**Rapport définitif**

**Tome I/III - Rapport**

*présenté par :*

*Hèlène STROHL, Jean-Paul BASTIANELLI*

*Gérard LAURAND et Christian PLANES-RAISENAUER*

*Membres de l'Inspection générale des affaires sociales*

*Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.  
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.*

*Rapport n°RM2007-033P  
Juillet 2007*

## Sommaire

### **Tome I/III**

Rapport définitif .....01 à 61

**Réponses de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et observations, en retour, de l'Inspection générale des affaires sociales**

**Ce rapport a été transmis pour contradictoire auprès de la direction générale de la santé et la direction de la sécurité sociale. Il n'a fait l'objet d'aucune observation de leur part.**

### **Tome II/III**

Annexes .....01 à 89

### **Tome III/III**

Rapport sur l'utilisation du temps un jour donné dans trois C.H.S. (personnels médicaux et personnels soignants) .....01 à 143

Une mission de contrôle de six établissements hospitaliers spécialisés, sous l'angle de la gestion des ressources humaines a été inscrite au programme annuel de l'Inspection générale des affaires sociales.

Cette mission a été effectuée dans les établissements de Bassens, Evreux, Pierrefeu-du-Var, Thuir, Ville-Evrard et à l'Institut Marcel Rivière à la Verrière (PSPH de la MGEN).

L'Inspection a contrôlé dans chacun des CHS les procédures de gestion du personnel, mais aussi les stratégies sur lesquelles elles s'appuient. Le présent rapport ne reprend pas le contrôle des différentes fonctions de gestion des ressources humaines, recrutement, contrats, paie, temps de travail, gardes, formation, absentéisme. Les remarques à faire sur ces différents sujets sont consignées dans les rapports de contrôle des sites. De manière générale, il faut constater qu'il n'y a pas de dysfonctionnement majeur dans la gestion au jour le jour des ressources humaines, sinon les laxismes habituels dans l'application de certaines réglementations.

Le présent rapport traite des modalités d'attribution, de gestion et d'utilisation des ressources humaines dans leur acception générale et leurs implications en termes de santé publique.

### **1 – L'application des nouvelles procédures budgétaires et comptables aux établissements psychiatriques pose problème.**

En effet, le système de la T2A et de l'EPRD vise à encadrer les établissements hospitaliers dans une procédure budgétaire dans laquelle on détermine un montant de recettes, à partir d'une tarification de l'activité, l'établissement étant responsable de l'adaptation des dépenses (coût de l'activité) à ces tarifs. Mais en psychiatrie, il n'existe à ce jour pas de système de tarification de l'activité.

Les systèmes de régulation antérieurs n'avaient jamais abouti à une harmonisation des ressources entre régions et entre établissements. La mission a ainsi constaté des différences importantes en termes de nombre de lits et places offerts ainsi qu'en nombre de personnels médicaux et non médicaux. Le nombre de psychiatres (ou faisant fonction) est ainsi de 4,8 ETP à Evreux, 5,2 ETP à l'IMR, 15 ETP à Thuir et Bassens, voire 18 ETP à Ville-Evrard pour 100 000 habitants. Ces disparités sont accentuées par les difficultés de recrutement : les établissements, et à l'intérieur de ceux-ci les secteurs, les moins bien pourvus perdent toute attractivité.

Quand bien même il existe une volonté au niveau national de procéder à des redéploiements, force est de constater que la connaissance fine de l'activité des CHS fait défaut. Le système du PMSI, expérimenté dans deux des établissements contrôlés, a échoué dans la production d'une information simple, fiable et utilisable pour valoriser une activité, comme pour en comprendre le fonctionnement. Il faut dire que le système aboutissait à recueillir plus de 200 items, et qu'il s'est avéré impossible d'effectuer des corrélations significatives entre groupes de malades et activité. De plus, les données recueillies sur l'activité des secteurs (par la DREES), d'une part sont traitées avec un certain délai de latence (la mission a travaillé sur une enquête effectuée en 2000) et sont trop disparates pour servir de base à une analyse du fonctionnement au niveau local.

La mission a fait une analyse détaillée de l'activité et de l'organisation du travail dans deux secteurs de chaque établissement. (dans chaque structure les différents types de professionnels ont été interrogés sur leur activité).

De manière générale, il apparaît partout un défaut dans l'articulation du projet médical avec le projet de soins et en général avec le projet d'établissement. Les moyens ne sont jamais appréciés en fonction de l'activité exercée et souhaitée.

Les budgets sont reconduits d'année en année, avec des augmentations déterminées de manière très empirique, en fonction des enveloppes disponibles au niveau régional.

## **2 - Au niveau de chaque établissement, la mission a constaté un défaut de pilotage.**

La fonction ressources humaines n'est pas bien identifiée au sein des établissements. Elle est partagée entre la DRH proprement dite, qui n'est souvent responsable que de la gestion statutaire, la direction, pour la gestion des médecins et la direction des soins infirmiers, pour l'organisation du travail soignant.

S'ajoute à cet éclatement, celui entre secteur : la coopération intersectorielle, pour des problèmes spécifiques (urgences, gardes, recherche) ou des populations particulières (adolescents, psycho-gériatrie...) n'étant pas gérée par l'établissement.

La réforme de la gouvernance hospitalière n'est pas adaptée aux missions de la psychiatrie publique et à leur organisation. Les services y sont en effet des secteurs, c'est à dire les cadres d'une intervention territorialisée, partenariale et largement extrahospitalière. De plus, ils ne sont pas complémentaires, mais plus ou moins identiques. La notion de pôle reste donc abstraite. Par ailleurs, le Conseil exécutif n'est pas parvenu à incarner, dans le CHS où il a été installé, une instance de pilotage collégial, réunissant des professionnels différents dans une posture décisionnelle et non pas d'affrontement consultatif.

Cette absence de ligne et de cadre, insécurisante pour les professionnels et les usagers, est renforcée par le déficit de management à tous les niveaux. Du fait des vacances de postes, mais aussi d'une propension à privilégier une activité de clinique, trop de médecins, notamment les chefs de service ne consacrent pas assez de temps à l'encadrement des unités. Pour que celui-ci soit efficace, il est nécessaire que le binôme médecin chef de service - cadre supérieur de santé fonctionne bien, ce qui est parfois empêché, par l'absence d'entente entre les deux ou le défaut de capacité manageriale de chacun. Pourtant, les échanges interprofessionnels, le travail en équipe, les évaluations collectives sont en psychiatrie essentielles. D'autant plus que, du fait du raccourcissement des durées de séjours hospitaliers, chaque structure fait face à des patients dont l'état nécessite une densité de soins plus importante. C'est la cohésion de l'équipe et l'utilisation bien pensée des ressources soignantes qui sont nécessaires plus qu'un accroissement non calibré des moyens.

## **3 – L'évolution des moyens consacrés à la psychiatrie hospitalière est difficile à apprécier.**

Sur l'ensemble des CHS, le nombre de personnels non médicaux est passé de 78 954 ETP à 81 260 ETP entre 1997 et 2003 (+ 3%). Cette progression est toutefois nettement moins importante que celle de la file active des malades (à Ville-Evrard par exemple, entre 2000 et

2005, la file active a augmenté de 5% pour l'hospitalisation à temps plein et de plus de 20% pour l'ensemble).

Cette augmentation des postes a cependant été consacrée, en totalité, voire plus, à la mise en œuvre de la RTT en général, mais aussi à des réductions importantes de temps de travail des médecins, consécutives à l'application des réglementations sur les gardes.

Dans certains établissements la comparaison entre le temps de travail théorique (le nombre d'heures financées selon la réglementation) et le temps de présence effectif fait apparaître des « déficits » pouvant atteindre 15% de ce temps. S'agissant des médecins, la diminution du temps de présence médicale entre 2001 et 2005 est bien plus importante, dans certains cas de l'ordre de 20%.

Ces aménagements des conditions de travail, menés sans rigueur et sans attention à l'utilisation des deniers publics, ont conduit dans certains cas à des situations injustifiables, qui entachent la réputation de la psychiatrie publique. A Ville-Evrard, les médecins quittent l'établissement à 17h, laissant les équipes à la garde d'un médecin dit « de permanence » à une heure de grand risque d'agressivité des malades. C'est dans cet établissement aussi qu'une organisation des gardes, que ne justifie pas l'activité nocturne ou dominicale, aboutit à « geler » plus de 15 postes de praticiens hospitaliers.

A Evreux comme à l'Institut Marcel Rivière, la baisse des ressources médicales, mais aussi celle des personnels infirmiers aboutit à une sur-hospitalisation du fait du faible dynamisme de la psychiatrie ambulatoire.

Il est donc indispensable que les moyens soient désormais attribués en fonction d'un projet de soins des établissements, qui allie une application rigoureuse de la réglementation et une organisation du travail plus efficiente.

Pour mieux assurer celle-ci, il sera nécessaire de repenser la formation et les fonctions dévolues aux différents professionnels dans une optique de coopération interprofessionnelle. A cet effet, c'est la qualification des équipes qui doit primer sur une spécialisation souvent corporatiste. Par exemple, la mission estime qu'il faut adapter le statut et le cursus de formation et de carrière des psychologues, pour mieux utiliser leurs compétences et les intégrer dans les équipes.

#### **4 – Il est nécessaire que chaque établissement fasse l'objet d'une analyse fine de ses ressources en fonction de l'activité qu'il doit mener**

Pour gérer mieux les ressources humaines et adapter leur utilisation aux besoins de la psychiatrie de secteur des années à venir, pour travailler en réseau et en équipe, pour mener de front des interventions sectorielles et intersectorielles au niveau de l'établissement, il est nécessaire que chaque établissement fasse l'objet d'une analyse fine de ses ressources en fonction de l'activité qu'il doit mener et qu'il mène. Il faut donner un sens aux moyens demandés et octroyés.

Pour sa part et sans porter de jugement de valeur sur la légitimité des activités réalisées, la mission a réalisé une analyse pour quantifier en pourcentages les différents temps qui composent le temps de présence effective des professionnels :

- le « temps personnel » qui ne concerne que l'agent : temps à l'arrivée pour l'habillage et la prise de fonction, temps de repas (s'il n'est pas thérapeutique) pause ;
- le temps de « présence directe auprès du malade », en distinguant les temps consacrés aux soins et aux activités thérapeutiques et ceux pour le nursing et les tâches logistiques ;
- le temps de « présence indirecte auprès des malades » qui regroupe les temps utilisés pour les synthèses, les transmissions, les réunions formelles ou informelles, les contacts avec les familles, la gestion des dossiers, le téléphone, les tâches administratives ;
- le temps « institutionnel » consacré aux réunions des instances officielles, aux visites de structures extérieures.

Cette approche permet d'apprécier l'utilisation du temps de présence et la répartition, la diversité et le volume des activités réalisés.

Au niveau national, il faut mettre en place une procédure d'attribution des moyens fondée sur des indicateurs peu nombreux, mais robustes. Le nombre d'habitants, pondéré par la densité de psychiatres privés, celle de l'habitat et un indicateur de difficultés sociales, pourrait servir à déterminer l'offre de service minimale de chaque secteur ou intersecteur.

Les moyens supplémentaires devraient être accordés en fonction de l'activité réalisée, évaluée à partir d'une très petite série d'items (temps d'hospitalisation, nombre d'entrées, de sorties à moins d'un mois, à plus d'un mois ; nombre de venues dans les structures ambulatoires ; amplitude et densité d'activités offertes dans les structures de type CATTP) et éventuellement complétée par des engagements de service : d'amplitude, d'actions de prévention, de réseau...

Les problèmes de pénurie de psychiatres et d'infirmiers psychiatriques doivent être anticipés par une série de mesures :

- réformer l'accès à la spécialité en restituant une voie d'accès en cours de carrière qui soit une formation de qualité équivalente à la formation initiale ;
- augmenter les attributions des psychologues, en leur permettant dans certains cas d'effectuer des actes jusque là réservés aux médecins ;
- offrir aux professionnels soignants, en complément de leur formation de base, paramédicale ou socio-éducative, une formation en alternance de spécialité, interprofessionnelle et axée sur le travail collectif ;
- ouvrir une formation de manager de structure psychiatrique à des cadres intermédiaires, de type cadre supérieur de santé, psychologue, cadre socio-éducatif.

Comme d'autres rapports de l'IGAS l'ont préconisé récemment, il est temps de refonder la psychiatrie publique en abordant de manière globale les questions de droits des malades, de besoins des familles, d'organisation des soins et de la prévention, de formation et de statut des professionnels et d'allocation des moyens financiers. Et ce en associant les professionnels de terrain, les experts et les décideurs, de manière à ne pas être obligé de légiférer dans l'urgence et sous la pression politique et médiatique.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>PARTIE 1 – L’ATTRIBUTION DES MOYENS AUX ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES N’OBEIT A AUCUNE REGLE COHERENTE.....</b>	<b>7</b>
11 – LA TARIFICATION À L’ACTIVITÉ NE S’APPLIQUE PAS À LA PSYCHIATRIE, QUI SE VOIT FIXER DES MOYENS SANS RÉELLE MÉTHODE.....	7
111 – <i>La méconnaissance de l’activité ne permet pas de prévoir des recettes.....</i>	7
112 – <i>Les systèmes de régulation antérieurs ont échoué à harmoniser les ressources entre établissements</i>	8
1121 - L’harmonisation des moyens entre établissements n’a pas abouti.....	8
1122 - La détermination des effectifs selon le mode ancien ne fonctionne plus.....	9
12 - LES DONNÉES SUR L’ACTIVITÉ RECUEILLIES DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS NE PERMETTENT PAS DE SERVIR DE BASE À UNE TARIFICATION .....	10
121 - <i>Même effectué de manière très précise, le suivi actuel des activités ne permet pas d’estimer les moyens en personnels nécessaires.....</i>	10
122 - <i>Ces données disparates ne peuvent pas servir de base à une tarification.....</i>	11
123 - <i>Le suivi des activités n’est pas adapté à l’extra hospitalier.....</i>	11
124 – <i>La détermination des moyens nécessaires n’est pas articulée avec le projet d’établissement .....</i>	12
13 - CONCLUSION : IL EST DIFFICILE D’APPRÉCIER LA BONNE ALLOCATION DE MOYENS EN PSYCHIATRIE .....	13
<b>PARTIE 2 - UNE FONCTION GESTION DES RESSOURCES HUMAINES AU FIL DE L’EAU .....</b>	<b>15</b>
21 - LA FONCTION DE DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES N’EST PAS BIEN IDENTIFIÉE .....	15
211 - <i>Au niveau de la direction, pas de personne responsable pleinement des ressources humaines.....</i>	15
2111 – C’est le directeur général qui est responsable des grandes décisions en matière de gestion des ressources humaines .....	15
2112 – La DRH est souvent exercée sans articulation avec la DSI (direction du service infirmier).....	16
2113 - Au CHS de Thuir, la collaboration entre la DRH et la DSI paraît exemplaire .....	16
2114 – La DRH n’a pas de prise sur les médecins.....	17
212 - <i>La fonction DRH est comprise de manière restrictive.....</i>	17
22 - LA GOUVERNANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES N’EST PAS CLAIREMENT ORGANISÉE ....	18
221 - <i>Le fonctionnement de l’établissement psychiatrique requiert un mode de gouvernance spécifique</i>	19
2211 – Des spécificités qui n’ont pas été prises en compte dans la nouvelle gouvernance .....	19
2212 – Une mise en œuvre qui reste souvent formelle .....	20
2213 – La mise en place d’une nouvelle gouvernance suppose d’autres approches .....	21
222 – <i>Fractionnement voire absence de pilotage du travail collectif.....</i>	21
223 – <i>Une absence de cadre sécurisant .....</i>	22
23 - LA FONCTION MANAGERIALE N’EST PAS TOUJOURS BIEN EXERCÉE .....	23
231 – <i>Il n’y a ni lieu ni fonction de management pour l’établissement.....</i>	23
2311 – Un manque de vision globale et interprofessionnelle .....	23
2312 - Une communication interne insuffisante.....	24
232 – <i>L’importance d’un binôme chef de service/cadre supérieur de santé .....</i>	25
2321 – L’importance du cadre supérieur de santé n’est pas toujours reconnue .....	25
2322 - La collaboration entre le chef de service et le cadre supérieur peut être un facteur de grande qualité.....	26
2323 - Le temps consacré au management et à l’animation des équipes n’est pas du temps perdu.....	26
2324– Indépendance et travail collectif.....	27
233 - <i>La place très faible des usagers et de leurs familles .....</i>	28
<b>PARTIE 3 - DES RESSOURCES HUMAINES UTILISEES SANS CADRE D’ANALYSE ET DE CONNAISSANCE.....</b>	<b>31</b>
31 – LE MANQUE DE MOYENS SEMBLE DÛ AUTANT À UN DÉFAUT QUALITATIF QUE QUANTITATIF.....	31
311 – <i>Une augmentation apparente des moyens .....</i>	31
3111 – Une augmentation limitée.....	31
3112 – Une réduction qui pourrait s’avérer coûteuse .....	32



312 - <i>L'augmentation des moyens ne s'est pas traduite par une plus grande intensité soignante</i> .....	33
3121 - Le temps de travail "perdu" par l'instauration de l'ARTT et de diverses autres réglementations n'a pas été compensé par l'augmentation des effectifs .....	33
3122 - Des heures supplémentaires mal distribuées, des plannings mal gérés .....	35
3123 - Le temps médical disponible auprès des patients est largement inférieur aujourd'hui à ce qu'il était avant les réformes de 2003 .....	35
313 - <i>La situation de certains secteurs est critique</i> .....	37
314 - <i>Des réformes mal menées</i> .....	38
3141 - Les différentes réformes du statut des personnels, notamment celles liées au temps de garde et à la RTT ont été faites sans réflexion d'ensemble sur l'efficacité des organisations de travail .....	38
3142 - Dans certains cas, l'institution du compte épargne temps représente une "bombe à retardement" .....	39
32 - LES MÉTIERS ONT PEU ÉVOLUÉ, ALORS QUE LES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL LE REQUÉRAIENT .....	40
321 - <i>Pas de consensus sur la participation des différentes professions à l'activité d'un service de psychiatrie</i> .....	40
322 - <i>La nostalgie du cadre s'estompe</i> .....	41
323 - <i>Une analyse des activités réalisées montre la diversité de l'allocation des temps, à l'intérieur d'une même profession</i> .....	42
324 - <i>Un manque de réflexion sur l'évolution des métiers</i> .....	45
3241 - Agents des services hospitaliers et aide-soignants : un mépris injustifié .....	45
3242 - Psychologues : une intégration dans les équipes difficile .....	46
3243 - Assistantes sociales : une approche bureaucratique de leur fonction .....	48
3244 - De "nouveaux métiers" peuvent être utiles .....	49
33 - UNE GESTION DES EMPLOIS ET DES COMPÉTENCES ENCORE BALBUTIANTE .....	50
331 - <i>Pas de suivi ni d'anticipation des évolutions démographiques</i> .....	50
332 - <i>Quelle GPEC pour la psychiatrie ?</i> .....	50
<b>PARTIE 4 – APPRECIATION GENERALE, PROPOSITIONS</b> .....	<b>52</b>
41 - NI DÉSERT, NI CHAOS, LA GRH EN PSYCHIATRIE NE SOUFFRE PAS DE DYSFONCTIONNEMENTS SPÉCIFIQUES .....	53
411 - <i>Un laxisme constaté dans certains endroits doit être corrigé avant l'octroi de tout moyen supplémentaire par l'ARH</i> .....	53
412 - <i>Donner un sens aux moyens demandés et octroyés</i> .....	54
42 - LES SPÉCIFICITÉS DU SOIN PSYCHIATRIQUE DOIVENT ÊTRE PRISES EN COMPTE .....	54
421 - <i>Adapter l'appareil de soins n'est pas stigmatiser les malades mentaux</i> .....	54
422 - <i>Favoriser le dialogue professionnel – Construire des projets d'établissements en partant de l'analyse de l'existant</i> .....	55
423 - <i>Avoir des établissements de taille raisonnable</i> .....	56
43 - REVOIR LES STATUTS DES DIFFÉRENTS PERSONNELS .....	57
431 - <i>Répondre aux problèmes urgents de pénuries de soignants</i> .....	57
4311 - Si le manque de psychiatres n'est pour l'instant pas catastrophique, des mesures préventives doivent être prises .....	57
4312 - La réforme du mode d'acquisition du titre de psychiatre doit être envisagée .....	58
4313 - Les psychologues peuvent ils remplacer les psychiatres et à quel prix ? .....	58
432 - <i>Compléter les équipes d'infirmiers par d'autres professionnels</i> .....	59
4321 - Des compétences spécifiques : l'entretien infirmier et les transmissions .....	59
4322 - Infirmiers et travailleurs sociaux : une coupure parfois artificielle .....	59
433 - <i>Réfléchir à la question des professions en psychiatrie de manière globale</i> .....	59
44 - CONSTRUIRE UN INSTRUMENT ROBUSTE POUR ÉVALUER LES MOYENS NÉCESSAIRES AUX ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES .....	60
45 - COMMENT METTRE EN ŒUVRE .....	61

## INTRODUCTION

L'Inspection générale des affaires sociales a inscrit à son programme de travail 2006 la question de la gestion et de l'utilisation des ressources humaines dans six établissements psychiatriques.

La mission composée de Hélène Strohl, Jean-Paul Bastianelli, Gérard Laurand, Christian Planes-Raisenaer a contrôlé les établissements de Ville-Evrard (Seine Saint-Denis), Evreux (Eure), Thuir (Aude), Pierrefeu-du-Var (Var), Bassens (Savoie) et l'Institut Marcel Rivière (Yvelines), établissement privé participant au service public hospitalier, géré par la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN).

Dans chacun de ces établissements, une mission composée de deux inspecteurs généraux a contrôlé l'exercice de la fonction "gestion des ressources humaines", l'utilisation de ces moyens rapportés à l'activité de l'établissement et à son offre de service. Il s'agissait d'analyser comment chacun de ces établissements mobilisait les moyens humains financés et disponibles et ensuite d'apprécier la nature du service rendu par ces soignants, médecins et non-médecins.

Ces items ont été contrôlés tant au niveau de l'établissement lui-même, du point de vue budgétaire et comptable (Direction des Finances) de la gestion des ressources humaines (Direction des Ressources Humaines) de l'affectation des personnels (Direction des Soins Infirmiers) qu'au niveau du projet d'établissement (projet médical et projet d'établissement), et des secteurs puisque deux secteurs ont été investigués de manière plus approfondie dans chaque établissement.

C'est donc à une vision très complète et globale de la gestion des ressources humaines que s'est attachée l'Inspection : analyser les moyens financés, disponibles et leur utilisation, métiers par métiers et structure par structure, mais également du point de vue du service rendu aux malades selon le management et l'organisation des équipes et de l'utilisation du temps au niveau des secteurs et des collaborations au niveau de l'établissement.

Six rapports de site, soumis à procédure contradictoire ont été rédigés.

La présente synthèse reprend les constats et les conclusions qui peuvent avoir des effets sur la politique de santé publique en psychiatrie, tant du point de vue de l'amélioration du fonctionnement des établissements que d'une meilleure allocation des moyens.

Mais avant de rendre compte des constats et analyses faits sur place, il faut replacer la question dans celle de l'évolution générale de la psychiatrie publique.

*" Sous camisole chimique, les malades mentaux, après des siècles d'enfermement, ont pu enfin rentrer chez eux, et, à condition de traitement, ne représentent plus de danger pour eux-mêmes ni pour les autres. ... Crise économique oblige, les pouvoirs publics profitent alors des progrès de la médecine et des idées généreuses des philosophes pour serrer mesquinement les cordons de la bourse : l'ouverture des hôpitaux psychiatriques se traduit par des fermetures drastiques de lits... un mouvement en trois temps fait valser les places disponibles dans les*

*structures spécialisées... Ce raccourci historique rend compte d'une situation réelle hallucinante, à laquelle les hommes et les femmes de l'art sont obligés de faire face tous les jours. Avec des dispositifs de soins restreints voire indigents, ils ne peuvent plus répondre à leur mission de santé publique et sous prétexte du respect de leurs droits, les patients sont abandonnés à leur triste sort... les fous sont aujourd'hui dans la rue ou en prison... ”*

Cet article, paru dans un hebdomadaire<sup>1</sup>, au lendemain d'un meurtre cannibale à Rouen, procède comme souvent par amalgame et méconnaissances de l'histoire.

Oublieux de la date somme toute récente de création des asiles psychiatriques (les “ hôpitaux ”) à l'instigation d'Esquirol, qui à la suite de Pinel, affirmait que l'aliénation était une maladie curable, par un traitement “ moral ”, administré sous la direction de médecins.<sup>2</sup> C'est pourquoi, pour signifier le passage du traitement de la folie du domaine profane (police et enfermement) au domaine médical (accueil et soins) Esquirol proposait “ *qu'on donnât à ces établissements un nom spécifique qui n'offre à l'esprit pas d'idée pénible ; je voudrais qu'on les nommât asiles* ”.

Oublieux de l'histoire, mais aussi de la réalité, ces défenseurs de la psychiatrie, qui ignorent le visage actuel de la psychiatrie publique : l'unité d'hospitalisation, située dans un des grands établissements bâtis tout au long du siècle dernier, ne représente, pour chaque secteur, c'est à dire chaque service attaché à un territoire en moyenne de 100 000 habitants, qu'une part, en décroissance, de son intervention. Pour ne citer qu'un exemple, un des établissements contrôlés, le Centre hospitalier spécialisé de Ville-Evrard qui offrait 2000 lits en 1970 (contre une centaine à sa création en 1875) n'en comptait plus que 355 en 2007, dont la moitié environ seulement sur le site originel de Neuilly-sur-Marne. Mais, font partie aussi de cet établissement, plus de 90 structures psychiatriques, des hôpitaux de jour et de nuit, des services d'accueil familial spécialisé, un service d'hospitalisation à domicile, des centres médico-psychiatriques, des centres d'accueil à temps partiel. Et si l'on se réfère à l'évolution de la file active, c'est à dire au nombre de personnes qui recourent aux services de l'établissement, celle-ci a augmenté quel que soit le mode de prise en charge, de plus de 5% pour les patients hospitalisés à temps complet, de plus de 26% pour ceux pris en charge à temps partiel et de plus de 11% pour ceux suivis en ambulatoire, dans les cinq dernières années.

L'image catastrophique, qui induit des difficultés de la psychiatrie à prendre en charge les personnes souffrant de troubles mentaux et commettant des délits et crimes ainsi que de la forte proportion de personnes souffrant de troubles mentaux parmi les personnes sans domicile fixe ou très marginalisées, l'idée qu'il n'y aurait plus en France, ni psychiatre, ni établissements psychiatriques et que les près de 600 000 personnes souffrant de troubles de type schizophrénique seraient sans soins, “ *dans la rue ou en prison* ” est une contre vérité.

La France a toujours le taux de psychiatres le plus élevé en Europe, 18 psychiatres pour 100 000 habitants, contre 13 en Allemagne et 4 au Royaume Uni. Même si leur répartition entre les régions ou entre les départements est inégale, même si un certain nombre d'entre ceux qui avaient choisi la psychiatrie publique s'installent en libéral, même si enfin les perspectives démographiques de cette profession ne sont plus à la hausse et qu'il ne sera pas

<sup>1</sup> Marianne, semaine du 15 au 20 janvier.

<sup>2</sup> Inspirateur de la loi de 1838, Esquirol proposait au ministre de l'Intérieur, dès 1817 la construction de vingt établissements publics spéciaux, uniformément répartis à travers toute la France et qui constitueraient des outils nettement plus efficaces que les quartiers existant au sein des hôpitaux généraux et des dépôts de mendicité.

possible de maintenir le même ratio d'encadrement médical, la situation n'est ni de pénurie, ni de rationnement.

Il faut le dire, la sectorisation, c'est à dire l'implantation de structures de proximité, alternatives à l'hospitalisation a été d'abord un mouvement clinique, une nouvelle manière de soigner, rendue possible par les découvertes chimiothérapeutiques (neuroleptiques, antidépresseurs, tranquillisants...) mais aussi par une attention plus grande au patient dans son environnement et à la réhabilitation de ses capacités cognitives et sociales.

Le secteur est une psychiatrie qui pour prévenir, c'est à dire traiter dès les premiers symptômes, accompagner les traitements et éviter les effets désocialisants de l'hospitalisme, réinsérer en réhabilitant, va " au devant du malade " et n'attend plus que celui-ci soit interné en urgence, lors d'une crise.

Même si l'anticipation, l'accueil et la résolution des crises restent le lot quotidien de cette spécialité.

Cette organisation des soins (et donc du travail des soignants) est singulière et innovante : en effet, seule la psychiatrie a su mettre en place un dispositif de soins aussi diversifié, mais unifié, qui permette en théorie de faire bénéficier chaque patient de la solution adaptée à son état, à moment donné. Car si les malades mentaux souffrent pour nombre d'entre eux, du moins ceux qui relèvent de la psychiatrie publique, d'une pathologie chronique, la gravité de leur état et de leurs symptômes diffèrent selon les patients et les pathologies, mais aussi et surtout selon les phases d'une même pathologie pour un même patient.<sup>3</sup>

Les soins doivent alors revêtir des formes extrêmement variées : outre le traitement par médicaments, administrés sous diverses formes et posologies, y compris les " injections retard ", c'est à dire les antipsychotiques actifs pour des périodes allant de la journée au mois, les patients psychiatriques relèvent de différents traitements psychothérapeutiques, individuels ou collectifs, de traitements de type socio-éducatif, de traitements de type infirmier (administration de médicaments, mais aussi entretiens de soutien). Les soins ont une visée de diminution ou de suppression des principaux symptômes, mais aussi de réhabilitation, des effets des crises et des traitements.

Enfin, la réhabilitation a aussi une visée sociale, socio-éducative d'adaptation de la vie du malade à son état et aux handicaps qui peuvent en résulter.

A la grande différence des périodes passées, la communauté psychiatrique paraît plus harmonieuse, en tout cas moins exclusive : multicausalité des étiologies, complémentarité des stratégies thérapeutiques, voire collaboration avec d'autres professionnels, du secteur médico-social notamment, font consensus. Même si subsistent de profondes différences de pratiques, à propos de l'utilisation de la contention et notamment du soin sans consentement, de la collaboration avec les professionnels du secteur judiciaire et pénitentiaire, et plus

---

<sup>3</sup> Phase maniaque ou dépressive, agitée ou calmée, productive ou de retrait, inaugurale ou stabilisée, délirante sous diverses formes, audio-visio-affectives, chacune de ces phases étant circonscrite dans le temps et susceptible d'un traitement : le temps où les malades mentaux délirants et agités devaient être attachés, des années durant, est révolu. Ce qui ne signifie pas qu'il n'y ait plus de malades qui à moment donné ne puissent être très violents, obéir à des hallucinations et poser des actes aberrants, et retourner contre eux ou autrui une violence intérieure qui les envahit.

généralement du périmètre d'intervention d'une psychiatrie qui n'a plus de clientèle captive ni de monopole d'intervention.

Les études épidémiologiques tendent à montrer que la prévalence des troubles mentaux, au sens des classifications internationales, tend à dépasser 10%<sup>4</sup>, mais actuellement la psychiatrie publique ne traiterait qu'une partie de ces troubles : de moins en moins ceux qui conduisent les malades à commettre crimes et délits, mais aussi de moins en moins les troubles relevant d'une prise en charge par des médecins libéraux, psychiatres ou généralistes ainsi que de psychothérapies effectuées par des non-médecins.

Sans que l'on ne sache si une certaine spécialisation de la psychiatrie publique sur la nosographie classique, les psychoses et les dépressions sévères - à l'exclusion des psychopathies d'origines toxicomaniaques, sociales ou réactives à un traumatisme grave ou à un défaut d'attachement précoce - relève d'une politique de santé publique volontariste, d'une discrimination clinique fondée (notamment entre pénal et psychiatrique, social et psychiatrique) ou d'une lutte confuse pour se renvoyer les prises en charge les plus coûteuses, ou les moins gratifiantes, voire les plus difficiles.

La question de l'estimation des moyens dont disposent et dont devraient disposer les établissements psychiatriques est donc d'importance : ne peuvent-ils pas, ou ne veulent-ils pas, accueillir toutes les personnes dont les troubles sont accessibles à un soin psychiatrique ?<sup>5</sup>

Le présent rapport examinera successivement les points suivants : attribution – gestion - utilisation des ressources humaines avant de dégager quelques pistes d'amélioration.

---

<sup>4</sup> Une étude déjà ancienne aux USA, établissait le taux de prévalence des troubles mentaux au sens du DSMIII à 15,4%, 11,5% si l'on excluait les déficits cognitifs sévères et les abus de substances. *Epidémiology Catchment Area Program*, in Pierre Pichot, *Un siècle de psychiatrie*, ed. Les Empêcheurs de penser en rond, 1996.

<sup>5</sup> La question n'est pas paradoxale : en effet, en psychiatrie, longtemps a prévalu un modèle qui ne permettait d'élaborer une stratégie de soin qu'à condition de connaître l'étiologie des troubles. Ce qui expliquait les différences parfois profondes entre écoles, qui considéraient les troubles mentaux dans une hypothèse psychodynamique, essentiellement accessibles aux psychothérapies et à l'amélioration de l'environnement social ou sous l'aspect organique, accessible à un traitement chimiothérapeutique, à l'exclusion de toute autre intervention. Dès lors que l'on admet des multicausalités (en gros des cofacteurs, génétiques, biologiques, environnementaux...), on doit admettre de ne plus induire le traitement de l'étiologie, mais d'user de plusieurs types d'intervention, dont il s'agira d'évaluer les effets conjoints plus que comparés. L'évaluation doit alors adopter de nouvelles stratégies. (Cf. Marie-Christine Hardy-Baylé, *Pour une démarche de qualité en psychiatrie appliquée aux pratiques professionnelles et aux référentiels de prise en charge*, in *L'information psychiatrique*, vol.82, N° 1 – Janvier 2006.)

## **PARTIE 1 – L’ATTRIBUTION DES MOYENS AUX ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES N’OBEIT A AUCUNE REGLE COHERENTE**

L’affectation des moyens en personnels nécessaires à chaque établissement hospitalier est effectuée par les autorités de tutelle (Agence régionale hospitalière et Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) à partir du projet établi par les établissements.

Si les procédures financières permettant de répondre aux besoins ont évolué vers une plus grande adéquation entre les moyens et l’activité, les établissements psychiatriques ne disposent pas de procédures permettant d’effectuer cette opération de manière rigoureuse.

### **11 – La tarification à l’activité ne s’applique pas à la psychiatrie, qui se voit fixer des moyens sans réelle méthode**

#### *111 – La méconnaissance de l’activité ne permet pas de prévoir des recettes*

Depuis le premier janvier 2004, a été mise en place dans les hôpitaux un mode de détermination des moyens dit “ T2A ”, ou tarification à l’activité.

Schématiquement cette nouvelle méthode, pour l’attribution des moyens en personnels, repose sur les principes suivants : alors qu’auparavant les établissements négociaient avec la tutelle les dotations financières à partir d’un tableau des emplois autorisés, la nouvelle procédure détermine un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), en finançant l’activité (les G.H.S.<sup>6</sup>) de l’établissement, celui-ci restant responsable d’ajuster ses dépenses en fonction des recettes. Néanmoins, l’enveloppe de crédits ainsi fixés à partir des recettes et affectée aux frais de personnels est limitée. Il n’est pas possible à l’établissement de créer des emplois en les finançant au-delà de ces crédits, même en y affectant des sommes destinées à l’investissement ou au fonctionnement hors frais de personnels.

La philosophie de l’EPRD tend à rapprocher la situation financière d’un hôpital de celle d’une entreprise, le surcroît de dépenses par rapport aux recettes générant un déficit qu’il appartiendra à l’établissement de financer par ses propres moyens.

La situation des établissements hospitaliers spécialisés (hôpitaux psychiatriques) est en fait particulière : en effet, le système de tarification à l’activité ne lui est pas applicable, faute de détermination d’indicateurs de mesure de cette activité. De plus, l’organisation en pôles, unités de responsabilité financière agrégeant plusieurs services, préconisée par la réforme a

---

<sup>6</sup> Groupes homogènes de sorties

abouti, du fait de la résistance des chefs de service de psychiatrie, à constituer autant de pôles que de secteurs<sup>7</sup>, c'est à dire à ne rien changer.

Si les conseils d'administration des CHS votent un EPRD, l'élaboration de celui-ci est donc faite " au doigt mouillé ", en pure reconduction du budget de l'année précédente, corrigé à la marge, pour tenir compte des vacances de postes ou des créations de structures.

La tendance générale, constatée par la mission, dans les années antérieures à la mise en place de l'EPRD par les CHS a été cependant au rapprochement entre les budgets prévisionnels, autorisés et réalisés.

L'EPRD peut donc être considéré dans les CHS, comme un état prévisionnel des recettes et dépenses à valeur contraignante, sans qu'on sache à quelles règles économiques et de gestion des ressources humaines a obéi son élaboration par l'établissement.

### *112 – Les systèmes de régulation antérieurs ont échoué à harmoniser les ressources entre établissements*

La détermination des moyens budgétaires et notamment des personnels (qui constituent 82% des dépenses en psychiatrie) obéissait à deux types de mécanismes : d'une part une régulation par des normes d'équipement ou des moyennes qui n'a jamais abouti ; d'autre part la reconduction des moyens antérieurs, établissement par établissement, qui avantage les établissements déjà bien dotés au détriment des autres.

#### *1121 - L'harmonisation des moyens entre établissements n'a pas abouti*

Dans les années 90, on a tenté de réguler les dépenses hospitalières par la planification de l'offre. En psychiatrie, l'instrument qui était utilisé pour déterminer les moyens de chaque établissement était les normes : normes en lits d'hospitalisation pour 1000 habitants et en lits et places pour tenir compte de l'équipement du secteur. Cette régulation était possible dans la mesure où l'on connaissait le nombre d'habitants relevant de chaque secteur et où l'on pouvait suivre son évolution. Elle n'était pas absurde, dès lors que les taux d'incidence et de prévalence de nombre de pathologies psychiatriques sont à peu près uniformément répartis, même si les moyens nécessaires aux soins diffèrent aussi en fonction de la géographie (distances) et des problèmes sociaux de chaque territoire.

De fait, elle n'a pas abouti, parce que, les normes étaient supérieures aux maxima constatés et qu'il était dès lors difficile de redéployer entre régions ou entre établissements de la même région.

Les indices de personnels (médecins, infirmiers, soignants non-médecins) témoignent des mêmes inégalités, sans que ces disparités aient été utilisées pour pallier les manques les plus criants.

---

<sup>7</sup> Les activités intersectorielles étant dès lors rapportées, selon une clef de répartition des malades en fonction de leur secteur de rattachement, à chaque secteur.

La mission a constaté ces différences, qui existent depuis longtemps, sans que cette question paraisse avoir trouvé de solution jusqu'à présent au niveau de l'administration centrale. Il faut ajouter que les établissements les mieux dotés n'en ont pas vraiment conscience. Enfin le fait d'être " bien doté " est relatif. Certains secteurs qui le sont utilisent à plein tous leurs moyens et offrent ainsi dans des territoires très défavorisés (93) une psychiatrie de grande qualité.

**Les ratios de personnels moyens pour 100 000 habitants,  
selon les établissements contrôlés**

CHS	Ratios pour 100 000 habitants en 2005			
	Médecins	internes	Personnels soignants non-médecins	Dont infirmiers
<b>Bassens</b>	13,6	2,4	143,3	94,6
<b>Evreux</b>	4,8	0,4	94,2	41,4
<b>IMR</b>	5,6	1	33 (2)	21,8
<b>Pierrefeu</b>	9,36	0,3	160	92
<b>Thuir</b>	13,75	0,25	150	92
<b>Ville-Evrard</b>	17,9	4	123	66
<b>France entière (1)</b>	13	2,3	122,7	88

Sources : DREES et CHS

(1) Chiffres 2000

(2) Médico et socio-éducatifs non comptés

Il faut noter aussi que les éléments de contexte et de besoins n'expliquent pas ces différences. Par exemple, la densité de psychiatres libéraux est faible à Evreux, comme en Savoie, mais plus élevée dans le Var. Les difficultés sociales sont importantes en Seine Saint Denis, mais sans doute moins à Thuir.

### *1122 - La détermination des effectifs selon le mode ancien ne fonctionne plus*

La dotation globale de fonctionnement, appliquée aux hôpitaux à compter de 1985 avait pour objectif de corriger la tarification à la journée, inflationniste. Mais calculée à partir d'une situation une année donnée, elle ne permettait que difficilement les évolutions, selon l'activité notamment.

C'est à cet effet qu'a été introduit un système de tarification à partir des données médicales, le PMSI<sup>8</sup>, permettant de corriger les variations de dotation en fonction du type de pathologies reçues et des actes pratiqués. Ce PMSI a été expérimenté en psychiatrie, mais son aboutissement s'est heurté à la résistance de nombre de psychiatres, amplifiée par la propension technocratique de certains administrateurs : alors que le nombre de types de malades, selon les soins que requiert leur état, est restreint en psychiatrie, les expérimentations ont produit une liste " monstre " de plus de 200 types de malades, dont il a été impossible de déduire aucun indicateur de tarification.

L'Institut Marcel Rivière, établissement expérimentateur du PMSI en psychiatrie s'est ainsi livré à une enquête demandée par l'administration centrale et visant à connaître les tâches effectuées par les personnels, regroupées en quelques grandes catégories. Cette enquête préparée sans test préalable, était peu adaptée aux modes d'intervention dans l'établissement ; elle ne prenait par exemple pas en compte le temps consacré aux conversations téléphoniques avec ou pour les patients. De plus, il a été impossible, au niveau de l'établissement comme à

<sup>8</sup> Programme médicalisé des systèmes d'information



celui de l'enquête générale, de rapporter les résultats quant aux temps consacrés aux malades à des items du PMSI.

Aucun indicateur recueilli par le PMSI n'étant explicatif des différences de traitement entre malades, on peut s'interroger sur l'utilité de ces différenciations fines, qui n'ont pas non plus de fondement clinique.

On ne dispose donc pas d'outil en psychiatrie permettant de connaître l'activité soignante et de fixer les moyens en personnels en conséquence.

## **12 - Les données sur l'activité recueillies dans certains établissements ne permettent pas de servir de base à une tarification**

### *121 - Même effectué de manière très précise, le suivi actuel des activités ne permet pas d'estimer les moyens en personnels nécessaires*

En principe, les secteurs renseignent de manière très précise le département de l'information médicale sur leur activité. Outre les activités tarifées (journées d'hôpital à temps plein ou partiel) les activités ambulatoires non tarifées (gratuites pour le patient et non décomptées par les services des admissions) sont notées, au fur et à mesure de leur réalisation : actes des différents professionnels, avec pour les infirmiers, entretiens et actes somatiques, visites à domicile, groupe psycho-éducatifs et nombre de patients, travail communautaire, venues des patients et nombre d'actes dispensés etc<sup>9</sup>.

On dispose en général, de données nombreuses, par exemple celles recueillies par le biais de la direction financière (activités tarifées), de la direction des soins infirmiers (plannings des soignants et nombre de jours et d'heures travaillées), du département d'information médicale et des états remplis pour la DREES.

Mais ces données ne sont jamais recollées et mobilisées pour réfléchir prospectivement aux moyens nécessaires, ou à la répartition de ces moyens entre les secteurs. De manière générale, les chefs de secteurs se refusent à des comparaisons d'activité qui pourraient déboucher sur des décisions de ré-attribution des moyens.

Il en est de même au niveau de la tutelle : dans aucun des établissements contrôlés, la mission n'a pas eu connaissance de document établi par la DDASS, ou l'ARH, analysant les moyens attribués aux différents secteurs. Même si dans certains cas l'enveloppe de l'établissement tient compte d'un ratio euro par habitant comme en Rhône Alpes. En Seine-Saint-Denis, le CHS de Ville-Evrard plus ancien et disposant de chefs de service plus combattifs que les services de psychiatrie de l'hôpital d'Aulnay, dispose d'un taux d'encadrement médical bien supérieur.

De même, au moment du passage de la mission au CHS d'Evreux, l'hôpital de Vernon avait décidé unilatéralement (décision entérinée de fait par la tutelle) de ne plus assurer l'activité

---

<sup>9</sup> Le rapport consacré au CHS de Ville-Evrard reprend en annexe un tel suivi d'activités par un secteur.

intra-hospitalière pour les deux secteurs qui relevaient de son ressort. Si bien que le CHS d'Evreux avait été contraint de le suppléer et était redevenu " l'asile départemental ".

### ***122 - Ces données disparates ne peuvent pas servir de base à une tarification***

L'ensemble des données recensées ne permet d'évaluer ni le coût de l'activité, ni même le temps qui y est consacré. Leur nature disparate selon le type de structure (fréquentation, entrées, séjours, actes) ne permet pas non plus d'effectuer de comparaison de coûts ou de temps entre les différentes structures et leur intervention rapportée à des patients.

L'existence de ces recueils démontre cependant que les services de psychiatrie peuvent se livrer au suivi et au compte rendu de leur activité et qu'il suffirait sans doute d'élaborer, avec les professionnels, des indicateurs pertinents pour réfléchir aux moyens nécessaires en fonction de besoins et de ressources mieux identifiés.

Les questionnaires établis par la mission pour connaître l'affectation des moyens soignants d'un ou deux secteurs à une activité, questionnaires conçus selon deux méthodes différentes, montrent aussi que, dès lors que les services sont coopératifs pour partager une connaissance de leur activité, les renseignements peuvent être très riches et servir de base à l'affectation et à l'organisation des moyens en personnels, de manière honnête et équitable.

### ***123 - Le suivi des activités n'est pas adapté à l'extra hospitalier***

Connaître l'activité déployée dans différentes structures est nécessaire de plusieurs points de vue :

- pour organiser le travail des professionnels ;
- pour organiser la réponse la plus adaptée aux patients ;
- pour choisir parmi plusieurs types d'organisation, le plus efficace, c'est à dire le moins coûteux pour le même service rendu ;
- pour répartir entre les établissements et à l'intérieur de ceux-ci entre les secteurs, les moyens disponibles ;
- mais aussi pour s'assurer de la qualité de l'offre de soins, à tout moment : disponibilité et réponse à l'urgence ; respect des protocoles de soins ; respect des droits des malades et de leurs familles ; respect des deniers publics.

L'activité en psychiatrie est complexe, qui juxtapose par exemple à l'hospitalisation, le fait de devoir surveiller les malades qui refusent celle-ci, du fait de leur pathologie, les consultations qui n'ont pas pour seul objet le diagnostic et le protocole de soins, mais aussi le soutien notamment à l'observance et l'accompagnement dans la maîtrise des symptômes et l'anticipation des crises ; l'acte infirmier ne se réduit pas au seul fait de préparer et distribuer des médicaments, de procéder à des soins somatiques, mais comprend également l'accueil voire le premier accueil des patients et leur orientation vers d'autres professionnels, l'animation de réunions de patients, l'entretien infirmier individuel, la visite à domicile avec l'évaluation de l'état du patient ; la prise en charge du malade s'effectue en général sur un temps long, dans et hors de l'hôpital, et doit être à chaque moment réévaluée. Il n'est donc pas possible de résumer l'activité en psychiatrie à l'addition d'actes de consultations, prescriptions et injections. Même si dans certains services, ce sont les seuls actes dont bénéficient les patients. Ainsi qu'en témoignent les analyses faites sur la prise en charge des patients au long cours dans les établissements d'Evreux et de Ville Evrard.

Dans ses investigations, la mission a testé deux types d'outils pour rendre compte de l'activité des soignants, du point de vue des tâches effectuées :

- soit on a demandé à un ou deux représentants<sup>10</sup> des différents types de professionnels de décrire les tâches effectuées dans une semaine, en les classant selon des catégories simples, présence directe auprès du malade, présence indirecte auprès des malades, temps institutionnel, temps de gestion et de fonctionnement, temps de formation recherche et autres activités ;
- soit on a demandé à tous les soignants présents un jour donné dans toutes les structures d'un secteur, ou plusieurs secteurs, de remplir une fiche retraçant exactement chaque tâche ou activité effectuée, en indiquant à chaque fois l'heure de début et de fin ; 250 questionnaires ont ainsi été dépouillés, retraçant l'activité des différents professionnels dans les différentes structures.

Il faut noter tout d'abord que les professionnels dans presque tous les secteurs ont répondu de manière précise et souvent au-delà de la demande ; s'agissant des fiches sur l'activité hebdomadaire, elles ont été remplies dans les trois établissements de l'enquête, par les personnels, en concertation ; s'agissant des fiches individuelles, elles ont été remplies presque partout avec rigueur : à Evreux, tous les soignants non-médecins des quatre secteurs ont répondu et 70% des médecins ; à Ville Evrard un secteur a répondu de manière exhaustive, l'autre de manière plus partielle ; à l'IMR, tous les professionnels du secteur et ceux de l'établissement ayant travaillé pour des patients du secteur ont répondu.

Il ressort de cette expérience de questionnement :

- qu'il n'y a pas de vraie réticence de la plupart des professionnels à faire connaître leur activité, dès lors que ce recueil de données a un objectif pour eux : meilleure organisation du travail ; meilleure communication sur leurs besoins et l'utilisation de leurs moyens notamment ;
- que des enquêtes de ce type pourraient être utilisées pour définir des types de situations de malades relevant de types de prises en charge ;
- que de manière générale, cette connaissance de l'activité des soignants en psychiatrie est nécessaire pour faire évoluer les métiers et s'adapter aux crises de la démographie des professionnels de santé, ainsi que pour définir des règles de gouvernance et de gestion financière non pas décalquées des spécialités médecine – chirurgie-obstétrique, mais en congruence avec une activité psychiatrique intra et extra hospitalière et nécessairement partenariale.

#### ***124 – La détermination des moyens nécessaires n'est pas articulée avec le projet d'établissement***

L'ensemble des établissements visités élabore un projet d'établissement, comprenant un projet médical, un projet d'organisation des soins infirmiers et un projet social.

La plupart du temps, ces projets ne reposent pas sur une analyse un tant soit peu précise du fonctionnement de l'établissement et de ses besoins.

---

<sup>10</sup> Pas un représentant élu, mais un professionnel dont la direction ou le chef de service estimait qu'il était représentatif de la manière la plus répandue de travailler.

Dans certains cas, le projet médical rattache à une description rapide et sans vision critique de chaque secteur, quelques développements sur les sujets “ pouvant rapporter quelques crédits supplémentaires ”, selon les modes d’approche de l’échelon national : les adolescents, la psychiatrie gériatrique, psychiatrie et précarité, addictions, prévention des suicides, violences familiales etc.

Dans d’autres cas, il se contente d’une déclinaison incantatoire des grands principes de la sectorisation.

Ce qui est mis en avant le plus souvent dans les projets d’établissement concerne la qualité des locaux et les modifications à la marge du concept initial de secteur. Mais les questions concernant le management médical paraissent tabou.

Dans aucun cas, on ne trouve d’estimation des moyens nécessaires à la réalisation du projet, hormis les moyens immobiliers. Souvent, sont affirmées des positions dites cliniques, sans que l’on estime leur coût en personnels.

Ainsi le CHS d’Evreux a-t-il en projet la construction d’un nouvel hôpital, dans lequel il compte installer à la fois un centre d’accueil et de crise et une unité d’accueil et évaluation, ainsi qu’un nombre de lits supérieur à celui dont il dispose actuellement, sans que l’analyse des causes de la sur-occupation actuelle de l’hospitalisation à temps plein n’ait été faite, ou en tout cas que des remèdes à ses causes n’aient été recherchées, par exemple : par une plus grande présence soignante dans les équipements extra-hospitaliers, notamment du point de vue de l’amplitude ouverte ; par une politique plus active de liaison avec les établissements médico-sociaux pour éviter les hospitalisations au long cours dans des services pour malades chroniques aux conditions de prise en charge indignes....

A Ville Evrard, la stratégie de “ relocalisation ” des structures<sup>11</sup> a abouti à la multiplication des lignes de garde, sans que ce problème soit jamais évoqué en termes de meilleure allocation des ressources médicales.

### **13 - Conclusion : Il est difficile d’apprécier la bonne allocation de moyens en psychiatrie**

On l’a dit en introduction, la psychiatrie souffrirait, selon les propos de la plupart des observateurs, d’une insuffisance de moyens, ou d’un gaspillage de ses ressources.

Les investigations conduites n’ont pas permis de trancher de manière générale cette question.

Il est clair que trop d’établissements et de secteurs sont dans l’incapacité de justifier l’utilisation des moyens dont ils disposent et partant d’en organiser l’usage de la manière la plus efficiente.

Il est clair aussi que tant le niveau national que celui des régions et des tutelles départementales n’ont pas une vision très claire de la répartition de ces moyens et de sa justesse.

---

<sup>11</sup> C’est à dire la création de nouvelles structures d’hospitalisation (hors du site de Ville-Evrard) sensées être plus proches du domicile des patients.

Dans nombre de régions, au plan budgétaire la psychiatrie a servi de variable d'ajustement commode au sein de l'activité " MCO " <sup>12</sup> .

Il faudra donc trouver un mode d'évaluation des moyens nécessaires à la psychiatrie qui permette à la fois de corriger les inégalités entre régions et entre établissements, voire entre secteurs, mais également comprendre quel type d'organisation des soins permettrait à la psychiatrie de répondre à sa mission de prévention et de soin. <sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

<sup>13</sup> Cf. partie 4 –4 ci-dessous.

## **PARTIE 2 - UNE FONCTION GESTION DES RESSOURCES HUMAINES AU FIL DE L'EAU**

L'Inspection a contrôlé dans chacun des six établissements les procédures de gestion du personnel, mais aussi les stratégies sur lesquelles elles s'appuient. Le présent rapport de synthèse ne reprend pas le contrôle des différentes fonctions de gestion des ressources humaines, recrutement, contrats, paie, temps de travail, gardes, formation, absentéisme. Les remarques à faire sur ces différents sujets sont consignées dans les rapports de contrôle des sites. De manière générale, il faut constater qu'il n'y a pas de dysfonctionnement majeur dans la gestion "au jour le jour" des ressources humaines, sinon les laxismes habituels dans l'application de certaines réglementations, les inventions parfois surprenantes pour résoudre certains problèmes posés par une réglementation abondante, changeante, complexe et pour l'application de laquelle les établissements n'ont pas reçu beaucoup d'aide, sinon de très longues instructions, dont la précision tatillonne n'a pas été de beaucoup d'aide.

Ce chapitre de synthèse reprend quelques grandes caractéristiques de l'exercice de la direction des ressources humaines : par le directeur qui en est nommé chargé ; dans son lien avec la gouvernance de ce type d'établissement ; et enfin dans l'exercice de l'autorité sur les personnels.

### **21 - La fonction de direction des ressources humaines n'est pas bien identifiée**

Bien qu'il y ait au niveau de chaque établissement un poste de direction des ressources humaines, identifié en tant que tel, cette fonction n'est pas bien définie. Le DRH n'a pas pleine compétence en matière de direction des ressources humaines et sa fonction est définie a minima.

#### ***211 - Au niveau de la direction, pas de personne responsable pleinement des ressources humaines***

Si l'on identifie bien une direction des ressources humaines, placé sous la direction du directeur général, dans chaque établissement, c'est un domaine de compétences partagé.

*2111 – C'est le directeur général qui est responsable des grandes décisions en matière de gestion des ressources humaines*

Création de postes, choix des personnes, définition des profils de postes, mais aussi négociation sur les conditions de travail, ces matières sont avant toutes celles du directeur général face à la CME, au Conseil d'administration et au CTPE.

Mais le directeur n'a pas toujours la connaissance technique des dossiers qui lui permettrait de les argumenter. Il est donc nécessaire pour qu'une direction des ressources humaines s'exerce qu'il y ait parfaite cohésion entre le directeur général et son DRH. Ce qui n'est pas le cas de tous les établissements contrôlés. Il est également arrivé que le poste soit vacant, ou d'occupation très récente et que ce soit le directeur général qui exerce la compétence, assisté d'un attaché de direction à la bonne connaissance à la fois des procédures statutaires et de l'établissement, mais n'ayant pas une vision stratégique.

Il arrive enfin, dans un des établissements contrôlés, celui de Thuir, que la direction ait confié à la DRH des attributions et un rôle importants, ce qui permet à cette dernière d'exercer pleinement sa responsabilité à l'égard de tous les personnels.

La fonction DRH paraît essentielle dans les hôpitaux psychiatriques et devrait être pourvue par des directeurs chevronnés et formés aux méthodes modernes de cette fonction.

*2112 – La DRH est souvent exercée sans articulation avec la DSI (direction du service infirmier)*

DRH et DSI ne travaillent pas toujours en étroite collaboration, ne disposent pas des mêmes informations et ont souvent des visions différentes des besoins en personnels et de l'organisation de ceux-ci.

La DSI pourra être plus attentive à doter d'abord les structures intra-hospitalières, d'un point de vue de la sécurité, la DRH pourra être plus attentive aux demandes internes de mutation ; la DSI, informée par des cadres qui appartiennent à son corps d'origine (infirmiers) pourra accepter de suppléer par l'attribution de moyens infirmiers ou psychologues supplémentaires les défaillances connues mais cachées de tel ou tel médecin, quand la DRH, de formation purement administrative, sera avant tout attentive à respecter une égalité entre les structures.

*2113 - Au CHS de Thuir, la collaboration entre la DRH et la DSI paraît exemplaire*

La cohérence de la politique de gestion des ressources humaines est une réalité au CHS de Thuir. Elle repose sur la qualité de coopération entre la direction des ressources humaines (DRH) et la direction des services de soins infirmiers (DSI).

La DRH s'est donnée les moyens de ses ambitions : une place clairement affirmée au sein de l'établissement (rôles technique et pédagogique), une gestion professionnelle (structuration intelligente, détermination d'objectifs par pôles, supports modernes de traitement de l'information, volonté de transparence, dissociation des procédures d'évaluation et de notation). En même temps, la DSI occupe une place centrale dans le management stratégique et opérationnel de l'établissement. Son organisation est très structurée. La définition des missions des cadres de santé ne souffre pas d'ambiguïté.

Les coopérations engagées entre les deux directions sont concrètes tout en respectant leur identité. Elles se situent dans les mêmes locaux et disposent d'un secrétariat commun facilitant les échanges et le traitement des informations. Des rencontres régulières sont programmées entre les deux directions dont les thèmes concernent les effectifs (une fois tous les quinze jours) ou qui sont liés au traitement de dossiers demandant une double approche (entretiens de recrutement) ou qui supposent des échanges étroits, notamment quand des projets ont été conduits en commun (organisation de la journée sur l'encadrement, par

exemple). La DRH participe assez régulièrement à la réunion de la direction des soins infirmiers avec les cadres supérieurs de santé organisée chaque mercredi matin. Elle peut ainsi tester l'impact de décisions ou d'informations qu'elle souhaite prendre avant qu'elles ne soient diffusées et applicables dans les services.

L'association de ces deux directions répond de manière efficace à des enjeux importants de GRH. Des domaines d'activité de GRH comme les recrutements, la féminisation des soignants, la mobilité des personnels, la formation sont ainsi traités de manière coordonnée.

Enfin, il faut noter le cas du CHS de Bassens dans lequel la directrice des ressources humaines est aussi DSI.

### *2114 – La DRH n'a pas de prise sur les médecins*

Il est significatif que dans la plupart des établissements hospitaliers, les médecins refusent d'être " gérés " par la même direction des ressources humaines que les autres personnels. Confondant indépendance dans l'exercice de leur métier et lien de subordination salarial, qui concerne l'organisation et les conditions de travail et non pas l'exercice médical lui-même.

Les médecins sont donc officiellement nommés par le ministre et gérés dans la plupart des établissements directement par le directeur général : ceci a un sens surtout symbolique. De fait, en psychiatrie, ils sont choisis par des commissions paritaires dans lesquelles leurs organisations représentatives ont la majorité, ils sont donc " auto-cooptés " et dans les établissements, c'est le président de la CME (élu par ses pairs) qui négocie toutes les questions de gestion des médecins avec la personne chargée effectivement du travail, c'est à dire un attaché d'administration hospitalière, voire un adjoint des cadres. Dans la plupart des établissements visités, il s'agissait d'un excellent professionnel.

Force est malgré tout de constater que le rapport de force entre un président de CME, praticien hospitalier chevronné, fort d'une élection et d'ailleurs redevable d'un certain nombre de promesses à ses électeurs et un attaché que son directeur n'osera pas soutenir publiquement dans tous les cas, n'est pas de nature à contenir certaines ardeurs purement corporatistes, surtout quand elles sont étayées par l'argument d'autorité (clinique).

Ce n'est que plus rarement que direction, médecins et professionnels non médicaux engagent un travail commun de réflexion sur les pratiques et les valeurs professionnelles, centrées sur l'utilisateur et réfléchissent ainsi aux moyens humains propres à atteindre les objectifs fixés en commun. L'institut Marcel Rivière a longtemps travaillé ainsi, même s'il a actuellement plus de difficultés à assurer une cohésion entre la direction médicale et tous les professionnels ; au CHS de Thuir, c'est la voie choisie par certains secteurs qui poussent ainsi tout l'établissement sur une démarche de changement.

### *212 - La fonction DRH est comprise de manière restrictive*

Avoir une gestion stratégique des ressources humaines, c'est proposer une organisation du travail et une appréciation des effectifs et des profils professionnels nécessaires en congruence avec un projet de soins.



De fait, ce n'est pas cette démarche qu'ont adoptée les directeurs des ressources humaines des établissements contrôlés. Le plus souvent, ils déduisent un tableau des emplois des documents financiers – lui-même déduit d'un "ancien" tableau des emplois. Ils répartissent ensuite ces moyens entre les secteurs, répartition qui ne correspond pas toujours exactement à celle existante, qui dépend pour part de la DSI pour les effectifs soignants non médicaux, pour part de la direction pour les médecins.

Les recrutements se font dans quatre des établissements visités au coup par coup<sup>14</sup> : pour pourvoir un poste vacant, sans remise en cause de l'organisation du travail quand il y a de nombreuses vacances, sans mise en œuvre d'une stratégie de recherche de main-d'œuvre. On reste la plupart du temps figé dans un regret nostalgique de "l'avant asilaire", quand les praticiens hospitaliers se pressaient aux portes des établissements et que tout carrière commençait dans un "petit CHS" de province, qui disposait ainsi de médecins compétents, quand les infirmiers se recrutaient en dynasties. Aussi, se mettent en place des comportements aberrants, d'évitement par les candidats potentiels des services les moins bien pourvus, ou d'affectation autoritaire sur un service de candidats qui renoncent dès lors à l'établissement. Chacun, médecin chef ou DRH, reprochant à l'autre son comportement autoritariste, sa "toute puissance", alors qu'il s'agit d'un manque de concertation et de l'absence de définition d'une stratégie globale de recrutement.

Si la fonction "gestion des ressources humaines", au sens purement procédural et statutaire est correctement assurée, elle n'est pas en prise sur les autres fonctions, notamment les fonctions médicale, organisation des soins, et financière et ceci dès lors au détriment d'une vraie politique des ressources humaines.

## **22 - La gouvernance dans les établissements psychiatriques n'est pas clairement organisée**

Au temps d'Esquirol, mais plus récemment aussi, jusqu'en 1971, le médecin directeur et les médecins chefs de service dirigeaient l'établissement et les services.

Depuis les grandes lois hospitalières, notamment celles de 1971, instituant un directeur et celle de 1991, l'organisation de l'hôpital psychiatrique s'est banalisée et a été calquée sur celle de l'hôpital général.

Pourtant les spécificités de l'organisation d'un établissement psychiatrique sont réelles ; actuellement la gouvernance de l'hôpital psychiatrique aboutit à un fractionnement du pilotage et à un défaut de direction collective. Ceci se traduit au niveau des personnels par une absence de cadre, préjudiciable à l'exercice d'une autorité sécurisante.

---

<sup>14</sup> Dans un des établissements visités, lorsqu'un poste est vacant dans un service de soins, c'est le service lui-même qui décide s'il doit y avoir ou non, un nouveau recrutement et la nature de celui-ci. La DSI, et a fortiori la DRH, n'interviennent qu'après, le plus souvent pour entériner la décision initiale.

## **221 - Le fonctionnement de l'établissement psychiatrique requiert un mode de gouvernance spécifique**

### *2211 – Des spécificités qui n'ont pas été prises en compte dans la nouvelle gouvernance*

Un établissement psychiatrique est, comme le dit le titre un peu euphémique dont il est désormais paré : “ un établissement hospitalier spécialisé ”. On aurait pu dire “ spécial ”, tant sont importantes, en termes d'organisations, les caractéristiques qui le différencient d'un hôpital général : il y a certes des services comme à l'hôpital général, mais ceux-ci exercent tous la même spécialité, sur des populations relevant de territoires différents. De plus, la psychiatrie, à la différence de la plupart des autres disciplines MCO, ne nécessite pas d'équipements sophistiqués et coûteux. Elle a besoin essentiellement d'investissements humains.

Il y a certes des collaborations nécessaires entre services en psychiatrie, mais sur des objectifs particuliers, soit en termes de populations, soit en termes de pathologies, chaque fois que le taux de prévalence des patients est trop faible pour justifier d'une organisation en secteur : pour les troubles du comportement alimentaire, pour la géronto-psychiatrie, pour les adolescents, pour les délinquants sexuels. Mais les intersecteurs doivent être liés aux secteurs, car passé le moment de l'évaluation fine, du traitement très spécialisé, la plupart des malades relèveront d'une équipe de psychiatrie générale, organisée sur le secteur.

Au contraire de ce qui se passe pour les autres spécialités hospitalières, le secteur n'est pas un territoire de santé, c'est à dire qu'il n'est pas, ou pas seulement, un espace auquel correspondent un certain nombre de moyens, une unité de planification des moyens et de coordination sanitaire.

Le secteur est aussi, et avant tout, une posture clinique : c'est le postulat selon lequel tout habitant de ce pays a accès, quel que soit l'endroit où il habite<sup>15</sup>, à un service public de psychiatrie. Contrairement à l'interprétation donnée par certains psychiatres, l'organisation de la psychiatrie en secteurs implique pour chaque secteur une obligation d'accueil et n'est pas pour les malades une “ condition de l'accueil ”.

Deuxième caractéristique clinique : le secteur est une manière de comprendre la demande de soins, non pas comme devant entièrement et uniquement incomber au patient, mais comme étant un lien qu'il appartient aux équipes de psychiatrie d'établir, y compris avec des personnes, signalées par leurs proches, d'autres professionnels de première ligne, la psychiatrie libérale et la médecine générale, mais aussi les services sociaux et médico-sociaux comme ayant besoin de soins psychiatriques.

Ce postulat reporte sur les équipes de secteur la charge, non seulement du soin psychiatrique à dispenser aux personnes qui habitent le secteur, mais aussi la prévention pour laquelle ils doivent établir un réseau avec l'ensemble des institutions de leur secteur : justice, éducation nationale, services sociaux, services spécialisés, institutions médico-sociales.

---

<sup>15</sup> On peut bien sûr discuter la base qui est l'habitat et y substituer ou plutôt y ajouter le lieu de travail ou de scolarisation, le lieu d'habitat des proches etc.

Dès lors, la taille des secteurs se justifie pleinement, comme espace d'intervention de proximité.

En revanche, l'intersectorialité relève elle quasiment de l'établissement, dès lors qu'il ne dépasse pas une taille souhaitable de quatre à huit secteurs au maximum<sup>16</sup>.

On comprend bien, au vu de ces spécificités, combien le débat sur l'organisation en pôles (un pôle égal un secteur ou un pôle égal plusieurs secteurs) est quelque peu abstraite. La question étant bien plus de savoir si les différents secteurs sont prêts à coopérer d'une part sur la gestion commune d'un certain nombre de fonctions, dont celles liées au recrutement, à la mobilité, à la formation des personnels et sur certains problèmes particuliers, à organiser au niveau de tout l'établissement ou d'un grand intersecteur.

Et si d'autre part, la nécessaire autonomie d'organisation de leur travail par chaque secteur, de manière à correspondre au mieux aux besoins et potentialités de son terrain, est compensée par une vraie mise en commun des résultats et problèmes de chacun, notamment dans une optique d'amélioration et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Malheureusement le débat sur la nouvelle gouvernance a occulté tout débat de fond et polarisé les conflits sur des questions de préséance institutionnelle.

### *2212 – Une mise en œuvre qui reste souvent formelle*

Sur les six établissements contrôlés, tous n'avaient pas encore mis en œuvre les nouvelles formes de gouvernance.

Mais même dans ceux qui se sont conformés aux instructions, force est de constater qu'elles n'ont induit aucun changement dans la collaboration entre le niveau administratif et le niveau médical. L'exemple du CHS de Ville-Evrard est instructif à cet égard.

Au lieu d'être un collègue de décideurs, le conseil exécutif est ainsi une instance de

#### **La mise en place de la nouvelle gouvernance dans un CHS**

La présentation de la nouvelle gouvernance, c'est à dire la mise en place d'un Comité exécutif, d'une Commission d'établissement, l'organisation en pôles a été faite de manière très claire par la direction devant les trois instances, CA, CME, CTE.

Dans les trois instances, les représentants des personnels médicaux et non médicaux ont exprimé leur défiance pour des réformes tendant, selon eux, à assimiler l'hôpital à une entreprise, à établir une hiérarchie entre praticiens hospitaliers responsables de pôles et chefs de service, ou entre ceux d'entre eux qui participeraient au Comité exécutif et les autres et en général à toute réforme " *d'inspiration libérale* " !

C'est ainsi que lors d'une séance du 15 septembre 2006 de la Commission médicale d'établissement, l'un de ses membres déclarait : " ... *la nouvelle gouvernance et Hôpital 2007. Sur un plan idéologique cette évolution de l'hôpital ne leur plaît pas en majorité, ainsi que le terme de gouvernance, lui-même, repris dans la fin des années 80 par le FMI et la banque mondiale pour des objectifs tout à fait complexes et pas très éthiques. La gouvernance appliquée à l'hôpital et au monde de la santé, paraît présenter des dangers de recul démocratique tant au niveau du fonctionnement hospitalier et en particulier en psychiatrie qu'en matière d'idéologie de soins.* ". Un autre membre ajoute : " *que dans le cadre de la gouvernance il n'est pas question d'engager les médecins dans une gestion de pénurie dont ils deviendraient co-responsables. Il lui paraît utopique de penser gérer le personnel des hôpitaux psychiatriques de la même façon que le personnel de la MCO, au risque d'entraîner de graves conflits.* "

<sup>16</sup> Ce qui a conduit la mission à suggérer un travail ultérieur à effectuer pour restructurer l'établissement spécialisé de Ville-Evrard qui compte actuellement 18 secteurs, 24 unités d'hospitalisation et 90 structures extra-hospitalières.

concertation  
supplémentaire, qui se  
transforme dans un  
climat d'affrontement  
social en chambre  
d'échos des  
revendications  
corporatistes.

Si la création d'un Conseil exécutif et d'une Commission d'établissement, instances qui permettraient que soient débattus en présence de tous les professionnels (personnels médicaux, non médicaux, de direction) les problèmes d'organisation et de gestion de l'établissement, paraît de nature à améliorer le travail collectif dans l'établissement, les modalités de sa mise en œuvre seront décisives. Or, d'ores et déjà, tant la CME que le CTE ont affirmé haut et fort leur prééminence par rapport à ces nouvelles instances ; toutes subsisteront donc. Finalement, l'établissement a quand même procédé à la constitution d'un Comité exécutif, composé de 6 personnes représentant la direction, dont la directrice des soins infirmiers et 6 représentants des médecins, désignés par la CME. Ce comité ne se réunit que pendant deux heures. Il est précédé d'une réunion de même durée des médecins entre eux. Il s'agit donc encore une fois plus d'une réunion de négociation, voire d'affrontement, entre médecins et direction que d'une gestion commune et opérationnelle.

### *2213 – La mise en place d'une nouvelle gouvernance suppose d'autres approches*

Les changements supposent que les professionnels de santé aient une approche commune des enjeux de l'établissement, ce qui ne va pas de soi. Des étapes doivent être franchies pour que les formes de nouvelles gouvernances aient un impact réel sur le fonctionnement des établissements. La mise en place des nouvelles formes de gouvernance au CHS de Thuir témoigne d'une volonté commune d'amélioration du fonctionnement du service public.

#### **La nouvelle gouvernance au CHS de THUIR**

Ainsi dans l'établissement, le séminaire " Valeurs et culture d'établissement " dans lequel la direction a joué un rôle important s'est déroulé pratiquement sur 2 ans. Il a impliqué outre les chefs de service, les médecins de l'établissement, les directeurs mais aussi l'ensemble des cadres. Le corpus de valeurs sur lesquels se sont accordés les professionnels, notamment l'encadrement, a conduit à des actions qui privilégient la qualité des soins.

Pour autant, cette démarche intelligente ne suffit pas totalement à créer les conditions optimum d'un exécutif efficace. Les enjeux de santé publique auxquels sont confrontés les CHS demandent pour être mis en œuvre que les établissements assurent à moyen terme l'adéquation quantitative et qualitative de leurs ressources humaines aux missions exercées.

S'engager dans une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences n'a toutefois de chances d'être efficace que si les communautés médicales définissent une politique médicale commune, chacune en ce qui les concerne, sous tendant leur projet d'établissement. En son absence, les directions et les communautés médicales ont des risques importants de s'enfermer dans des logiques contradictoires.<sup>17</sup>

Cette vision prospective de la politique des soins (missions prioritaires, périmètres, modalités d'exercice, évolutions des activités, contrats de soins pour les patients) doit alors trouver sa correspondance en termes de gestion des ressources humaines (effectifs nécessaires, évolution des métiers, compétences requises et conséquences sur la structure d'emploi en fonction des modes de prise en charge des patients), C'est à ce prix que l'on pourra parler de nouvelle gouvernance.

### *222 – Fractionnement voire absence de pilotage du travail collectif*

Ces conflits et cette difficulté à travailler collectivement au niveau de l'établissement sont renforcés par le fractionnement et la dilution de l'autorité au niveau du travail.

On est passé de la toute puissance du médecin directeur relayée par celle des médecins chefs de secteur, à un fractionnement total de l'autorité.

<sup>17</sup> On peut reprendre à cet égard les constats et préconisations faits par la mission de l'IGAS consacrée à la prise en charge de la dangerosité en psychiatrie (G.Laurand, A.Lopez) qui mettaient en exergue l'importance pour les établissements d'adopter des positions communes quant à l'intersectorialité bien sûr, mais aussi quant à un certain nombre de comportements à l'égard des usagers : droits des malades, relations avec les autres professionnels, avec les institutions...

Il n'y a aucune fluidité, voire aucune relation, entre les différents niveaux de hiérarchie, ni de manière transversale, ni verticale.

L'autorité du DRH, comme du DSI, comme celle du DG dans certains cas, ne peut pas toujours franchir la barrière du médecin chef pour atteindre le cadre supérieur de santé.

Si le président de la Commission médicale d'établissement a un poids important en matière de décision de recrutement, de titularisation, de désignation comme chef de service, il n'a aucun moyen autre que d'influence sur les secteurs, y compris dans la partie de coopération intersectorielle.

A l'intérieur du secteur lui-même, les infirmiers et autres personnels, à l'exception des médecins et des psychologues, dépendent pour l'organisation de leur travail du cadre de santé, lui-même coiffé par un cadre supérieur de santé, tous les cadres supérieurs dépendant de la DSI.

Certains personnels dépendent de plusieurs personnes, ainsi des psychologues, si bien qu'ils ont beaucoup de mal à s'intégrer dans les équipes, à force d'indépendance, mais aussi de défaut de management.

Si dans certains secteurs, le binôme cadre supérieur de santé/chef de service fonctionne bien, le travail collectif peut être organisé de manière participative. Mais dans d'autres services visités par les missions de l'IGAS, il y a véritablement des hiérarchies parallèles et une absence de collaboration entre les différents groupes de professionnels.

### ***223 – Une absence de cadre sécurisant***

En psychiatrie, il est nécessaire qu'existe une autorité identifiée : en cas de crise et d'urgence ; par rapport aux malades et à leurs familles, à qui sont imposées des décisions ; pour fournir aux différents professionnels un cadre contenant qui prévienne les réactions fractionnées des différents professionnels induites par les comportements souvent schizophréniques des malades.

Or, alors que la plupart des interventions en psychiatrie sont pluri-professionnelles, l'organisation du travail et de l'autorité est en “ tuyaux d'orgue ”.

Les équipes de l'extra-hospitalier, dans lesquelles la présence est plus courte, plus continue et plus dense arrivent à dépasser ce type de problème, notamment parce que les réunions institutionnelles sont le lieu d'élaboration des décisions et des directives qui encadreront la prise en charge.

En intra-hospitalier, quand le travail est fractionné, quand se succèdent des équipes qui communiquent peu, le danger est grand que s'installent des organisations du travail plus favorables aux intérêts de chaque corporation qu'au bien du malade.

L'absence de cohésion, comme l'absence de familiarité des professionnels entre eux et des malades avec eux, favorisent un climat de plus grande insécurité qui génère des demandes de personnels supplémentaires, voire de solutions spécialisées. Il faut bien voir que c'est souvent

plus la cohésion d'une équipe que son importance qui permettront une prise en charge plus sûre de malades agités et difficiles.

En ce sens dans certains établissements, l'absence des médecins aux moments difficiles est de nature à battre en brèche cette cohésion. On pense à l'établissement de Ville Evrard, dans lequel un certain nombre de médecins terminent leur service à 17h, organisent entre eux une "permanence" pour plusieurs services, alors qu'il s'agit de la période pendant laquelle se produisent, d'après les enquêtes réalisées en interne, le plus grand nombre d'actes d'agressions. De même faudrait-il peut être réfléchir à la périodicité des équipes, car la relève à 18h30 des équipes de jour par celles de nuit aboutit souvent à mettre auprès des patients des professionnels qui n'ont pas la plus grande capacité à distribuer des soins actifs.

A Evreux, du fait du manque de médecins, certaines équipes disposent d'un ou deux demi-journées de temps médical par semaine, ce qui implique le manque total d'intégration des médecins dans les équipes. Ceux-ci ne sont plus que des consultants, éventuellement des experts, mais sûrement ni membre, ni chef d'une équipe.

## **23 - La fonction manageriale n'est pas toujours bien exercée**

### ***231 – Il n'y a ni lieu ni fonction de management pour l'établissement***

Un hôpital psychiatrique est une organisation à la fois simple, car elle n'a qu'un seul type de "production", des services de soins pour des malades souffrant de troubles psychiatriques et complexes, car ces soins sont dispensés de différentes façons qui toutes impliquent une organisation particulière du travail : intra et extra hospitalier, temps plein et temps partiel, pluri-professionnalité, et collaboration avec de multiples institutions extérieures.

Evaluer les besoins, élaborer les modes d'intervention et en déduire les moyens nécessaires, notamment du point de vue de l'organisation du travail et de la gestion des ressources humaines, mais également contrôler le travail effectué et sa qualité, autant de fonctions qui doivent être exercées de manière très organisée.

D'une certaine manière le projet d'établissement devait être l'outil d'un tel exercice. Ainsi que la communication interne.

### ***2311 – Un manque de vision globale et interprofessionnelle***

Très souvent les projets d'établissement sont des documents peu lisibles. Ils sont trop touffus et trop détaillés. Or ce qui compte pour les agents est d'abord ce qui modifie leur vie quotidienne. Ils ne peuvent se mobiliser que s'ils sont certains que ces projets dans un délai raisonnables seront mis en œuvre. Ce qui est loin d'être le cas. Ainsi des projets de rénovation des unités d'admission. Ils ne font que rarement l'objet d'une communication exhaustive et continue (moyens financiers mis en œuvre, suivi et lancement des opérations, réponses architecturales auxquelles doivent être associées tous les personnels).

Un dialogue professionnel de qualité est insuffisamment un enjeu des directions générales, sauf sans doute quand il s'agit du corps médical ; pour le reste, les directions confondent

dialogue social et dialogue professionnel. Le dialogue social s'impose à eux, CTE, CAP, rencontres avec les organisations syndicales ; le dialogue professionnel est d'une autre nature : son objectif serait de permettre à chaque groupe d'agents de se sentir partie prenante du changement.

L'animation de ce dialogue revient à chaque niveau au cadre de santé, en collaboration avec le médecin chef du secteur ou de la structure au niveau de l'établissement ; ce dialogue devrait être mené au niveau du Conseil exécutif, dont on a vu que comme les autres instances de la nouvelle gouvernance, il a été institué formellement, sans que la difficulté de dialogue entre médecins, soignants non médicaux et direction soit améliorée.

La juxtaposition de plusieurs cultures et modes d'appréhension du travail n'a jamais été vraiment explicitée et trop souvent diriger s'entend comme administrer, c'est à dire appliquer des textes, notes et autres injonctions, ce qui dispense de la réflexion sur les conduites à tenir pour mettre en œuvre des analyses cliniques et de santé publique.

Il est difficile de " diriger un hôpital psychiatrique " surtout sectorisé, si l'on n'a pas de connaissance de la pratique des soins psychiatriques et des contraintes qui en découlent.

Le risque est alors que la direction administrative se contente d'attribuer, ou de refuser, des moyens, sur le fondement de critères comptables, ou se voit imposer des dépenses superflues, au motif de la clinique, avancé comme un argument d'autorité non discutable.

A Ville-Evrard, le président de la Commission médicale d'établissement justifie l'existence de 7 lignes de garde seniors (la nuit, les samedi, le week-end) au nom de la clinique qui imposerait que chaque unité recevant des malades la nuit soit dotée d'un médecin senior. Pourtant sur certaines lignes de garde, la moyenne est d'un malade accueilli tous les 3 jours, et l'on peut se demander si ces ressources ne seraient pas plus utiles ailleurs, par exemple dans un SMPR<sup>18</sup> ?

### *2312 - Une communication interne insuffisante*

La communication en interne à chaque service devrait être un enjeu prioritaire. Il s'agit de fédérer un ensemble de professionnels autour des projets de service (cadres de santé, médecins, psychologues, cadres sociaux, secrétaires, IDE, aides soignants agents des services hospitaliers....) construits à partir de projets pour les usagers.

Le travail d'équipe interprofessionnels est la règle en psychiatrie ; dès lors, la clarification des rôles de chacun, l'organisation et la formalisation de la communication au sein du service, la discussion sur les moyens de favoriser l'information ascendante et descendante, sur la prescription d'actions de soins aux différents agents du service, sur les règles internes à l'établissement et au service et leur respect, sur la qualité du travail, sur les pratiques soignantes devraient être des sujets de débats et de décisions essentiels.

Or, la faiblesse des effectifs médicaux dans certains cas, mais surtout la faiblesse du management médical et de son articulation avec celui des cadres supérieurs de santé, font que ce type de communication est loin d'être mis en œuvre, même si ici ou là il existe bien des conseils de services.

---

<sup>18</sup> SMPR : Service médical pénitentiaire régional.

## 232 – L'importance d'un binôme chef de service/cadre supérieur de santé

### 2321 – L'importance du cadre supérieur de santé n'est pas toujours reconnue

La direction d'une équipe de psychiatrie, c'est à dire de personnels différents, par leurs formations, leurs statuts d'emplois, leurs conditions de rémunération et d'intervention, mais aussi les types de structures (unité d'hospitalisation, CMP, etc.) dans lesquelles ils interviennent, ne peut sans doute plus s'exercer de la même façon qu'à l'époque où il y avait pour seule structure une unité d'hospitalisation. Il est nécessaire souvent pour diriger de maîtriser non seulement l'indication médicale, mais également sa réalisation concrète en termes d'organisation du travail qui en découle.

Si le binôme chef de service, cadre supérieur de santé ne fonctionne pas bien, le management sera défaillant.

Or, d'une part les chefs de service ne choisissent pas toujours leur cadre supérieur de santé, ceux-ci étant recrutés par concours, interne ou externe et étant affectés parfois sans tenir compte de leur avis; d'autre part l'organisation du travail ne permet pas toujours à ces cadres supérieurs de santé de se dégager des tâches purement administratives voire gestionnaires (plannings, matériels, obligations de gestion statutaires...) pour se consacrer au management des équipes, c'est à dire l'organisation et la mobilisation des personnes selon des objectifs bien définis. Il en est de même parfois du rapport du cadre supérieur avec les cadres de chaque structure. Enfin, il est nécessaire pour les cadres de santé d'être reconnus dans leur rôle, y compris par les médecins et bien sûr également par les personnels qui ne dépendent pas statutairement de leur autorité, comme les psychologues ou les assistants sociaux.

#### Les cadres de santé au CHS de THUIR

Les analyses faites par l'IGAS dans l'établissement de Thuir sur l'utilisation du temps par les cadres de santé et par les cadres supérieurs de santé montre bien cet enfouissement dans les tâches administratives, au détriment parfois du travail de management. Selon les fonctions et les lieux d'exercice, les temps inclus dans " *présence indirecte auprès des patients* " sont disparates (de 11% à 33%).

Les temps de gestion sont très élevés pour les cadres gérant des structures extra hospitalières. Seul l'emploi de son temps par le cadre de l'unité d'admission diffère, puisqu'il consacre presque 60% de son temps à des activités d'encadrement d'équipe, de synthèse. Le cadre supérieur de santé répartit son temps ainsi : presque 40% de son temps est consacré à la gestion et à l'institution ; la présence indirecte auprès des patients représente un tiers du temps, la formation recherche 7% du temps. Cependant, pour tous, ces temps de gestion relèvent d'activités bien repérées. Les temps consacrés au contrôle de la durée du travail et à l'organisation des plannings pour significatifs qu'ils soient laissent des marges à une véritable gestion des ressources humaines (entretien d'évaluation, bilans des stages des aides soignants, tutorat d'étudiants, management d'équipe, organisation des soins, dossier du patient). Parfois, les temps consacrés à la gestion de la file active des patients sont assez considérables<sup>19</sup> et proches de 10 % du temps de travail effectif.

En synthèse, la politique menée par les deux directions (DRH et DSSI) vis-à-vis de l'encadrement porte en partie ses fruits. Les cadres ont des modes de fonctionnement qui les rapprochent (formation des stagiaires, évaluation, place dans le tutorat...); mais les temps consacrés à la gestion des plannings restent sans doute encore trop élevés ; ils représentent une contrainte forte qui pèse sur les conditions de management des équipes paramédicales.

Cependant le niveau actuel des cadres et cadres supérieurs de santé n'est pas partout suffisant pour qu'ils soient de tels collaborateurs des médecins chefs de service ou de structure. Il serait tout à fait impératif, en tout cas en psychiatrie, de renforcer leur formation au management et à la mise en œuvre d'un projet de soins très solide, qui dépasse la formation à la connaissance et à l'application des textes et règlements.

<sup>19</sup> 4 h30 pour un cadre d'une unité d'admissions ce qui représente.



Il serait également possible d'ouvrir le concours de cadre supérieur de santé à d'autres professions soignantes : psychologues, éducateurs spécialisés, assistants de service social. Ce qui permettrait de diversifier le vivier et d'offrir des carrières plus intéressantes à ces professions.

*2322 - La collaboration entre le chef de service et le cadre supérieur peut être un facteur de grande qualité*

Dans le secteur 13 du CHS de Ville-Evrard, aux dires de son chef de service, le management repose sur la collaboration entière entre le cadre supérieur et le médecin chef. C'est le cadre qui s'occupe de tout le management administratif et matériel, alors que le médecin chef valide toutes les propositions cliniques. Pas une décision n'échappe à cet examen conjoint, qui s'exporte auprès de chaque structure, organisée de la même manière, avec un responsable médical et un cadre de santé. Décisions d'orientation individuelles et organisation collective du dispositif de soins sont ainsi élaborées dans toutes leurs implications, y compris celles qui touchent à la gestion des ressources humaines : plannings, activités, composition des équipes, horaires d'ouverture etc. Les équipes donnent une impression de cohésion, dans chaque structure et des structures entre elles sur le secteur.

Il en est de même dans le secteur 4 de Thuir. Tous les médecins et les cadres, psychologues et assistants sociaux compris, ont un planning de travail connu de tous. Chaque semaine, les représentants des divers métiers agissant aussi bien en intra hospitalier qu'en extra hospitalier (médecins, cadres de santé, psychologues, assistants sociaux, IDE, aides soignants, agents hospitaliers) consacrent 1h 30 à l'analyse de leurs pratiques ; Le rapport d'activité des différentes unités composant le secteur est l'œuvre de tous. Il fait l'objet de débats internes et est à la source des modifications engagées dans l'organisation des soins (missions nouvelles, missions à conforter).

Au CHS de Bassens, dans les deux secteurs contrôlés, la collaboration réussissait à être d'un bon niveau, grâce aux qualités personnelles et à l'investissement d'un chef de service dans un cas, d'un cadre supérieur de santé dans l'autre.

On peut dire d'ailleurs que si le secteur 2 du CHS d'Evreux réussit, avec les mêmes moyens et le même contexte de pénurie que les autres à prévenir les hospitalisations et la chronicité, grâce à un travail ambulatoire de qualité, c'est grâce à l'implication notamment du cadre de santé dans l'animation au quotidien de l'équipe.

*2323 - Le temps consacré au management et à l'animation des équipes n'est pas du temps perdu*

Les tâches cliniques constituent, de manière normale, le premier poste de l'activité des médecins ; activité que certains exercent de manière individuelle, au détriment d'une démarche d'équipe et souvent au détriment du management de celle-ci.

Ainsi à Thuir, dans les deux secteurs enquêtés par l'inspection, le temps consacré aux consultations en CMP par les médecins est de 43% ou de 68% et quant aux chefs de service (pour tout le secteur), le temps consacré aux consultations est de 43% et de 38%.

A Pierrefeu-du-Var le phénomène est accentué, puisque les chefs de service et les PH des deux secteurs enquêtés consacraient entre 50 % et 67 % de leur temps aux consultations.

L'exemple du fonctionnement de deux secteurs de l'établissement de Bassens montre a contrario l'importance de l'implication de toutes les professions dans le travail collectif et du médecin dans le management.<sup>20</sup>

A l'IMR, l'emploi du temps de la médecin responsable du CMP et de l'hôpital de jour était quasi exclusivement dédié aux consultations individuelles et aux réunions institutionnelles d'établissement au détriment d'une intervention vers les équipes.

Les enquêtes effectuées par l'inspection sur la répartition des tâches selon l'organisation des secteurs dessinent ainsi des affectations bien différentes, selon l'objectif et la stratégie du secteur.

Pour ne prendre que deux exemples :

- dans un secteur de Ville-Evrard, l'intrication profonde entre les différentes structures, le projet médical très rigoureux, qui vise à sans cesse pousser les malades vers les structures les moins "enfermantes" possible tout en leur offrant un projet de soins dynamique, se lit dans la place très importante accordée aux échanges entre professionnels : échanges des staffs quotidiens, réunions institutionnelles qui permettent de fédérer des équipes, mais aussi échanges bilatéraux entre deux ou trois professionnels, sinon à chaque acte, mais du moins de manière très fréquente, pour construire ensemble une interprétation de l'état du patient et du bien fondé des décisions de soins.
- Dans un secteur beaucoup moins bien doté d'Evreux, dans lequel l'offre de soins se concentre sur l'intra hospitalier, les personnels consacrent moins de temps à l'échange, à propos des patients ou de l'équipe ; ils effectuent des tâches plus fractionnées ; les médecins sont répartis selon des temps très réduits entre les différentes structures, dans lesquelles ils ont essentiellement une activité de consultation/prescription. On identifie mal le ou les responsables de chaque structure et le travail interprofessionnel est réduit à portion congrue. Cette absence de travail collectif génère alors démobilité et suspicion.

#### *2324– Indépendance et travail collectif*

En psychiatrie, peut être du fait que les professionnels sont confrontés à l'intimité des personnes, l'indépendance et le secret sont farouchement défendus.

Parfois au détriment de l'intérêt du malade.

C'est ainsi que s'est établie une sorte d'organisation en corps de métiers, en principe indépendants et qui pourtant doivent travailler en équipe.

Le cas des psychologues est le plus criant.

<sup>20</sup> Cf. Annexe 8 : Les réunions et leur utilité dans le fonctionnement de deux secteurs de l'hôpital de Bassens

En effet, ce corps de métier, qui n'a ni la légitimité et l'autorité des médecins, ni leur statut, ni l'importance quantitative et syndicale des infirmiers par exemple, a vu peu à peu transformée son indépendance en mise à l'écart des équipes.

Dans tous les services visités, le temps consacré par les psychologues à des interventions individuelles était largement supérieur à celui consacré au travail institutionnel avec les équipes ou à des interventions pluri-professionnelles.

L'interprétation du statut de 1991, qui considère comme travail clinique tout travail effectué par les psychologues au sein de l'établissement, qu'il s'agisse de travail direct avec un ou plusieurs malades (c'est à dire clinique au sens propre) ou de travail institutionnel (animation de réunions d'équipes, de réunions soignants-soignés, interventions à l'extérieur) renchérit sérieusement l'heure de supervision. En effet, le temps FIR<sup>21</sup> doit être accordé à raison d'un tiers de temps pour deux tiers de clinique, c'est à dire de psychothérapies, de tests, d'évaluations, en rapport direct avec les patients et nécessitant de ce fait un retour en supervision, une recherche.

De plus, dès lors que les psychologues n'ont pas compétence à prescrire (un médicament ou un acte paramédical) et considèrent qu'ils n'ont pas à se voir ordonner de pratiquer des actes de psychothérapie, leur autonomie peut se payer au prix de leur mise à l'écart.

Il est donc nécessaire de faire évoluer leur statut avant de s'attacher à faire évoluer leur position dans les équipes.

### ***233 - La place très faible des usagers et de leurs familles***

Pour une part des malades suivis en psychiatrie, les relations qu'ils nouent avec les équipes seront de longue durée et de leur qualité, dépendra pour part l'observance des traitements.

Différentes pratiques sont mobilisées à cet effet : réunions soignants-soignés ; groupes d'entraide mutuelle...

Dans les secteurs les plus dynamiques, ces pratiques améliorent grandement le fonctionnement et donnent sens au travail des soignants. Dans d'autres secteurs, soit les personnels médicaux ne s'attachent pas à ces pratiques, soit elles sont délaissées au profit de la gestion quotidienne de l'urgence.

Seule leur inscription dans les projets de soins et dans les plannings permet de leur assurer vie au long cours.

En revanche, la place des familles dans les secteurs de psychiatrie adulte est mal dessinée : il est pourtant très clair que la cohésion des équipes et leur mobilisation s'expriment aussi par leur capacité à mettre en place des dispositifs du type réunion régulière avec les familles, constitution de groupes d'entraide mutuelle, participation des familles à la réinsertion, mais aussi journal des usagers, association des usagers etc.

---

<sup>21</sup> C'est un temps réservé à la formation individuelle et à la recherche qui représente la moitié du temps consacré à la clinique, souvent un tiers du temps de travail.

La participation des représentants de l'UNAFAM<sup>22</sup> aux conseils d'administration, régulière quand le poste est pourvu, n'apparaît pas suffisante pour assurer une bonne collaboration avec les familles. Le niveau de généralité des discussions n'est pas du ressort des membres de cette association, essentiellement attachés à l'amélioration de la prise en charge au quotidien de leurs enfants, parents ou frères et sœurs. Et le fait que les familles soient informées et associées aux décisions prises pour les leurs (quand bien sûr le rapport intra familial n'est pas lui-même pathogène pour le malade) est laissé au seul bon vouloir des équipes.

---

<sup>22</sup> UNAFAM : Union nationale des familles et amis des malades mentaux.



## **PARTIE 3 - DES RESSOURCES HUMAINES UTILISEES SANS CADRE D'ANALYSE ET DE CONNAISSANCE**

On l'a dit en introduction, les ressources humaines dont disposent les établissements psychiatriques sont pour large part mal appréciées.

Plus précisément, c'est la connaissance de l'utilisation de ces ressources qui fait défaut. Alors même, ainsi que l'a montré l'inspection dans trois des six rapports de site, il est possible de renseigner ces questions<sup>23</sup>.

Cette attention à l'organisation du travail et au mode d'utilisation des moyens humains permettrait pourtant d'affecter les moyens de manière plus efficiente. L'étude faite par la mission des tâches réellement effectuées par les différents personnels permet également de jeter les bases d'une réflexion sur la nécessaire évolution des métiers.

### **31 – Le manque de moyens semble dû autant à un défaut qualitatif que quantitatif**

L'évolution des moyens en psychiatrie est difficile à apprécier.

En effet, globalement les moyens humains consacrés à la psychiatrie ont augmenté et il en est de même dans chacun des établissements contrôlés. Mais cette augmentation en nombre de postes a été limitée par l'effet de réduction du temps de travail et l'impact en temps médical de la réforme des gardes médicales.

De plus, il apparaît qu'il n'y a pas, ni dans les secteurs, ni surtout au niveau de l'établissement de réflexion sur l'allocation la plus efficiente des moyens.

#### ***311 – Une augmentation apparente des moyens***

##### ***3111 – Une augmentation limitée***

On l'a dit en première partie, la fixation de l'enveloppe financière et du nombre de postes de chacun des CHS n'est pas menée de manière documentée et argumentée.

Mais au niveau de l'administration centrale, la part accordée sur l'enveloppe hospitalière à l'évolution des établissements psychiatriques n'est pas mieux cernée. C'est ainsi qu'en 2005, la psychiatrie a bénéficié de crédits supplémentaires, accordés par le " Plan santé mentale ", élaboré notamment après les événements de Pau, mais ce supplément a été compensé à

---

<sup>23</sup> Cf 3 rapports complémentaires, enquête sur le temps de présence des médecins, des infirmiers et cadres de santé, des personnels soignants spécialisés.

hauteur quasiment égale par les économies auxquelles les établissements psychiatriques ont été contraints, comme les autres établissements, pour respecter l'ONDAM<sup>24</sup>.

### *3112 – Une réduction qui pourrait s'avérer coûteuse*

Dans le nouveau système de tarification, qui dès 2007 sera basé à 50% sur les tarifs des groupes homogènes de sorties, l'évolution de la psychiatrie risque de servir à nouveau de variable d'ajustement à la recherche d'une meilleure maîtrise des coûts, dès lors que les ARH auront le choix entre des demandes argumentées et des demandes moins bien objectivées.

Or les économies arbitraires se traduisent, en psychiatrie, par une baisse de la qualité du service qui génère à terme un renchérissement des coûts de prise en charge. En effet, baisser les moyens affectés aux unités d'hospitalisation a des effets risqués : d'une part, la sur-occupation induit des refus d'hospitalisation, qui peuvent dans certains cas, générer des problèmes de sécurité pour les malades ou pour leur entourage graves ; d'autre part, c'est l'extra-hospitalier qui permet de prévenir certaines hospitalisations, de raccourcir la durée d'autres, bref, la réduction du nombre de lits n'a été possible que grâce à la dynamique des activités extra-hospitalières.

Il est donc important de conserver celles-ci, d'autant que les files actives semblent avoir augmenté, particulièrement en soins ambulatoires. Selon l'étude menée par la DREES sur l'évolution des secteurs de psychiatrie générale, étude malheureusement actualisée seulement pour 2000, plus des trois quarts (79%) de la croissance de la file active des secteurs de psychiatrie générale depuis 1989 peut être attribuée à la file active ambulatoire qui a crû de 75% entre 1989 et 2000. La file active à temps partiel, si elle a plus que doublé, n'a contribué qu'à hauteur de 12% à l'augmentation de la file active générale. Quant à la file active à temps complet, elle a crû beaucoup plus lentement, de 20% en 12 ans (1989-2000), qui représentent 10% de la croissance totale.

Les observations des missions ne vont pas toutes dans le même sens : dans certains établissements, il y a une hausse de tous les indicateurs : au CHS d'Evreux, où du fait de la faiblesse de l'encadrement médical, les activités ambulatoires ne sont pas des plus intensives, la progression de la file active a augmenté de 15% de 2000 à 2005, malgré une légère diminution du nombre de patients pris en charge à temps complet, mais du fait d'un accroissement des prises en charge à temps partiel (+ 14,5 %) et en ambulatoire (+24%).

Au CHS de Ville-Evrard, la file active a progressé de 12% en totalité, de 5% en hospitalisation à temps complet, même si pour cette activité, les durées moyennes et les taux d'occupation ont baissé. L'hospitalisation à temps partiel a crû de 26% et l'ambulatoire de 12%.

Dans certains établissements, la file active a baissé, ainsi de Pierrefeu du Var (-22% en hospitalisation à temps complet, -23% à temps partiel et -1% en ambulatoire). Ainsi également de Bassens, établissements dans lequel les prises en charge ont évolué toutes à la baisse, 8% pour l'hospitalisation à temps complet, -18% pour les prises en charge à temps partiel et paradoxalement, une très forte baisse des prises en charge en ambulatoire, principalement en zone urbaines (-30 et - 37% pour Chambéry) -25% pour le CHS dans son ensemble.

<sup>24</sup> ONDAM : objectif national de dépenses de l'assurance maladie.

La diversité de ces résultats montre d'ailleurs combien il est difficile de s'appuyer sur des "moyennes nationales" pour donner un taux de croissance prévisionnel. D'autre part, certains écarts dans les courbes, ainsi des pics dans certains établissements une année donnée semblent indiquer la fragilité de ce recueil de données.

Il faut d'autre part préciser que la file active ne traduit que le nombre de patients ayant fréquenté le type de structure (temps plein, temps partiel ou ambulatoire) ou l'une des structures (pour le total), au moins une fois dans l'année écoulée. La file active peut augmenter, mais si les durées de séjour se raccourcissent ou si l'intensité des soins ambulatoires baisse, l'activité totale, estimée quantitativement peut baisser.

C'est justement le lien entre l'activité, estimée en nombre de patients, de journées, d'actes, mais aussi d'intensité de prise en charge et l'évolution des ressources humaines que l'IGAS a tenté d'évaluer dans cette mission.

Ces estimations statistiques devraient cependant être tempérées par une étude de la présence des différentes structures auprès des malades : comparer les durées moyennes de séjour en unité temps plein (45 jours), en hôpital de jour (58 jours /an), en CATTP (23 jours/an) et en CMP (8 à 9 interventions en moyenne), ne permet cependant pas de tirer des conclusions fiables, car les mêmes personnes peuvent relever à la fois des trois types de prise en charge. De plus, les différentes structures n'ont pas le même objectif dans le parcours de soins du malade : les prises en charge hospitalière, à temps plein ou de jour ont pour vocation de traiter un moment de la pathologie du patient, alors que CATTP et CMP ont eux pour vocation essentielle de suivre des patients au long cours, stabilisés et pouvant vivre en milieu ordinaire ou accompagné. S'ajoute à ces vocations, pour le CMP comme pour l'unité d'hospitalisation à temps plein, une mission de prévention - évaluation - orientation de nouveaux malades, ou de malades connaissant une évolution de leur pathologie.

Il y a donc une intrication entre toutes ces structures et un secteur efficace est celui qui les utilise de manière cohérente, non pas en triant les malades affectables à telle ou telle structure, mais en réfléchissant pour chaque malade un parcours de soins adapté et adaptable à l'évolution de sa pathologie et de son insertion familiale et sociale.

### ***312 - L'augmentation des moyens ne s'est pas traduite par une plus grande intensité soignante***

La mission a examiné dans les 5 établissements hospitaliers publics l'évolution des temps de travail entre 2001 et 2005. Il est avéré que malgré l'augmentation des moyens, les temps disponibles auprès des malades sont inférieurs en 2005 à ce qu'ils étaient en 2001, aussi bien pour les personnels médicaux que pour les personnels non médicaux. Et ceci dans tous les établissements contrôlés.

#### *3121 - Le temps de travail "perdu" par l'instauration de l'ARTT et de diverses autres réglementations n'a pas été compensé par l'augmentation des effectifs*

La diminution du temps de présence est à imputer à plusieurs causes, dont le poids relatif varie selon les établissements :

- l'effet de non compensation complète des mesures de réduction du temps de travail ;



- l'application laxiste de la nouvelle réglementation, se traduisant par des obligations de durée du travail plus basses que les textes. Ce que la mission nomme un temps théorique plus élevé que le temps réel ;
- l'existence de pratiques diminuant la présence au travail : absentéisme, horaires réduits...

Ainsi à Ville-Evrard, le nombre de journées de présence au travail a été de 372 400 jours en 1997, 372 000 en 2001, mais seulement 364 300 en 2005. Malgré l'accroissement du nombre d'agents (près de 100 ETP) entre 2001 et 2005, le nombre de jours de présence réelle a lui diminué d'environ 7 800 journées. Si le nombre d'absence n'avait pas diminué durant cette période, le " déficit " de temps de présence aurait été de 11 000 journées, soit presque 3%.

A Pierrefeu-du-Var par exemple, mais cela a été vérifié dans les autres établissements, l'évolution a montré de plus que le nombre d'heures théoriques avait été fixé de manière plus basse que les obligations du protocole national.<sup>25</sup> Le temps réel avait malgré cela baissé encore : en 2001, le nombre d'heures théoriques travaillées était de 1 190 000<sup>26</sup>, le nombre d'heures travaillées réelles de 1 012 000.

En 2004, alors que le nombre d'emplois avait crû de 708 à 747 ( + 39 emplois, soit 5%) le nombre d'heures théoriques était inférieur de 20 000 à celles dues en 2001 et le nombre d'heures travaillées de 5 000.<sup>27</sup> A la demande de la mission, l'établissement a effectué de manière aléatoire des décomptes de durées de travail réellement effectuées en 2005 par des agents en repos variable, en repos fixe, à temps plein ou à temps partiel, en tenant compte des heures supplémentaires effectuées. Il apparaît que les agents effectuent entre 79% et 97% de leur temps de travail. La moyenne calculée est de 86%.

A Bassens, la comparaison des temps travaillés entre 2001 et 2004 montre une diminution non seulement théorique des heures travaillées par agent (de 1697 à 1566) mais réelle (de 1493 à 1364). Le décompte aléatoire fait pour des agents de tous types aboutit à la même conclusion qu'à Pierrefeu : à l'exception de deux agents, aucun autre n'effectue 100% de son temps théorique. Les résultats sont un peu meilleurs, qui vont de 93% à 98,5%. Là encore le protocole d'accord n'explique que pour partie la situation. Il a été accordé un jour de congé supplémentaire, dénommé " Pâques-Pentecôte ", en compensation de l'acceptation du contrôle des horaires par badgeuse. C'est l'absentéisme qui constitue la source essentielle des écarts constatés entre temps théorique et temps réel. Lutter contre l'absentéisme est difficile. Les facteurs explicatifs sont nombreux : réalité démographique avec des taux d'absentéisme très élevés pour des agents jeunes (maternités, gardes d'enfants malades) et plus âgés, souvent atteints de pathologies graves, cloisonnement des services, organisation de travail avec de fortes variations selon les services, prise en compte non contrôlée des repos compensateurs désorganisant les services.

<sup>25</sup> Le protocole d'accord d'ARTT avalise une durée de travail inférieure à la réglementation : en 2002, un agent à temps plein en repos variable effectuait 28heures de moins que les obligations, quand il était en repos fixe, le différentiel était de 49 heures.

<sup>26</sup> Les chiffres sont arrondis

<sup>27</sup> L'écart entre les heures théoriques entre 2001 et 2004 est de 115 heures et pour les heures réelles de 82 par agent et par an.

*3122 - Des heures supplémentaires mal distribuées, des plannings mal gérés*

Pourtant, certaines marges de manœuvre existent d'ores et déjà, qui ne sont pas toujours utilisées à bon escient. Il en est ainsi des heures supplémentaires.

A Ville-Evrard, près de 17 750 heures supplémentaires (ce qui représente environ 10 ETP) ont été effectuées en 2005 par 373 agents dont 297 agents soignants. Outre le surcroît ponctuel de travail, le recours aux heures supplémentaires s'explique par l'existence d'une "dotation forfaitaire" pour les adjoints administratifs et les ASH, d'une compensation du temps passé comme accompagnant pour les IDE, d'une compensation pour non bénéficiaire de l'indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires pour les secrétaires médicales.

Dans d'autres établissements, on se rend compte que la distribution d'heures supplémentaires sous forme d'heures payées ou de jours de repos compensateur est largement augmentée du fait de l'amplitude horaire adoptée.

La prévision et le suivi des plannings laisse apparaître beaucoup d'approximations. La mission les a analysés de manière détaillée sur les sites de Ville-Evrard et d'Evreux, mais estime que ce dysfonctionnement est courant.

Du fait de l'importance des différences entre les plannings prévisionnels et les plannings réalisés, on peut se poser des questions sur la nécessité d'un certain nombre de moyens. D'autant que les prévisions ne semblent pas suivre une logique très affirmée : dans l'une des unités d'hospitalisation dont l'IGAS a contrôlé les plannings, les effectifs journaliers variaient pour le mois examiné entre 10 et 14 agents, aucun jour ne semblait privilégié, sauf paradoxalement, le week-end, alors que l'activité (entrées, sorties et taux d'occupation) y est plutôt allégée. Les plannings prévisionnels n'étaient jamais respectés et si dans les deux tiers des cas, le nombre d'effectifs réels était inférieur au nombre programmé, dans trois cas, il était supérieur. De plus, sur le nombre de journées manquantes par rapport aux prévisions, si deux tiers s'expliquaient par des absences pour maladie, par définition imprévisibles, le tiers restant était dû à d'autres causes, dont des congés et les formations, par définition planifiables.

Cette absence de cohérence est d'autant plus dommageable que dans toutes les unités contrôlées, la confection de ces plannings est "chronophage" : pour les personnels, qui parfois les confectionnent en quasi autogestion, pour les cadres qui le plus souvent les élaborent et les vérifient, pour les services gestionnaires qui toujours les collationnent. On peut se demander à quoi sert un travail de prévision aussi peu normatif.

*3123 – Le temps médical disponible auprès des patients est largement inférieur aujourd'hui à ce qu'il était avant les réformes de 2003*

Le temps de travail des médecins, une fois appliquées les réductions dues à l'accord de RTT, c'est à dire 20 jours ramenés à 19 jours de repos supplémentaires par an et décomptés les jours de congé, est de 208 journées potentielles par an.

Il faut préciser qu'aucune définition en termes de durée n'a jamais été donnée de ces journées ou demi-journées, conduisant certains établissements à exiger un minimum de trois heures et

demie, ce qui conduit à un horaire déjà égal à 35 heures avant la réduction de 19 jours. (cf. rapport de site).

Ces 208 journées sont aussi amputées par le temps de travail des gardes, celles-ci étant comptabilisées en temps de travail. C'est à dire que chaque garde effectuée la nuit, le samedi après midi ou le dimanche diminue le nombre de journées dues d'autant. (une nuit ou une journée égale une journée, une demi-journée égale une demi-journée).

Mais de plus, chaque garde est suivie d'un repos dit de " sécurité " ou de " récupération après garde ", qui se traduit en principe pour les jours ouvrés par une absence<sup>28</sup>.

Si bien que chaque garde est payée de fait trois fois : par l'indemnité de sujétion pour garde, par l'inclusion de ce temps dans le temps de travail, par le paiement ou l'inclusion du temps de repos de sécurité.

S'ajoutent à ces déductions celles dues pour les activités d'intérêt général. Celles-ci sont des activités effectuées par les praticiens hospitaliers dans d'autres établissements sanitaires ou médico-sociaux, dans les universités et autres instituts de formation, dans la recherche, dans les organismes publics, du type " Maison départementale du handicap " par exemple. Les praticiens ont droit à une absence de deux demi-journées par semaine pour ces activités ; selon la démarche réglementaire, le CHS doit passer une convention avec les établissements qui emploient les praticiens pour leurs vacances pour se faire rembourser le paiement de ces demi-journées par l'hôpital. De fait, la plupart du temps, le CHS continue à maintenir le salaire à temps complet et ne se fait rien rembourser, l'établissement employeur rétribuant le praticien en cumul de son traitement. Dans certains établissements, la CME examine à chaque vote d'une convention l'intérêt pour le service de cette activité d'intérêt général, dans d'autres elle vote en bloc et sans examen l'ensemble des conventions, les chefs de service n'étant même pas toujours au courant des activités menées par les praticiens de leur service.

S'ajoutent enfin à ces déductions, les absences pour formation et celles pour maladie.

Reste alors un volant d'heures que l'inspection a dénommées " au lit du malade ".

Sans porter de jugement sur l'assiduité au travail des praticiens hospitaliers, force est de constater que du fait de l'introduction de ces différentes " déductions " il y a une déperdition importante entre le nombre de jours travaillés légaux (théoriques) et le nombre de jours de travail disponibles (réels).

A Ville-Evrard, le nombre de jours de travail théoriques serait pour 208 jours travaillés de 40 412 ; mais le nombre de jours de travail disponibles au lit du malade n'est en réalité que de 31 714 jours soit 79%.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Et par le paiement quand le repos de sécurité correspond à un jour de congé hebdomadaire ou férié, ou quand l'intéressé a déjà effectué son temps de travail " réglementaire " au cours du quadrimestre. On lui paie alors le temps supplémentaire appelé " plage additionnelle. Dans certains établissements ces plages additionnelles ne sont pas payées mais récupérées, ce qui diminue d'autant le temps de présence des médecins, ou sont placées sur un compte épargne temps.

<sup>29</sup> Cf. rapports de site.

Il en est de même, mais avec une accentuation à Evreux, car le taux de praticiens effectuant des journées d'intérêt général y est plus élevé et le temps disponible n'y représente plus que 69% du temps théorique. A Pierrefeu-du-Var le taux est également de 70%.

Force est de constater que ces conditions de travail, très avantageuses, accordées souvent sous la pression (grève des gardes par exemple) ont abouti à renchérir le coût du temps médical hospitalier. Ceci ajouté au fait d'une pénurie à certains endroits de recrutement de praticiens hospitaliers en psychiatrie publique aboutit à un sous encadrement médical qui peut être dramatique.

A Pierrefeu-du-Var, en 2005, en prenant en compte l'ensemble des facteurs de réduction du temps disponible, dont les vacances de postes, les réformes sur l'intégration des gardes dans le temps de travail et l'institution d'un repos de sécurité, le temps de formation, la rémunération dite des plages additionnelles et les congés de maladie, le temps de travail n'est plus que de 4 184 jours contre 8 326 jours avant la réforme de 2003.

A Bassens, les réformes ont abouti à une baisse sensible du temps médical consacré aux malades. En ne tenant compte que des effectifs autorisés, cette baisse a été de 17%, malgré la progression du nombre de médecins de 4%. La comparaison sur les temps réels montre une réduction de 37%.

### ***313 - La situation de certains secteurs est critique***

Le temps médical est le temps moteur dans le travail des secteurs. Comme chef de service et manager, comme praticien effectuant le diagnostic et l'orientation des soins des patients, comme chef d'équipe, comme responsable de la qualité clinique, le médecin reste le pivot de la "production" d'un secteur de psychiatrie. Si sur un certain nombre des tâches qu'ils accomplissent, les médecins peuvent être relayés et complétés par les cadres de santé, les psychologues et l'administration, un temps de présence active des médecins est indispensable.

Dans certains secteurs visités par la mission, le temps médical déjà réduit du fait des moyens autorisés, est encore limité par les vacances de postes et les absences des médecins pour diverses raisons, certaines non maîtrisables (maladie, notamment de longue durée), d'autres plus problématiques (gardes très nombreuses, expertises, enseignement en sus des activités d'intérêt général, voire absences non déclarées).

A Pierrefeu-du-Var, dans un secteur qui disposait de 3,78 ETP de médecins, la mutation acceptée de deux praticiens a réduit la capacité de travail théorique, si bien que le temps disponible réel n'est plus que de 44% du temps théorique. Cette situation aboutit à une activité médicale principalement centrée sur les consultations cliniques individuelles, au détriment du temps consacré à l'encadrement (clinique et fonctionnel) des équipes.

A Evreux, la mission a constaté que du fait de la faiblesse de l'encadrement médical, mais aussi des vacances de postes, la présence médicale dans certaines structures est si fractionnée (0,10 % ou 0,20 % d'un temps de travail déjà peu fourni) qu'on ne peut plus parler d'encadrement ni même d'intégration dans une équipe. Le médecin est en quelque sorte un expert, consultable en cas de recours.

A Bassens, on constate que la diminution des moyens humains concorde avec la baisse des principaux acteurs d'activité, sans que l'on puisse être sûr que ce sont les besoins qui ont

baissé et non pas les taux de recours. En effet, même la file active de prise en charge ambulatoire a baissé de façon significative entre 2003 et 2005, passant de 5944 patients à 5760 pendant que diminuaient aussi les autres modes de prise en charge. On peut espérer que cette baisse, particulièrement sensible à Chambéry est en partie compensée par un recours plus important aux psychiatres libéraux. La mission estime qu'il serait intéressant d'étudier ce type d'évolution du recours à la psychiatrie, publique et privée, hospitalière et ambulatoire de manière globale. Car il est très possible que du fait des délais d'attente générés en CMP par la diminution sans réorganisation du travail des heures médicales, un certain nombre de patients recourent aux psychiatres libéraux.

### **314 – Des réformes mal menées**

*3141 - Les différentes réformes du statut des personnels, notamment celles liées au temps de garde et à la RTT ont été faites sans réflexion d'ensemble sur l'efficience des organisations de travail*

Les directeurs d'hôpitaux se sont retrouvés souvent bien seuls pour négocier des accords de réduction du temps de travail. Si bien que, si l'on constate partout une certaine diminution de l'absentéisme pour maladies de courte durée après la réduction du temps de travail, il n'y a pas eu de réflexion sur les organisations du travail les moins chronophages.

Dans beaucoup d'entreprises, les accords de réduction du temps de travail ont abouti à une remise à plat de l'organisation et des temps de travail. Dans les CHS contrôlés, cela n'a pas été le cas, par exemple le temps de repas est souvent inclus dans le temps de travail même quand ce n'est pas un repas thérapeutique.

De manière plus structurelle, on constate que les directeurs n'ont pas été suffisamment soutenus pour élaborer des stratégies de négociation leur permettant d'améliorer la qualité de l'offre de soins en échange de l'octroi d'une réduction de la durée de travail.

Dans les banques les accords de RTT ont abouti à une augmentation de l'amplitude ouverte des guichets. Au contraire la mission a constaté que certains CMP avaient supprimé les horaires de consultation du soir du fait de la réduction du temps de présence des secrétaires médicales.

Enfin, il faut reconnaître que l'organisation des gardes, du fait de la nouvelle réglementation est particulièrement coûteuse en ressources médicales.

A Evreux, l'organisation est peu dispendieuse : une seule garde est assurée pour tout le CHS (4 secteurs, mais 6 secteurs pour l'hospitalisation, plus un secteur de pédopsychiatrie), la nuit (de 19h à 9 heures), le samedi après-midi et le dimanche. C'est toujours un assistant qui assure cette garde.

Les praticiens hospitaliers assurent une astreinte pendant les temps de garde.

Les deux activités donnent lieu à récupération de jours de travail, à hauteur de 104 jours pour les PH et 304 jours pour les assistants. On doit constater que parmi ces derniers certains effectuent un grand nombre de tours de garde et sont donc peu présents dans leur service.

Surtout quand de plus, ils sont en formation de psychiatrie, à raison de trois jours par mois.

A Ville-Evrard, la garde est assurée selon une procédure très luxueuse, puisque, en plus des trois lignes de garde senior assurées dans les services d'accueil et d'urgence qui relèvent du CHS, chaque site d'hospitalisation a une garde senior, ainsi qu'un centre d'accueil et de soins. La garde correspond à Ville Evrard, en temps intégré au temps de travail et en repos compensateur l'équivalent de 15,2 postes de praticiens à temps plein, soit environ l'effectif de la psychiatrie adulte à Evreux.

Cette organisation est d'autant plus critiquable que d'après les contrôles effectués par la mission, ni le nombre d'admissions (1,5 par nuit pour le site où elles sont le plus élevées et moins d'une admission tous les 4 jours sur un autre site) ni le nombre d'interventions auprès des malades hospitalisés ne nécessitent une telle présence médicale.

Pourtant, au jour de la mission, la commission des gardes n'avait pas été réunie depuis plus d'un an et la commission médicale se refusait à envisager une organisation moins dispendieuse.

Il arrive enfin que la réalisation d'un grand nombre de gardes, cumulée avec une présence presque à temps plein dans le service, aboutisse à un tableau de service extrêmement chargé. C'est ainsi que dans un CHS, un médecin avait effectué successivement une semaine de 72 heures, suivie d'une semaine de 55 heures, dont une fois 39 heures de garde, l'autre fois 18h30.

A Ville Evrard, certains médecins, du fait sans doute de la légèreté de l'activité de garde, ne prennent pas leur repos dit de sécurité le lendemain et cumulent ainsi un grand nombre de demi-journées, c'est à dire soit de paiement de plages additionnelles, soit en les intégrant dans un compte épargne temps.

On comptait ainsi dans cet établissement, un praticien, qui totalisait fin octobre 417 demi-journées travaillées, en comptant ses journées d'intérêt général comme jours de présence dans l'établissement et donc payées et en ayant inscrit comme jours travaillés tous les lendemains des jours où il avait pourtant été de garde. En y ajoutant les 20 jours de congé annuel effectivement pris, il avait travaillé 457 demi-journées pour 426 demi-journées ouvrées, soit 29 demi-journées de plus.

*3142 - Dans certains cas, l'institution du compte épargne temps représente une "bombe à retardement"*

En application de la réglementation les médecins peuvent bénéficier d'un compte épargne temps (CET). L'inspection a analysé précisément l'évolution de ce compte épargne temps dans l'établissement de Ville Evrard. Le nombre de jours épargnés a évolué de la façon suivante (Cf. tableau ci-dessous).

<b>Personnel médical :</b>				
<b><u>NOMBRE DE JOURS EPARGNES SUR LE COMPTE EPARGNE TEMPS</u></b>				
(2003 – 2004 – 2005)				

	2002	2003	2004	2005
<b>Nombre de jours épargnés</b>	672 j	753 j	937 j	801 j
<b>Valorisation</b> (au coût du poste DHOS)	311 852 €	342 375 €	426 440 €	363 234 €

Sources : CHS de Ville-Evrard

Au 31 décembre 2005, 132 CET avaient été ouverts, représentant 3 163 jours épargnés, soit l'équivalent de 15, 2 ETP.

A l'évidence, cette situation pose pour l'avenir un grave problème à l'établissement, à la fois compte tenu de l'ampleur du phénomène et du fait qu'il ne peut s'opposer à cette évolution :

- soit, le moment venu, il devra permettre aux personnes concernées de bénéficier légitimement de leur épargne temps et il subira une perte conséquente de temps médical,
- soit, il devra indemniser les intéressés et les sommes en cause, qu'il devra honorer à partir de sa dotation budgétaire, apparaissent d'ores et déjà non négligeables.

### **32 – Les métiers ont peu évolué, alors que les compétences nécessaires et l'organisation du travail le requéraient**

Alors que l'activité psychiatrique a évolué dans ses modes d'intervention et son organisation, il n'existe pas dans les établissements de réflexion commune aux différents professionnels sur la nécessaire évolution des professions.

Le pilier médecin psychiatre infirmier vacille pourtant, mais la réflexion sur une redéfinition des compétences nécessaires n'est pas avancée.

Que ce soit du point de vue statutaire ou du point de vue stratégique, la gestion des emplois et des compétences reste balbutiante.

#### ***321 – Pas de consensus sur la participation des différentes professions à l'activité d'un service de psychiatrie***

Il est frappant, quand on interroge les professionnels de constater que selon la catégorie à laquelle ils appartiennent, ils ne partagent plus la même vision de la psychiatrie publique et des moyens humains nécessaires.

De manière générale, les médecins ont soit anticipé, soit accepté la sectorisation et l'évolution vers une prise en charge de plus en plus extra-hospitalière et au plus proche des patients. Ils n'en ont pas encore tiré toutes les conséquences quant à l'exercice médical en psychiatrie, mais ils sont d'accord sur le fait qu'il faille travailler avec d'autres professionnels que les médecins et les infirmiers. Certains acceptent de diversifier les recrutements de professionnels et tous les chefs de service connaissent les calculs de conversion de postes d'infirmiers en

postes de psychologues, d'aides-soignants etc. Cependant ces positions sont rarement énoncées en CME, encore moins dans le projet médical.

Il n'en est pas de même des personnels soignants, qui dans certains établissements, sont nostalgiques de l'asile. Pas toujours pour des motifs illégitimes : la prise en charge globale, effectuée en asile, qui offrait aux patients lieu de vie, lieu de soin, lieu de travail et lieu de distraction a parfois été de qualité, notamment dans les établissements qui pratiquaient la psychiatrie institutionnelle.

D'autres raisons tiennent au fait que certains secteurs n'ont pas trouvé le bon mode de management des équipes extra-hospitalières.

Coexistent, et l'analyse des tâches le montre, dans certains secteurs, une unité d'hospitalisation à temps plein dans laquelle le travail est fractionné, taylorisé, les équipes changeantes, les relations avec les patients peu continues et les temps dédiés à la qualité de vie des patients, à la réhabilitation, aux différentes thérapies adjointes au traitement médicamenteux très réduits et des structures extra-hospitalières, dans lesquelles une petite équipe composée en général d'un cadre de santé, d'infirmiers, d'un psychologue à temps partiel travaillent de manière autonome et sans grand lien avec le reste des équipes. Ces positions de travail procurent certes un certain confort, celui de l'absence d'imprévu et de prise de risque individuel dans le cadre de l'unité d'hospitalisation, celui de la légèreté de la présence hiérarchique dans les structures type CMP ou CATTP. Les risques inhérents, de l'installation dans la chronicité des professionnels en miroir des malades reste le grand danger de l'unité d'hospitalisation à temps plein, celui de l'absence d'encadrement et du défaut de diagnostic du risque dans le cas des structures extra hospitalières.

### ***322 - La nostalgie du cadre s'estompe***

En même temps que se créaient les asiles psychiatriques, on érigeait cette discipline en spécialité médicale, ce fut l'une des premières.

Jusqu'en 1981, le recrutement des psychiatres et des infirmiers psychiatriques obéissait à des règles particulières : certes l'internat de médecine pouvait conduire à la spécialisation en psychiatrie, pour un petit nombre de psychiatres, qui exerceraient en libéral ou dans un service universitaire ; certes les médecins non internes pouvaient acquérir la spécialité de psychiatres en faisant un CES (certificat d'études spécialisées) en psychiatrie après leur thèse de médecine. Mais le plus grand nombre de psychiatres, notamment ceux des établissements psychiatriques spécialisés, étaient recrutés par un concours particulier, le psychiatricat.

Depuis la réforme généralisant l'internat à toutes les spécialités, les étudiants en médecine ayant réussi l'internat peuvent choisir, selon leur rang de classement, la spécialité psychiatrique. Ce choix n'est pas le premier choix et pour certains est un choix par défaut, ce qui dans une profession dans laquelle le contact et la relation avec les malades sont essentiels, peut poser problème.<sup>30</sup>

Le deuxième problème posé par cette réforme est la suppression du CES, qui permettait à des médecins n'ayant pas souhaité ou pas réussi à passer l'internat dans un rang correspondant au choix qu'ils voulaient faire, de se réorienter à mi-carrière. C'était notamment le cas de

---

<sup>30</sup> En témoigne les rangs de classement de la psychiatrie à l'examen classant national



professionnels qui découvraient l'importance des troubles mentaux dans une consultation de généraliste notamment.

Cette réforme, ajoutée à la baisse du nombre de médecins formés, a conduit dans un certain nombre de régions ou d'établissements à instaurer une pénurie de médecins psychiatres. Cette réforme qui visait à "désespécifier" la psychiatrie, à en faire une "maladie comme les autres" a également abouti à supprimer le "cadre infirmier psychiatrique" : ceux-ci étaient recrutés par un concours spécifique et recevaient une formation spécifique.

Actuellement, on peut exercer le métier d'infirmier dans un service de psychiatrie, sans spécialisation préalable au contraire des infirmiers de salle d'opération, de réanimation etc.

Dans nombre d'établissements visités, subsiste une certaine nostalgie de l'époque des psychiatres et des infirmiers "du cadre", sans que néanmoins n'aient été donnés à la mission des éléments probants remettant en question la qualité des nouveaux psychiatres et des infirmiers diplômés d'Etat. Il est certain en tout cas que l'exercice de la psychiatrie publique n'est plus le monopole du couple psychiatre – infirmier.

### ***323 – Une analyse des activités réalisées montre la diversité de l'allocation des temps, à l'intérieur d'une même profession***

L'enquête diligentée par l'inspection dans trois établissements sur l'utilisation un jour donné du temps de travail par les différents professionnels a été riche d'enseignements.

Le premier enseignement est sans doute (à de très rares exceptions près) la parfaite collaboration de la majorité des professionnels à une telle enquête. Dans un établissements, ce sont les 4 secteurs qui ont répondu au lieu des 2 initialement sollicités pour les professionnels non médicaux, dans un autre établissement, tous les personnels médicaux et non médicaux d'un des secteurs ont répondu, il en a été de même pour l'Institut Marcel Rivière.

Au niveau des secteurs, l'intérêt d'une telle enquête, qui devrait permettre dans une exploitation ultérieure de rendre compte aussi de l'intensité de l'activité déployée auprès des malades selon les structures de prise en charge, ainsi que des formes de collaborations entre professionnels a été bien ressentie, comme un retour nécessaire sur l'organisation du travail et le service rendu aux malades.

Cette enquête a permis de rendre compte de l'extrême diversité de certaines organisations, notamment en fonction de la ressource disponible, mais aussi du projet de soin et de sa plus ou moins grande élaboration, mais également de certains invariants.

Les tableaux situés en annexe permettent de comparer l'utilisation du temps des médecins, des infirmières dans les trois établissements.

Sans porter de jugement de valeur sur la légitimité des activités réalisées, la mission a pu ainsi quantifier en pourcentages les différents temps qui composent le temps de présence effective de ces professionnels :

- Le "**temps personnel**" est celui qui ne concerne que l'agent : temps à l'arrivée pour l'habillage et la prise de fonction, temps de repas (s'il n'est pas thérapeutique) pause.

- Le temps de “ **présence directe auprès du malade** ” qui comprend les temps consacrés d’une part aux soins et aux activités thérapeutiques (soins, entretiens, préparation et distribution des médicaments, animation des ateliers) et d’autre part au nursing et aux tâches logistiques (aide au repas, au lever, à la toilette, à l’habillage, nettoyage des locaux etc…)
- Le temps de “ **présence indirecte auprès des malades** ” qui regroupe les temps utilisés pour les synthèses, les transmissions, les réunions formelles ou informelles, les contacts avec les familles, la gestion des dossiers, le téléphone, les tâches administratives etc.
- Le temps “ **institutionnel** ” consacré aux réunions des instances officielles, aux visites de structures extérieures.

La mission a pu mesurer à cette occasion, comment dans un même établissement, le temps se répartit différemment, selon que les médecins sont plutôt centrés autour du malade ou plutôt autour de l’institution. Mais si l’on analyse les différences existant entre des secteurs bien dotés (secteur n°13 à Ville-Evrard) et des secteurs beaucoup moins bien dotés, (secteur n°2 à Evreux, IMR), on constate combien il y a peu de marge de temps consacrer, malgré le projet très favorable à l’externement des soins dans ces deux derniers secteurs : le temps des médecins y est consacré majoritairement aux consultations.

#### LES MEDECINS PASSENT LEUR TEMPS A QUOI FAIRE ?

##### **Le temps personnel**

Le “ temps personnel ” occupe entre 8 et 11% du temps des médecins. Il est du même ordre de grandeur que celui des autres professionnels. Mais à la différence des autres, c’est essentiellement du temps de repas (qui n’est jamais thérapeutique). La durée des pauses ne dépasse pas 1,5% du temps total.

##### **Le temps de présence directe auprès du patient**

Les entretiens individuels avec les patients hospitalisés ou les consultations médicales sur le site représentent entre 36 et 45% du temps de présence des médecins. Les praticiens qui paraissent en accomplir moins, effectuent des visites à domicile par ailleurs. Au total, le temps de “ relations personnalisées ” des médecins avec les patients est donc, en règle quasi générale, de l’ordre de 45%.

Les visites dans le service (au sens traditionnel et lorsqu’elles existent) prennent entre 3 et 5% du temps. Les entretiens avec les autres professionnels du service (psychologues, assistantes sociales, ergothérapeutes, kinésithérapeute, cadre de santé) ne dépassent pas 2% du temps.

##### **Le temps de présence indirecte auprès du patient**

Les transmissions, les discussions et les échanges informels avec les membres de l’équipe (notamment les infirmiers) à propos des patients occupent entre 7 et 8% du temps, les synthèses de prises en charge et les réunions de service formalisées entre 15 et 20%. Le quantum consacré aux familles ne dépasse pas 4%. Au total le temps passé par les praticiens à échanger avec d’autres personnes au sujet des patients est de l’ordre de 35%.

Le temps administratifs (dossiers, courriers, certificats, comptes-rendus) prend entre 15 et 20% du temps, le téléphone de 4 à 8%. La gestion “ administrative ” de la file active (par exemple pour trouver une place pour un patient dans une autre structure) qui est souvent décrié par les médecins, n’apparaît pourtant que pour 1 à 1,5%. Les temps de trajet (pour l’extra) sont de l’ordre de 2,5 à 3,5%.

Globalement le temps de présence indirecte auprès des patients est pratiquement équivalent à la durée de présence directe.

##### **Le temps institutionnel**

C’est un temps qui peut représenter jusqu’à 4% du temps total, dont 2 à 3 % pour les travaux d’intérêt général et 1% pour les réunions officielles. Il paraît donc marginal, mais il est concentré sur un faible nombre de praticiens et pour ceux-ci, il n’est pas négligeable.

Invariance des contraintes par contre, notamment en intra hospitalier, quand on constate que le temps de travail des IDE comme celui des autres paramédicaux est fractionné voire taylorisé.

Une analyse enfin du type de tâches effectuées par les IDE montre combien il y a d'évolutions possibles, dans les statuts et la définition des métiers : c'est moins de 30% de leur temps qui est consacré à des tâches "réglementairement exclusives".

Dernier constat, celui qui souligne l'importance du temps consacré aux échanges et aux réunions entre professionnels. C'est presque la moitié du temps qui y est consacré, dans le secteur n°13 de Ville-Evrard pourtant très centré sur les malades. Et ce constat est renforcé par l'analyse très détaillée qui est faite du fonctionnement de ce secteur dans l'annexe ad hoc du rapport de site : dès lors que le projet de soins vise à l'insertion la plus large possible des patients dans la vie ordinaire, chaque structure voit raccourci la durée de séjour, mais aggravées les pathologies des malades qui lui sont adressés et partant augmentée l'intensité des soins.

### **LES INFIRMIERS PASSENT LEUR TEMPS A QUOI FAIRE ?**

#### **Le temps personnel**

Le " temps personnel " occupe entre 7 et 10% du temps des infirmiers. Il est du même ordre de grandeur que celui des médecins. Le temps des repas pris en dehors du service est pratiquement équivalent à celui des " pauses " (entre 2,5 et 4,5% pour chacun). Le temps utilisé pour la prise de fonction est de l'ordre de 1 à 2%.

Ces temps n'ont aucun lien avec la densité des effectifs (ce n'est pas parce qu'il y a beaucoup de personnels, que les durées de repas sont plus longues) mais tiennent beaucoup au contexte local et aux habitudes acquises.

#### **Le temps de présence directe auprès du malade**

Les soins et les activités thérapeutiques (au sens large) représentent entre 38 et 44% du temps de présence des infirmiers. Parmi ces activités, la préparation et la distribution des médicaments et des traitements, qui sont souvent présentées comme les tâches emblématiques de ces soignants, n'occupent que de 5 à 10% de leur temps.

Les " entretiens infirmiers", les " recadrages ", les discussions individuelles avec les patients prennent entre 10 et 16% du temps. Les entretiens avec le médecin 5%, les soins somatiques, les prises de sang, les injections " retard " de 1 à 1,5% au total.

Par rapport au temps total infirmier, les autres tâches apparaissent de moindre importance en volume, mais il ne faut pas oublier qu'elles sont exécutées par un nombre réduit de personnes. Il en est ainsi, d'une part des activités extra hospitalière : les visites à domicile totalisent 5% du temps total, l'animation des ateliers de 4 à 8%, l'accompagnement des malades de 2,5 à 5% et d'autre part du travail des équipes de nuit : les tournées de surveillance mobilisent de 2,5 à 3,5% du temps de présence infirmier, la veille et l'attente entre deux tournées de 4 à 5%.

Les tâches de nursing et logistiques effectuées par les ces soignants occupent entre 8 à 16% de leur activité. Parmi les premières, les changes, la réfection des lits, celle des chambres représentent de 0,5 à 1,2% du temps, l'aide au lever, au coucher, à l'habillage, à la toilette : de 1 à 2%, ce qui est marginal. Parmi les secondes, la préparation et la distribution des repas comptent pour 0,7 à 1,8%, la surveillance des repas pour 0,5 à 3%, les repas thérapeutiques pour 0,7 à 3,6% et la desserte des repas pour 0,3 à 0,7%. En moyenne, " l'activité repas ", (hors distribution des médicaments et hors repas thérapeutiques) occupe environ 3 à 5 % du temps des infirmiers, alors que cela ne paraît pas être de leur compétence première. La distribution des produits (dont le tabac) totalisent de 0,1 à 0,5% du temps et les activités de nettoyage et de rangement de 1 à 3%.

Globalement, le temps de présence directe des infirmiers auprès des patients représentent de 48 à 58% du temps total.

#### **Le temps de présence indirecte**

La majeure partie du temps de présence indirecte est consacrée aux transmissions orales ou écrites (10 à 13%) aux synthèses de prise en charge et aux réunions de service (10 à 14%). Le temps passé avec les familles est marginal, de 0,2 à 0,7%. Lorsque le système du " renfort " existe, il peut occuper jusqu'à 2% du temps et les trajets de 1,5 à 6%.

Le temps administratif (dossiers, plannings, certificats, commandes repas ou matériels..) qui est souvent décrié par les infirmiers, représente de 5 à 10% du temps total, les appels téléphoniques de 3 à 8%. En moyenne ces tâches obèrent entre 10 et 14% du temps disponible et l'encadrement des élèves et des stagiaires de 1,5 à 3%

Le temps d'ouverture et de fermeture des portes : 0,5%, celui des courses effectuées à l'extérieur du service de 0,5 à 1%.

Globalement, le temps de présence indirecte des infirmiers auprès des patients représentent de 35 à 44% du temps total.

Dès lors, chaque acte est souvent plus long à accomplir. Administrer un médicament à un malade en chambre de soin et d'isolement nécessite souvent l'intervention de deux ou plusieurs personnes et prend une demi-heure.

La surveillance doit se faire toutes les heures. Mais de plus, il est nécessaire pour les professionnels qui sont confrontés à ces malades de prendre de la distance et d'échanger sur l'acte accompli avec d'autres professionnels. Pour une meilleure évaluation et pour un soutien.

Le temps consacré à ces échanges n'est donc pas du temps perdu.

L'ensemble de ces constats corrobore l'intuition de nombre de professionnels sur les évolutions de leur métier. Mais ils prennent parfois le contre-pied du sens commun. Ainsi de la différence qui serait " incommensurable " entre les tâches effectuées par des infirmiers ou par des aides-soignants. Ainsi également de l'importance du travail administratif, qui est souvent ressenti comme prenant plus de temps que dans la réalité, parce qu'il semble du temps déduit du soin. Ainsi enfin de la dureté du travail de nuit : dans l'ensemble, les heures difficiles en psychiatrie sont plutôt diurnes que nocturnes, ou liées à des temps de repas, des temps d'attente et de montée de l'angoisse (17h – 21h) qu'à la nuit. Qui du fait des traitements administrés aux malades, se termine assez tard le matin, puisque c'est vers 8h que l'on commence à distribuer les petits déjeuners et les médicaments.

En revanche, le temps de nuit, que la mission a compté comme " temps direct auprès du patient " faute d'autre activité notée, n'est consacré à un soin ou une surveillance actifs que pour un quart du temps. Le reste est un temps d'attente et de veille entre deux rondes de surveillance. Mais c'est le " prix à payer " pour assurer la sécurité.

C'est à partir de ce type de connaissances que les secteurs pourraient s'organiser et que les établissements pourraient établir une prospective un peu plus détaillée concernant leurs besoins en personnels et les organisations de travail.

### ***324 - Un manque de réflexion sur l'évolution des métiers***

Une telle réflexion devrait s'asseoir sur une conception plus large des métiers, voire une remise en cause de la fragmentation des tâches entre ceux-ci.

Quelques exemples en démontrent.

#### *3241 - Agents des services hospitaliers et aide-soignants : un mépris injustifié*

Malgré l'entrée en nombre des aide soignante dans les services de psychiatrie, ces personnels sont encore trop souvent considérés avec une certaine condescendance, notamment par les infirmiers diplômés. D'un point de vue syndical, on considère souvent que le remplacement d'un certain nombre d'infirmiers par des aides-soignants constitue une dégradation du service public.

A Pierrefeu-du-Var, les effectifs ont connu les évolutions suivantes entre 1997 et 2005 : les effectifs soignants ont augmenté globalement de 10%, avec les évolutions suivantes :

- les cadres de santé ont perdu 3 postes, soit 3% de leurs effectifs ;
- les effectifs infirmiers ont augmenté un peu (+5%) ;
- les psychologues ont vu doubler leur effectif (passant de 5 à 11 postes) ;
- les aide soignants ont progressé de 17% et les agents de soins hospitaliers ou les animateurs d'ateliers de 60%.

La structure d'emplois est la suivante pour les soignants non médecins : sur 469 emplois, 8% sont cadres de santé, 2% psychologues, 59% infirmiers, 15% aides soignants et 16% agents de soins hospitaliers ou animateurs d'atelier.

A Evreux, l'évolution comparée des effectifs infirmiers et des effectifs d'aide soignants a été la suivante : 44 % pour les IDE et 23 % pour les aide soignants et 15 % pour les ASH.

Les établissements usent de différentes stratégies pour faire face à cette évolution, due d'abord aux difficultés de recrutement d'infirmiers.

- Un certain nombre d'aide soignants, notamment ceux présents la nuit et les week-ends sont des élèves infirmiers, qui à partir de la deuxième année ont le droit d'exercer ce métier. Ceci a l'avantage d'attirer un certain nombre de futurs infirmiers vers la psychiatrie et parfois le secteur.
- A l'IMR, les aides-soignants bénéficient comme les infirmiers diplômés d'Etat arrivant d'un autre IFSI<sup>31</sup> que celui de l'établissement, de la formation spécialisée en psychiatrie délivrée par celui-ci à ses élèves infirmiers.
- Dans trois secteurs contrôlés par l'IGAS, les agents hospitaliers et les aide soignants participent au travail collectif, notamment aux réunions d'équipes.
- Dans d'autres établissements au contraire, le recours aux aides-soignants est vécu sans anticipation et sans adaptation : c'est ainsi qu'au CHS d'Evreux (mais aussi dans d'autres établissements) les postes infirmiers vacants ont été gelés et on a engagé sur ces postes des aides-soignants contractuels, " pour pouvoir conserver les postes une fois revenus à meilleure démographie ! ". Cette gestion des ressources humaines aboutit à ne pas faire bénéficier ces aides soignants de la sécurité de l'emploi, risque de les envoyer vers des établissements leur offrant de meilleures conditions de travail et surtout n'utilise pas la stratégie de la promotion interne qui permettrait de pallier certains manques d'effectifs infirmiers.

De manière générale, l'inspection estime qu'il serait plus productif de mettre en place des formations communes aux infirmiers et aux aide soignants qui débouchent sur la constitution de collectifs de travail efficaces.

### *3242 - Psychologues : une intégration dans les équipes difficile*

Les psychologues constituent une profession dans laquelle il n'existe pas de nombreux clausus et qui a attiré beaucoup de jeunes. En revanche, l'exercice salarié en hôpital psychiatrique n'offre ni un statut très attractif, ni l'autonomie qu'ils revendiquent souvent. De plus certains

---

<sup>31</sup> IFSI : institut de formation en soins infirmiers.

établissements refusent de transformer les postes de vacataires à temps partiel en postes à plein temps (même pour les psychologues qui le souhaitent) ou alors ceux qui sont “ pré-embauchés ” par les médecins ne réussissent pas au bon moment le concours qui est régional.

Le problème auquel se heurte cette profession, du fait de sa formation et du fait de son statut d'emploi est celui d'une intégration difficile dans les équipes.

Alors que le gros des bataillons de soignants sont formés à l'hôpital (internat et IFSI), les psychologues le sont à l'université, sans formation en alternance.

De plus, l'emploi de psychologue hospitalier n'est qu'une des voies qui leur sont offertes et souvent ils poursuivent deux déroulements de carrière, à l'hôpital, à temps partiel pour s'assurer une formation et un salaire fixe et un travail en libéral, ou dans une autre institution.

Enfin, en raison de leur faible poids dans les effectifs hospitaliers et de leur plus faible temps de présence résultant de leur statut, ils ne constituent souvent que des auxiliaires ou des collaborateurs des médecins, qui d'ailleurs les choisissent, font créer leurs postes, les forment et parfois les encadrent.

L'intégration des psychologues dans le fonctionnement institutionnel de l'établissement est difficile : en effet ils n'apparaissent pas en tant que professionnels dans les diverses instances de l'établissement (CA, CME, CTE, CHSCT). Ils ne peuvent l'être qu'à condition d'être élus au titre d'une organisation syndicale représentative ; dans cette hypothèse, par essence marginale du fait du poids structurel de leurs effectifs, ils ne peuvent en aucun cas représenter leur profession. A Thuir, les relations de travail entre la DRH et le collège des psychologues pallient en partie ce constat. Mais cela est dû au comportement des personnes et n'a pas été vu dans les autres établissements, sinon à l'Institut Marcel Rivière, établissement dans lequel les psychologues sont associés au même titre que les médecins aux réunions professionnelles et de formation dans l'établissement.

Des solutions sont avancées à divers endroits, ainsi par le médecin directeur de l'IMR qui souhaite recruter des psychologues dans une formation universitaire organisée sous forme de master professionnel, après le diplôme, formation en alternance avec des services psychiatriques.

Il est clair en tout cas, que tant que leur statut imposera un temps de présence à l'hôpital aussi restreint, assorti d'une réticence importante de leur part à accepter de rendre compte de leur travail avec les patients, il sera difficile de les intégrer dans une équipe.

Il faut noter enfin qu'une implication plus grande en termes horaires dans le service amène quasi automatiquement une meilleure intégration et une meilleure reconnaissance.

A l'IMR, selon la convention collective de 1951, les psychologues font le même nombre d'heures que les médecins et ne disposent pas d'un temps FIR. Ils sont encadrés par le médecin directeur, ils participent aux réunions médecins - psychologues sur l'établissement et selon les entretiens effectués, ils ont témoigné de leur satisfaction de travailler dans cet établissement, certains y ayant d'ailleurs une ancienneté très importante.

A Thuir, les psychologues qui disposent du même statut avec temps FIR que dans tous les établissements publics, ont utilisé leur temps FIR très largement en dessous du temps

théoriquement alloué ; en effet, ce temps a représenté 21% du temps de travail dans un secteur, mais rien dans l'autre. Dans les deux secteurs les psychologues travaillaient pendant un temps largement supérieur au temps dû.

### *3243 - Assistantes sociales : une approche bureaucratique de leur fonction*

Dans la structure psychiatrique hospitalière, l'assistante sociale était celle qui était et faisait liaison avec l'extérieur du patient : sa famille, les institutions autres que l'hôpital.

Dès lors que les patients sont souvent traités à l'extérieur et qu'en tout cas c'est cette insertion qui est le but, quel peut être le rôle de l'hôpital ?

D'autant que souvent les personnels infirmiers et paramédicaux sortent avec les malades de l'hôpital pour accomplir des actes de la vie quotidienne ou participer à la vie ordinaire.

Le constat est brutal : il n'y a pas eu de réflexion sur l'évolution de ces métiers et d'une certaine manière, l'assistante sociale en psychiatrie est devenue la " bureaucrate de service " : chargée d'instruire les dossiers complexes, notamment de prise en charge, de régler les problèmes administratifs des patients (retraite, AAH<sup>32</sup>...) et également chargée de trouver des solutions pour orienter les patients au long cours hors de l'hôpital, en maison de retraite, en maison de repos, en institution médico-sociale.

Deux compétences des assistantes sociales sont peu utilisées : l'évaluation sociale des situations, conjointe à l'évaluation thérapeutique, qui permettra de trouver une solution pour les patients, en terme de continuité de soins et de type de vie (en famille, seul, en institution...) et le développement de l'insertion des patients dans la communauté, par le travail social collectif.

On peut expliquer le manque de recours à l'assistante sociale pour évaluer les potentialités des patients, par la situation des institutions médico-sociales, qui fait que le plus souvent c'est l'offre de places qui va déterminer le choix pour le patient.

Quant au deuxième point, il est lié d'une part à un manque de formation des assistantes sociales françaises à ce type d'intervention et d'autre part au petit nombre d'assistantes sociales, qui conduit les directions d'établissements à les affecter essentiellement sur les tâches hospitalières précédemment décrites.

Enfin, certaines équipes préfèrent adresser les patients suivis en ambulatoire aux services sociaux départementaux, ou aux CCAS, oubliés peut être du fait que le développement du lien social pour les malades mentaux se fait parfois plus facilement en " groupe de pairs " que dans des lieux et des activités où ils sont mélangés avec des personnes démunies, mais qui ne noueront pas forcément de liens avec elles.

Dans le secteur n°13 de Ville-Evrard, l'assistante sociale suit le fonctionnement de l'association d'usagers, elle participe aussi aux évaluations à domicile.

---

<sup>32</sup> Allocation adulte handicapée.

Dans certains établissements, ce sont les assistantes sociales qui aident à mettre en place des groupes d'entraide mutuelle, qui ressortissent bien d'un travail social avec les groupes.<sup>33</sup>

Il est clair que si l'on ne veut pas que les assistantes sociales, soit s'étiolent du fait du faible travail accompli, soit s'étouffent sous les paperasses administratives que souvent des agents formés seraient pus à même d'instruire, il est nécessaire de repenser leurs profils de postes et les formations en conséquence.

### *3244 - De "nouveaux métiers" peuvent être utiles*

La mission n'a pas exploré l'ensemble des métiers présents dans les établissements psychiatriques.

On note cependant deux points : le recours à de nouveaux profils, notamment socio-éducatifs ou même extérieurs au milieu est dynamique ; il se heurte pourtant souvent aux lourdeurs de la gestion statutaire.

A l'IMR, on recourt à des auxiliaires de vie sociale, pour effectuer l'accompagnement de patients suivis en extra hospitalier dans les difficultés propres à leur pathologie de la vie quotidienne.

De même on y engage d'anciens sapeurs pompiers de la Ville de Paris, qui font fonction à la fois de moniteurs de sports pour les patients et d'agents de sécurité. Enfin, on y regroupe en un pôle de compétences des professionnels kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes et médiateurs culturels (enseignants) pour animer des activités socio-éducatives dans l'établissement et un peu à l'extérieur.

Des difficultés administratives peuvent cependant s'opposer à la reconnaissance de ces nouvelles compétences

Comme cela est exposé dans l'annexe consacrée à cette professionnelle, l'auxiliaire de vie sociale interrogée par la mission est très satisfaite du contenu et des conditions de son travail ; en revanche, elle n'apprécie pas le titre qui lui est attribué par la convention collective de 1951, appliquée à l'IMR : alors qu'elle possède le diplôme d'auxiliaire de vie sociale, diplôme de travail social, elle est considérée, parce que ce titre n'est pas reconnu par la convention collective, comme agent des services hospitaliers. Elle va donc essayer d'obtenir par la VAD<sup>34</sup> le diplôme d'aide soignante. Mais elle sait qu'elle ne restera pas sur les fonctions qu'elle occupe actuellement et elle le regrette.

<sup>33</sup> Cf. le travail fait sur un secteur de Maison Blanche par une assistante sociale pour des usagers qui se sont organisés en association " Qu'est ce qu'on fait dimanche ?".

<sup>34</sup> VAD : validation des acquis de l'expérience.



### 33 – Une gestion des emplois et des compétences encore balbutiante

#### *331 - Pas de suivi ni d'anticipation des évolutions démographiques*

La connaissance du GVT<sup>35</sup> est utile, parce qu'elle permet, à tableau des emplois stable d'une année sur l'autre, de prévoir les dépenses consécutives aux augmentations de rémunération, à l'acquisition d'ancienneté et à l'avancement des agents, avec ou sans concours. Elle permet également d'anticiper le remplacement de personnels partant à la retraite par des personnels plus jeunes. Il devrait enfin permettre, dans les conditions d'une demande de travail suffisante dans toutes les professions, de choisir non seulement quel profil recruter par métier, mais également de construire une pyramide des âges qui permette une évolution des dépenses de personnels sans à coups. Bien évidemment, on n'atteint pas, ou plus, cette situation idéale et rares sont les établissements qui choisissent leurs candidats médecins, infirmiers voire aides-soignants.

Néanmoins une connaissance grossière de la pyramide des âges des médecins, des psychologues, des infirmiers, bref des professions qu'il faut former pendant plusieurs années, devrait permettre aux établissements de développer des stratégies de recrutement à long terme.

Il est frappant de voir que les établissements contrôlés n'ont que peu de rapport avec les universités. En période de pénurie les services des CHU font les enseignements, ont les postes d'internes et à la sortie les candidats aux postes d'assistants, chefs de cliniques et de praticiens hospitaliers. Les CHS sont nettement désavantagés, alors qu'ils constituent une part importante de la psychiatrie publique. C'est pourquoi également toute réforme de la formation des psychologues et la création éventuelle d'un internat en psychologie psychiatrique devrait avoir pour impératif de répartir enseignements et postes d'internes à égalité entre les CHS et les services des CHU.

S'agissant des infirmiers, il faut désormais considérer qu'il y a deux viviers pour la profession d'infirmiers, celui des candidats directs aux IFSI et celui de la promotion interne des aides-soignants voire des agents hospitaliers.

#### *332 – Quelle GPEC<sup>36</sup> pour la psychiatrie ?*

Cette courte analyse des professions et des tâches exercées dans les CHS montre que l'on est peut être arrivé au bout de la logique de l'identité professionnelle "à la française" qui relie de manière forcée diplôme, métier et activités.

D'une part, les enquêtes menées et plus encore l'examen détaillé des tâches réellement exercées par les agents, montrent bien qu'entre l'activité d'un psychologue, celle d'un infirmier, celle d'une aide soignante, celle d'une assistante sociale il y a souvent des recoupements.

<sup>35</sup> GVT : glissement vieillesse technicité.

<sup>36</sup> GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

D'autre part, on peut sérieusement se demander si entre une aide soignante bien formée à la psychiatrie et une infirmière fraîchement émoulue de l'école et ayant atterri par défaut en psychiatrie, ce n'est pas la première qui sera la plus compétente, au sein d'une équipe bien encadrée.

Mais surtout, la logique de segmentation par métiers induit, qu'on le veuille ou non, des réflexes corporatistes qui entravent le travail d'équipe, l'évaluation et l'implication collective.

Ne serait-il pas plus intéressant, une fois identifiées des fonctions, de réfléchir aux compétences et aptitudes nécessaires pour les remplir, ce qui permettrait à terme à un certain nombre de professionnels d'acquérir des compétences complémentaires et aux équipes d'évoluer de manière plus cohérente ? Reste que dans les établissements visités à quelques exceptions près il n'existe pas de répertoire complet des métiers, des emplois et des compétences tels qu'ils sont exercés, pas plus d'ailleurs que ne sont identifiés les nouveaux emplois et nouvelles compétences que supposerait dans chacun des cas la mise en œuvre des projets médicaux.

Il serait en tout cas utile et pertinent d'observer comment agissent des pays étrangers, confrontés aux mêmes besoins pour former et gérer les professionnels compétents.

## **PARTIE 4 – APPRECIATION GENERALE, PROPOSITIONS**

Le présent rapport s'appuie sur six contrôles d'établissements psychiatriques, sous l'angle de la gestion des ressources humaines. Dans chacun des établissements contrôlés, les missions ont relevé un certain nombre de difficultés, de manquements aux règles, de risques pour l'exercice de la mission de psychiatrie, du fait des conditions d'attribution et de gestion des moyens humains.

Chaque contrôle a fait l'objet d'un rapport, établi selon la procédure contradictoire et il appartient maintenant à ces établissements et à leurs tutelles de mettre en œuvre les améliorations nécessaires.

En revanche, un certain nombre de phénomènes décrits de manière répétée lors des six contrôles ne pourront être corrigés qu'avec une réforme de grande ampleur, qui touchera à la fois à la manière dont on détermine les moyens nécessaires à la psychiatrie, mais aussi à leur gestion et notamment à la gestion des statuts des personnels et à leur organisation.

On l'a dit, en introduction, la psychiatrie publique est décrite tantôt comme “ le village gaulois ”, dans lequel quelques professionnels particulièrement courageux travaillent jour et nuit pour s'occuper des malades, malgré les coupes sombres effectuées par l'administration dans les moyens de la psychiatrie, les fermetures de lits si décriées ; tantôt, les psychiatres ne seraient jamais présents dans leurs services, occupés sans cesse à des tâches d'intérêt général, des expertises, voire des activités annexes ; les psychologues ne viendraient que très épisodiquement dans les dispensaires et les infirmiers seraient essentiellement occupés par le combat d'arrière garde des anciens du cadre des infirmiers psychiatriques contre les néophytes du diplôme d'Etat. Tout ceci sur fond de scandale de l'abandon des malades, sans toit ni loi, sur les trottoirs et dans les prisons.

La situation qu'ont rencontrée les missions dans chacun des six établissements contrôlés est tout autre :

- l'implication des personnels et leur volonté de s'occuper des malades est réelle ;
- les moyens humains ne sont pas si réduits qu'on en soit partout à des situations de rupture ;
- la richesse et l'inventivité de nombre d'équipes de psychiatrie, notamment en matière de suivi extra-hospitalier est remarquable ;
- les manquements et les irrégularités, dans la gestion administrative et financière, ne sont pas la majorité et en tous cas ne diffèrent pas de ceux qui existent dans les hôpitaux à vocation généraliste.

Ce qui est frappant en revanche, c'est la difficulté de communication entre les différentes autorités en psychiatrie : “ mécompréhension ” et méconnaissance réciproques entre les directions d'administration centrale et les professionnels, notamment parce que ce ne sont que

les représentants syndicaux qui participent aux groupes de travail<sup>37</sup> ; incompréhension quant au sens que pourraient avoir pour la psychiatrie d'un certain nombre de réformes, qui, il faut le dire n'ont pas été imaginées pour cette spécialité, voire ont manqué l'adaptation spécifique ; manque d'encadrement du suivi des professions et notamment de l'évolution des fonctions et partant des compétences, ceci au profit d'une réflexion très "administrativo-administrative" sur les métiers et les statuts ; impossibilité enfin de trouver un terrain d'entente entre financeurs, politiques, professionnels et gestionnaires pour construire un outil simple et robuste qui permette d'attribuer les moyens aux différents établissements de manière un peu rationnelle et rigoureuse.

C'est à la correction de ces tendances que s'est attachée la réflexion de la mission, en proposant quelques objectifs et une méthode de réforme.

#### **41 - Ni désert, ni chaos, la GRH en psychiatrie ne souffre pas de dysfonctionnements spécifiques**

Si les établissements psychiatriques ne sont ni mieux ni moins bien gérés que la moyenne des établissements hospitaliers, certains dysfonctionnements doivent être redressés, de manière à octroyer les moyens nécessaires à la réalisation des projets de soins.

##### ***411 - Un laxisme constaté dans certains endroits doit être corrigé avant l'octroi de tout moyen supplémentaire par l'ARH***

Dans un certain nombre d'établissements, et ce ne sont pas les plus mal dotés, les accords de RTT ont été élaborés de manière si laxiste, que malgré les postes supplémentaires accordés, les ressources soignantes au lit du malade ont diminué.

Dans d'autres établissements, malgré les évolutions du dispositif de soins, l'organisation du travail n'a pas suivi, l'utilisation trop dispendieuse des personnels pour certaines fonctions (gardes, urgences, veille...) obérant le développement d'une psychiatrie dans la cité, allant au devant des malades.

Il est clair que les organisations de travail qui contreviennent à la législation et à la réglementation, les accords de RTT si flous que chacun peut les interpréter à son profit, les jours et heures octroyées en plus, tous ces avantages acquis ne peuvent plus coexister avec une revendication toujours plus forte de moyens supplémentaires.

**Chaque Agence Régionale de l'Hospitalisation doit donc faire effectuer dans tous les établissements psychiatriques un état des lieux du temps payé et du temps travaillé et de l'affectation de ces temps. Cet exercice doit être préalable à toute augmentation de moyens et doit être inscrite dans la préparation de la prochaine campagne budgétaire.**

---

<sup>37</sup> Il ne s'agit pas de critiquer cet élément essentiel du dialogue social, mais de noter que l'on confond souvent dialogue social et dialogue professionnel. Dans un cas, il s'agit de défendre des salariés, dans l'autre d'élaborer avec tous les professionnels concernés une posture de travail.

#### **412 - Donner un sens aux moyens demandés et octroyés**

Une telle remise à plat et dans les règles ne saurait signifier que les établissements psychiatriques peuvent se voir supprimer, de manière arbitraire, un certain pourcentage de leurs moyens, au profit d'autres spécialités (dont on n'est pas sûr du tout qu'elles fonctionnent de manière plus rigoureuse).

L'octroi de moyens supplémentaires doit cependant correspondre à des engagements de soins par secteur et par établissements. C'est à dire que quelle que soit la procédure adoptée pour fixer le budget d'un établissement psychiatrique, sa construction doit obéir à une logique, définissant l'activité et les structures de soins choisies pour l'exercer.

Mais on ne peut pas se contenter d'une description normée des différentes structures (CMP, Hôpital de jour, CATTP, HAD ) dont les moyens ne différencieraient qu'en fonction du nombre de lits et places. Selon le mode de fonctionnement choisi, l'amplitude ouverte, l'intensité des soins correspondant au projet de soins, les moyens nécessaires ne seront pas les mêmes. Il est donc nécessaire de demander à chaque secteur d'analyser ses coûts en personnels et d'accompagner chaque projet de développement d'une analyse des personnels nécessaires.

**On ne peut plus se contenter de déclarations d'intentions : ce sont de vrais engagements de soins (objectifs et moyens) dont il doit s'agir. Ces démarches de justification des moyens utiles en fonction de leur utilisation doivent bien sûr être appliquées aux organisations sectorielles, mais aussi intersectorielles ; les pôles des fonctions supports doivent suivre la même démarche.**<sup>38</sup>

## **42 - Les spécificités du soin psychiatrique doivent être prises en compte**

### **421 – Adapter l'appareil de soins n'est pas stigmatiser les malades mentaux**

La psychiatrie publique en France s'est érigée comme système d'accueil et de soin des personnes souffrant de troubles mentaux en même temps qu'elle acquerrait son autonomie par rapport à la médecine, en devenant une spécialité.

Retirer les aliénés aux quartiers généraux des hôpitaux et autres dépôts de mendicité a constitué un progrès. La fin du XX<sup>e</sup> siècle a en revanche été un long chemin vers la "déspécification", ressentie comme la stigmatisation.

La loi sur les droits des malades, qui ne reconnaît la spécificité de l'état de pathologie mentale que quand la personne est hospitalisée sans son consentement a sans doute constitué l'étape ultime de ce processus de banalisation.

Il n'appartient pas à l'Inspection, et en tout cas pas dans le cadre du présent rapport, de se prononcer sur cette question complexe de la spécificité des troubles mentaux et des avantages et risques de leur banalisation.

---

<sup>38</sup> L'imprécision de telle directrice des ressources humaines qui expliquait à la mission qu'elle diminuerait le nombre de personnels, en prenant sur les services techniques, "par exemple, en supprimant les potées de géranium sur les rebords de fenêtre" donne à réfléchir !

En revanche, les soins psychiatriques sont eux organisés de manière spécifique. Tout d'abord, il est parfois nécessaire de soigner des personnes sans leur consentement, parce que leur état de santé ne leur permet pas de donner ce consentement de manière éclairée ; ensuite, le cours de la maladie mentale, particulièrement des pathologies de type psychotiques, avec leurs longs moments de stabilité, la nécessité de suivre des traitements, même quand les symptômes ont disparu, la difficulté de cette observance, les risques de " crise ", c'est à dire de réapparition des symptômes les plus perturbants, personnellement et socialement nécessitent une organisation de soins spécifiques.

Il faut le dire et le redire, l'asile a été un formidable progrès pour les malades mentaux, parce qu'il a été conçu pour les accueillir et les soigner ; mais il a été et est toujours un danger de chronicisation des malades, qui deviennent au bout d'un certain temps d'hospitalisation presque incapables de vivre à l'extérieur.

Même des séjours de durée moyenne, dès lors que leur durée dépasse le temps de contention nécessaire du fait des symptômes, ont des effets pervers de désocialisation très rapides. Les expériences d'hospitalisation à domicile ou d'intervention à domicile le montrent : elles n'améliorent pas tant le pronostic quant à la gravité de la maladie, mais elles permettent de construire des rapports des malades et de leurs familles avec les équipes soignantes qui sont un gage de meilleure insertion des personnes souffrant de troubles psychiques.

La psychiatrie ne peut donc pas être organisée selon un modèle réservé à l'aspect curatif aigu, elle doit disposer d'une offre de soins globale, qui couvre prévention primaire, secondaire et tertiaire, soins aigu et continuité de la surveillance et des soins.

**Des modèles de gestion des ressources humaines adaptés à ces spécificités doivent être développés, sans qu'on puisse déduire de cette nécessaire adaptation des outils, une stigmatisation des malades. Non la maladie mentale n'est pas une " maladie comme les autres " ; oui les malades mentaux sont des citoyens comme les autres ; ils doivent être soignés en fonction des impératifs de leur pathologie et bénéficier des mêmes droits de citoyens que tous.**

#### ***422 - Favoriser le dialogue professionnel – Construire des projets d'établissements en partant de l'analyse de l'existant***

Depuis la loi hospitalière de 1991, on applique à la psychiatrie, avec les retards dus à sa spécificité, les réformes générales, élaborées pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique. Il en a été ainsi, avec l'échec constaté, du PMSI et si l'on n'y prend garde, il en sera de même avec la T2A.

Il en a été de même pour l'organisation des relations de travail à l'intérieur des établissements psychiatriques, du rôle des différentes directions et des pouvoirs des chefs de service. Il en sera de même, quant à l'application de la nouvelle gouvernance.

Le débat, on l'a montré à plusieurs endroits, s'est polarisé sur la question du découpage des établissements en pôles : regrouperaient ils plusieurs secteurs, tous les secteurs, un seul secteur ? Avec des réponses diverses, tous les secteurs de psychiatrie pour les CHU et un secteur par pôle ou un pôle par secteur pour les CHS.

Pourtant, la question première qui eût dû être posée n'était pas tant celle-ci que celle de l'organisation de l'établissement en secteurs et en intersecteurs. Qu'un établissement soit découpé en plusieurs secteurs, c'est à dire des offres de soins généralistes et territorialisées ne devrait pas empêcher qu'il recherche et trouve des solutions de collaboration entre les secteurs pour traiter des questions de pathologies très spécifiques, de populations particulières quant aux soins, de services spécifiques : l'accueil des adolescents, des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques, des délinquants souffrant de troubles psychiatriques, mais aussi l'accueil de l'urgence, l'organisation de la permanence de soin et d'accueil pour les malades suivis en ambulatoire ne peuvent pas ressortir d'un seul secteur, couvrant au maximum 150 000 personnes. Une mutualisation des moyens soignants, mais également une mutualisation des relations avec les professionnels des secteurs social et médico-social est nécessaire.

Gestion autonome, mais contrôlée du secteur, gestion commune ou déléguée de missions intersectorielles nécessitent donc une organisation spécifique, qui doit être adaptée à chaque situation.

Le projet d'établissement doit être le fruit d'une telle analyse précise des objectifs et des obstacles à lever pour les atteindre et des moyens nécessaires.

Pour gérer un tel établissement, il est nécessaire que l'équipe exécutive au lieu d'être un énième lieu d'affrontements entre les différents professionnels et particulièrement les soignants et les administratifs soit un collège de décideurs.

Ses membres ne sont pas représentants de corporations, mais membres d'un organe de décision.

Pour éclairer les décisions, piloter la démarche de projet, réorienter les décisions de gestion et d'organisation selon une logique clinique, il est nécessaire que la CME ne soit pas l'instrument de représentation et de pouvoir des médecins, mais un organe d'élaboration d'un programme de soins ; elle pourrait dans ce sens accueillir les psychologues et les cadres supérieurs de santé.

Les conseils de service devraient être les unités de base d'une telle démarche d'analyse projective, synthétisant le travail multi-professionnel mené au niveau de chaque structure.

Reste à convaincre les établissements, mais aussi l'administration centrale des bienfaits d'une organisation différenciée selon les sites et d'abord congruente avec la réalité à organiser.

**Le travail des ARH devrait être de s'assurer que chaque établissement a construit ainsi son projet, validé par les instances de concertation et de décision . L'appui des consultants devrait être refusé quand il s'agit de dupliquer à l'identique des projets abstraits qui ne reposent pas sur une analyse participative.**

#### *423 - Avoir des établissements de taille raisonnable*

Un certain nombre d'établissements, dans ceux que la mission a visités, essentiellement le CHS de Ville-Evrard sont tellement importants, qu'il est illusoire de penser qu'ils puissent développer un projet commun encore moins qu'un organe de direction quel qu'il soit puisse les encadrer.

Un établissement de quatre secteurs adultes (500 000 personnes au maximum) et deux secteurs infanto-juvéniles, permettrait une mutualisation à taille gérable des fonctions spécialisés (ados, vieux, urgence, UHSA).

La restructuration de grands établissements mérite une mission spécifique, nécessaire en tout cas pour un établissement comme Ville-Evrard, qui paraît échapper à tout pilotage.

### 43 - Revoir les statuts des différents personnels

Le débat en psychiatrie s'est focalisé essentiellement sur la réforme supprimant l'internat spécifique et le cadre infirmier, au profit de l'internat général et le diplôme d'état d'infirmier.

Les arguments en faveur de l'un ou l'autre des statuts paraissent s'équilibrer et il ne paraît pas raisonnable de procéder à une nouvelle réforme.

Mais il est nécessaire de répondre à des questions de pénuries de personnels d'une part et à mieux utiliser les différents potentiels des professionnels d'autre part.

#### *431 - Répondre aux problèmes urgents de pénuries de soignants*

*4311 - Si le manque de psychiatres n'est pour l'instant pas catastrophique, des mesures préventives doivent être prises*

Le taux de psychiatres par habitant est en France un des plus élevé en Europe.

Trois problèmes se posent cependant de manière immédiate :

- l'inégalité de dotations entre établissements, alors qu'ils ont les mêmes obligations.
- la difficulté de certains établissements à recruter ;
- la " fuite " des psychiatres vers l'activité libérale et les établissements privés.

Le premier problème mérite d'être posé avec transparence et devant toute la profession. Diverses solutions peuvent être envisagées, dont l'affectation autoritaire en début de carrière, dont la bonification de carrière pour certains postes.

**Plus simplement, si l'on ne veut pas que les écarts s'accroissent, il faut supprimer dans les établissements qui ont un nombre de postes élevés, les postes non pourvus immédiatement, voire introduire une priorité d'affectation aux établissements moins bien pourvus.**

Cette péréquation des moyens autorisés est du ressort du ministère et il serait grave que la réforme budgétaire en limitant les crédits de personnels aux situations actuelles ne fige, une fois de plus, les inégalités.

Autre solution, doter les établissements à faible potentiel de médecins d'un nombre confortable de postes d'internes et donc accroître les postes dans les régions les moins bien pourvues<sup>39</sup>. Certes cette solution se heurterait aux intérêts des universités, mais elle paraît la

---

<sup>39</sup> La répartition des internes est fixée conjointement par le ministère de l'enseignement supérieur et le ministère de la santé, mais ce sont le plus souvent les intérêts de l'enseignement supérieur qui prévalent. (entretien DGS).



seule capable de renverser certaines situations. L'université de Rouen devrait avoir assez de postes pour affecter un interne par secteur au moins à l'hôpital d'Evreux, alors que celle de Créteil pourrait voir diminuer son nombre de postes, Ville-Evrard n'ayant pas les plus grandes difficultés à recruter.

*4312 - La réforme du mode d'acquisition du titre de psychiatre doit être envisagée*

**Sans revenir au cadre et rétablir le psychiatricat, il serait envisageable de réintroduire une deuxième voie d'acquisition du titre de psychiatre, pour les médecins soit généralistes, soit spécialistes d'autres spécialités, qui pourraient, en cours de carrière, réorienter celle-ci.**

Actuellement, ils se forment en suivant un enseignement de type DUP, mais on pourrait envisager une sorte de congé individuel de formation qui leur permettrait de se former à plein temps pendant un an.

*4313 - Les psychologues peuvent ils remplacer les psychiatres et à quel prix ?*

Ce n'est pas seulement parce qu'on manque de psychiatres et qu'on a formé un grand nombre de psychologues qu'il faut envisager un glissement de certaines fonctions médicales vers ceux-ci. C'est aussi parce qu'ils représentent une certaine tradition de la psychiatrie européenne, pas uniquement arcbutée sur les traitements chimiothérapeutiques. C'est aussi parce qu'ils possèdent en principe des compétences permettant de développer des aspects très importants en psychiatrie :

- évaluations des capacités cognitives et mise au point de programmes de réhabilitation ;
- psychothérapies de diverses natures, et également de soutien dans les cas de traitement médicamenteux lourd ;
- supervision de groupes de soignants, pour éviter les phénomènes de chronicité, de maltraitance ...
- encadrement d'équipes, notamment de professionnels d'horizons divers.

Il est clair qu'il serait également intéressant de pouvoir leur confier des accueils de première ligne, dès lors que nombre de demandes de consultations signifient plutôt une souffrance psychique qu'une pathologie psychiatrique.

La question de savoir s'ils devraient avoir le droit de prescrire ou de renouveler des prescriptions au long cours mérite d'être posée.

Une telle évolution nécessiterait une spécialisation après le diplôme général de psychologue, peut être l'instauration de ce que d'aucuns appellent un internat en psychiatrie. Organisé dès lors en commun avec l'internat médical de psychiatrie<sup>40</sup> ?

**Des travaux permettant de faire évoluer en même temps le statut, la formation et les compétences d'exercice des psychologues doivent être engagés très vite.**

---

<sup>40</sup> Cf. Annexe 8 : Le difficile positionnement des psychologues, analyse effectuée dans le cadre du contrôle de l'EPSS de Thuir

### ***432 - Compléter les équipes d'infirmiers par d'autres professionnels***

On a montré que les infirmiers n'avaient plus le monopole du soin psychiatrique, et que leurs tâches s'étaient diversifiées et se recoupaient avec celles d'autres professionnels, paramédicaux moins qualifiés et travailleurs sociaux.

Pourtant, le recours à ces autres professionnels peut être un enrichissement pour le travail d'équipe psychiatrique. A condition que les fonctions et les compétences de chacun soient identifiées et que les évolutions de carrière soient possibles.

#### *4321 - Des compétences spécifiques : l'entretien infirmier et les transmissions*

Les infirmiers disposent de deux compétences qui leur sont spécifiques : l'aptitude à l'entretien relationnel, dit "entretien infirmier", qui nécessite en psychiatrie une formation, à la prise de distance, à l'analyse des risques et des symptômes en même temps qu'une capacité humaine d'empathie ; la capacité à noter tout ce qui touche l'état d'un malade dans un écrit transmissible. Cette transmission est l'une des clefs du travail en équipe et cette capacité à l'écrit signe souvent la différence entre les infirmiers et les personnels moins qualifiés. Ce sont ces deux aptitudes qui sont nécessaires, notamment en activité extra hospitalière, pour le premier accueil et pour les accueils périodiques.

En revanche, un certain nombre de tâches traditionnellement effectuées par les infirmiers semblent pouvoir être effectués par d'autres personnels, bien encadrés : les activités de veille, de nursing, d'accompagnement dans des activités, d'animateur d'atelier.

#### *4322 - Infirmiers et travailleurs sociaux : une coupure parfois artificielle*

Dans de nombreux établissements, les assistantes sociales sont utilisées essentiellement comme des bureaucrates, chargées de trouver des places pour les malades hospitalisés dans le dispositif médico-social ou de démêler les "papiers de retraite, d'assurance maladie.. ;"

La compétence propre d'une assistante sociale, ou d'un éducateur, est pourtant de l'ordre du travail sur le lien social : favoriser par des activités de groupe, des activités de formation, éducatives, l'intégration des malades mentaux dans un milieu de vie ordinaire.

Si l'infirmier travaille plutôt sur le soin de la part malade du sujet, c'est au travailleur social de travailler sur les potentialités de celui-ci, ses capacités restantes, ses possibilités de compensation, mais aussi sur la capacité du milieu à être tolérant et accueillant.

**Plutôt qu'accentuer les identités professionnelles par métiers, il faut développer des formations d'adaptation à l'emploi communes aux professionnels paramédicaux et sociaux se destinant au travail en psychiatrie.**

### ***433 - Réfléchir à la question des professions en psychiatrie de manière globale***

On l'a montré tout au long de ce rapport et on le voit également dans les annexes relatives à l'analyse des tâches, il n'y a plus beaucoup de fonctions qui appartiennent en exclusivité à une profession soignante. Dans un grand nombre de cas, les activités de soins requièrent une approche collégiale et pluri-professionnelle : diagnostic, protocole de soins, projet de

réinsertion. Certes, des compétences spécifiques, médicales, psychologiques, relationnelles sont nécessaires et il serait dispendieux d'utiliser des médecins formés pendant dix ans après le baccalauréat pour accomplir des tâches non qualifiées de nursing ou d'entretien. Il n'en reste pas moins que d'une part, chacune de ces tâches accomplie avec et pour un malade a pour celui-ci un sens thérapeutique et que les personnels ont besoin pour cela d'une formation spécifique à la relation avec les malades mentaux ; d'autre part, les recoupements entre professions sont nombreux et une moindre rigidité quant aux monopoles des uns et des autres permettrait d'améliorer le fonctionnement global.

**Si la formation et les activités de certaines professions méritent d'évoluer, il faut surtout développer des formations communes et en alternance.**

#### **44 - Construire un instrument robuste pour évaluer les moyens nécessaires aux établissements psychiatriques**

Il a été démontré tout au long de ce rapport combien l'attribution des moyens aux établissements psychiatriques était effectuée de manière aléatoire.

Il est donc nécessaire de reprendre la question de l'attribution des moyens humains à partir d'une réflexion avec les professionnels de terrain

La demande de soins n'est pas bien identifiée dans cette spécialité : elle peut être largement sous estimée parce qu'une des caractéristiques des malades mentaux, c'est que plus ils sont malades, moins ils demandent à être soignés et donc il faut imaginer des systèmes dans lesquels l'appareil de soins va au devant des malades, c'est le secteur, dans son sens premier.

Elle est également parfois surestimée, parce que l'ensemble des partenaires sociaux et médico-sociaux ont tendance à désigner la psychiatrie comme devant prendre en charge des catégories de personnes qu'ils peinent à suivre du fait de leurs troubles psychiques. Alors que justement, il est nécessaire que tous ces intervenants, non pas se partagent les usagers selon leurs caractéristiques, mais collaborent, chacun dans sa fonction, pour ces usagers qui relèvent de soins, d'hébergement social, de rééducation médico-sociale etc.

**Il est possible de répartir mieux les moyens en personnels entre les différentes régions et entre les différents établissements et secteurs en fonction de paramètres simples, du type nombre d'habitants du secteur pondéré par un indicateur social, un indicateur d'équipement psychiatrique privé et un indicateur géographique, l'affectation fine à chaque secteur devrait se faire en fonction de l'activité réelle, telle qu'elle s'observe dans le secteur, telle que le secteur en rend compte. C'est presque un projet de soin qui doit être financé.**

**Une telle approche permettrait à la fois d'égaliser les dotations données par l'assurance maladie sur le territoire national et mobiliser les secteurs pour qu'ils ajustent leur activité soignante réelle à leurs demandes de moyens.**

**Ce type de méthode doit être élaboré à partir de l'observation du fonctionnement de quelques établissements psychiatriques. Des enquêtes, du type de celles mises en œuvre par l'IGAS dans cette mission, pourraient utilement être effectuées, notamment pour dégager quelques types de malades, selon le travail " qu'ils coûtent ".**

## **45 - Comment mettre en œuvre**

Comme d'autres rapports de l'IGAS l'ont montré récemment, il est temps de refonder la psychiatrie publique en abordant de manière globale les questions de droits des malades, de besoins des familles, d'organisation des soins et de la prévention, de formation et de statut des professionnels et d'allocation des moyens financiers.

Et ce en associant dans un groupe de travail les professionnels de terrain, les experts et les décideurs. De manière à ne pas être obligé de légiférer dans l'urgence et sous la pression politique et médiatique.

C'est cet objectif que devrait poursuivre une administration centrale soucieuse de réguler les dépenses de santé par une meilleure organisation et une meilleure qualité des soins.

**Hélène STROHL**

**Jean-Paul BASTIANELLI**

**Gérard LAURAND**

**Christian PLANES-RAISENAUER**

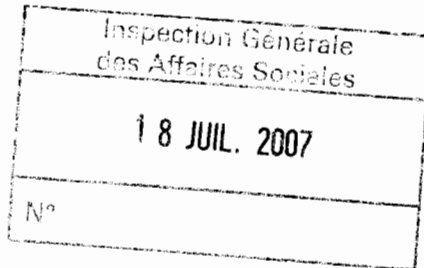
**Réponses de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
et observations, en retour, de l'Inspection générale des affaires sociales**

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION  
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Paris, le 12 juillet 2007

DHOS /F2 /P2/O2/M2/FR

0 0 7 3 8



La directrice de l'hospitalisation et de  
l'organisation des soins

à

Monsieur le chef de l'inspection générale des  
affaires sociales

**Objet :** Observations concernant le rapport sur la gestion et l'utilisation des ressources humaines dans 6 établissements psychiatriques.

Vous trouverez ci-joint les observations détaillées qu'appelle le rapport cité en objet et pour lequel vous m'avez sollicitée.

## 1. En ce qui concerne la Partie financière

La 1<sup>ère</sup> partie du rapport aborde le problème de l'allocation des moyens qui selon le rapport « n'obéit à aucune règle cohérente » (page 7)

Les remarques suivantes peuvent être établies :

### 1.1. La fixation des crédits et le suivi des moyens au niveau national

La psychiatrie relève de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF). Cette dernière comprend trois sous-ensembles : les établissements spécialisés en psychiatrie, le SSR, les hôpitaux locaux.

Depuis la mise en œuvre de la T2A en MCO, le suivi des moyens accordés par les régions sur les dotations s'effectue grâce à l'applicatif « ARBUST ». Ainsi, la DHOS suit précisément, par établissement, les crédits alloués pour un exercice sur les dotations DAC/MIGAC/DAF en distinguant la part reconductible de celle non reconductible. Pour les établissements ayant à la fois une activité MCO et une l'activité psychiatrique (ou SSR), les régions ont l'obligation de scinder les crédits DAF selon la nature de l'activité pour laquelle ils sont attribués (DAF SSR/ DAF PSY). En revanche pour les établissements non soumis à la tarification à l'activité (CHS et les SSR qui ont de la psychiatrie), le suivi est opéré depuis 2005 sur l'enveloppe DAF globale, la distinction par nature d'activité (DAF SSR, DAF PSY) n'étant pas obligatoire. Ce suivi global étant la seule obligation légale, un certain nombre d'ARH ne distingue donc pas dans les remontées l'éclatement entre SSR et PSY. Une enquête a été diligentée dans les régions fin 2005 afin qu'elles indiquent

pour chaque établissement la répartition de la structure d'activité entre PSY/SSR et MCO le cas échéant (ne concerne que les hôpitaux locaux). Sur la base de cette enquête, la psychiatrie représenterait, fin 2006, environ 58% des crédits DAF. A partir de 2007, les ARH vont désormais suivre de façon fine la répartition SSR/PSY afin que l'administration centrale ait une vision plus exacte.

Jusqu'à récemment, techniquement ce suivi des crédits de la psychiatrie s'effectuait par le biais des plans de santé publique (cf plan de santé mentale). Cependant cette problématique est en train d'être bousculée :

- le SSR va faire l'objet d'une tarification à l'activité à l'horizon 2009- 2011
- le suivi des crédits psychiatrie par les ARH va être très sensiblement amélioré
- la Valorisation des Activités en Psychiatrie (VAP) est en préparation

En outre, la remarque selon laquelle « la psychiatrie est une variable d'ajustement » (cf page 14) doit être fortement nuancée. En effet, les crédits DAF ont toujours été déconnectés des régulations, celles-ci se sont faites en intra MCO, à l'exception de l'année 2006 où 14 M€ ont été basculés de la DAF vers la DAC. Cet ajustement technique est donc resté exceptionnel jusqu'à présent.

## **1.2. « Les données sur l'activité recueillies dans certains établissements ne permettent pas de servir de base à une tarification » (cf page10 du rapport)**

En premier lieu, il convient d'observer que la mise en place des moyens de la psychiatrie ne résulte pas d'une planification, mais de la reconduction historique de moyens mis en place à l'occasion de la sectorisation.

Le constat de cette disparité a motivé plusieurs tentatives de réforme du financement de la psychiatrie. Les difficultés propres à cette spécialité ont rendu la démarche difficile, allant jusqu'à provoquer des "Etats Généraux de la Psychiatrie" en l'an 2000.

Depuis, une meilleure concertation avec les instances de la profession ont permis de relancer une expérimentation, puis de définir un projet de Valorisation des Activités en Psychiatrie (VAP), qui doit devenir le financement moderne et rénové de ce champ d'activité.

Le projet de VAP s'organise actuellement selon 4 axes de réflexion, dont la participation définitive ne sera arbitrée qu'en dernière instance :

- compartiment missions d'intérêt général (MIG)
- médicaments coûteux.
- compartiments Activité
- compartiment Géo Populationnel

Si les compartiments MIG et médicaments sont classiques, on notera que le compartiment Activité repose sur un Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie (RIM-P) spécifique. Ce RIM-P, héritier du PMSI expérimental utilisé entre 2002 et 2005, comporte une description poussée de 3 modes de prises en charge organisés en 12 formes d'activité.

1/ La prise en charge à temps complet comporte :

- hospitalisation à temps plein
- séjour thérapeutique
- hospitalisation à domicile
- placement familial thérapeutique
- centre de post-cure psychiatrique

- centre de crise (incluant les centres d'accueil permanent et centres d'accueil et de crise)
- 2/ Il existe également les prises en charge à temps partiel :
- hospitalisation à temps partiel de jour
  - hospitalisation à temps partiel de nuit
  - CATTP et atelier thérapeutique
- 3/ Et pour les prises en charge ambulatoires :
- accueil et soins en CMP
  - autres consultations et soins notamment en psychiatrie de liaison

Le compartiment géo-populationnel est en cours de définition ; il a pour objectif de prendre en compte les charges spécifiques de la psychiatrie sectorisée. Il pourrait s'appuyer sur une capitation modulée par des indicateurs sociaux et géographiques.

Cette réforme est en cours de définition, en concertation avec les professionnels qui ont participé à l'élaboration du nouveau RIM-P. La généralisation du RIM-P est l'objectif de l'année 2007. Par ailleurs, un appel d'offre est sur le point d'être lancé sur le secteur géo populationnel. Le retraitement comptable a été redéfini cette année pour que les éléments soient en phase avec les définitions d'activité du RIM-P. Les premières exploitations du RIM-P sont attendues pour mettre en place une Etude Nationale des Coûts et définir des tarifs.

Dans ce cadre il deviendra plus facile de prendre en compte les interactions complexes entre les établissements et les activités réelles dans les moyens attribués aux établissements.

## **2. En ce qui concerne la Partie « ressources humaines non médicales »**

Parmi les éléments identifiés comme problématiques dans la gestion des ressources humaines des établissements de santé spécialisés en psychiatrie, deux reviennent régulièrement et figurent à ce titre dans le rapport IGAS. Il s'agit tout d'abord des fortes tensions observées sur le recrutement de soignants en psychiatrie et ,au-delà, de la fidélisation de ces personnels, et ensuite de la question fondamentale de l'acquisition des savoirs en psychiatrie et de leur transmission aux jeunes générations.

Il convient, pour prendre en compte ces deux dimensions de la gestion des ressources humaines en psychiatrie, de se référer à la fois aux mesures prévues dans le cadre du Plan de Santé Mentale, mais aussi des préconisations de l'étude prospective sur les métiers de la FPH (à paraître cet été sur le site du ministère de la santé, dans le cadre des travaux de l'Observatoire national des emplois et des métiers de la FPH) qui a identifié le métier d'infirmier, comme métier sensible.

### **2.1. Les difficultés de recrutement de soignants en psychiatrie**

#### **2.1.1. Etat actuel du marché du travail**

Si ,globalement, le métier d'infirmier n'est pas ,en 2007 ,véritablement en tension, il est le plus souvent ressenti comme tel. Des difficultés importantes de recrutement sont constatées dans des spécialités moins attractives (ex. gérontologie, psychiatrie, service de nuit), dans certaines régions (ex. Ile-de-France, Nord – Pas-de-Calais), ou encore dans les établissements les plus petits.



Concernant les infirmier(e)s, les études régionales mettent en évidence les difficultés actuellement rencontrées par certaines régions pour maintenir une offre de soins infirmiers répondant aux besoins de la population. Si les quotas de formation sont définis dans le but de répondre aux besoins régionaux, il existe des divergences de résultats. Trois phénomènes permettent d'expliquer une telle situation :

- certaines régions (Réunion, Nord-Pas-de-Calais, Île-de-France) ont de réelles difficultés à atteindre le quota de places offertes ;
- la déperdition des étudiants en cours de formation est de 20 % en moyenne au niveau national, mais peut atteindre 29 % (Nord-Pas-de-Calais). Il semble donc qu'en élargissant ces dernières années leur base de recrutement, les écoles ont été confrontées à un accroissement des abandons pendant la formation ;
- enfin, la fuite hors de leur région de formation des jeunes diplômés. L'Île-de-France apparaît ainsi comme la grande pourvoyeuse d'infirmier(e)s pour les autres régions.

Les motivations des mobilités interrégionales sont multiples, tant à la sortie de la formation (manque de places dans sa région d'origine, taux de réussite au concours, réputation de certaines écoles, comportements traditionnels...), qu'en cours de carrière (mobilité professionnelle du conjoint, choix de carrière et de mode d'exercice salarié ou libéral, conditions d'exercice, conditions de transport et d'habitat).

La psychiatrie n'échappe pas à ce phénomène général, qui, pour elle, se renforce en raison d'une appréhension des jeunes professionnels vis-à-vis de la discipline, réputée plus éloignée de l'exercice habituel d'une infirmière sortant de l'Institut de formation en soins infirmiers.

Par ailleurs, une crainte est aussi régulièrement formulée sur les difficultés de « retour » dans le secteur classique MCO après une expérience en secteur psychiatrique.

### **2.1.2. Une réflexion nécessaire sur les conditions d'attractivité du métier en psychiatrie**

Une des questions premières de l'attractivité en psychiatrie est liée au temps d'adaptation qui doit être donné et organisé pour les jeunes professionnels (voir point 2 sur le dispositif formation du PSM) Ce temps d'adaptation, sans doute de plusieurs mois, permet de sécuriser les jeunes professionnels et aussi de les « acculturer » à un environnement et une discipline jugées encore un peu « à part » par les professionnels eux mêmes.

La possibilité de revenir en établissement MCO est sans doute la deuxième condition de l'attractivité en psychiatrie. Cette mobilité, dans les deux sens, gagnerait à être organisée, voire contractualisée, à la fois entre l'encadrement et les agents, mais aussi entre structures de santé.

Cependant, avant la nécessaire et souhaitable mobilité, il est important que les équipes puissent compter sur des équipes stables, car seule cette stabilité permet à chacun et au collectif d'acquérir une expérience (de travailler ensemble, de développer des problématiques de soins spécifiques, etc.) qui favorise le renforcement de la qualité soignante.

Quelques pistes d'action ont été formalisées dans le cadre de l'étude prospective sur le métier d'infirmier, qui se justifient quel que soit le secteur d'affectation :

- Sensibiliser et former les cadres à l'accueil puis à l'écoute individualisée des besoins et attentes ; à l'explicitation du projet de soin d'établissement et de pôle au niveau de l'unité et pour chaque soignant ; à la création d'un bon climat de travail au niveau de l'unité à la mise en œuvre d'une politique de développement des compétences individuelles ; à la mise en place

puis mise en œuvre d'une politique des compétences collectives (unité apprenante : ce qui améliore la fidélisation et l'attractivité)

- Généraliser les études de climat social et leur exploitation pour mettre en œuvre des plans d'actions
- Développer les possibilités d'évolution personnelle, y compris avec des plans de reconversion ou encore de mobilité inter-établissement ; ceci afin de d'accroître l'attractivité
- Travailler sur les conditions d'exercice (horaires, organisation du travail), en lien avec les problématiques de transport
- Apporter des solutions aux questions de l'habitat, de la garde des enfants (convention avec les offices HLM, les mairies pour les crèches, chèques services...)

### **2.1.3. Des évolutions de carrières et de métiers qui renforcent la fidélisation des personnels**

En effet, la réflexion avance rapidement sur les activités d'expert(e) clinicien(e) en soins généraux (travaux de l'Observatoire national des emplois et des métiers de la FPH, de l'HAS). Ces infirmier(e)s clinicien(ne)s ou coordinateur(ice)s qui émergent dans les établissements, auxquels l'on confie des missions de :

- Participation au suivi en consultation des maladies chroniques suivant une procédure parfaitement établie par le médecin et en concertation avec lui
- Coordination des examens de suivi et de reconduction,
- Suivi de la bonne exécution des traitements et surveillance de leur tolérance,
- Intervention dans le domaine de la prévention, de l'éducation et du dépistage.

Ces missions peuvent aussi s'exercer dans des spécialités médicales différentes, comme par exemple dans les expériences lancées suite au rapport du professeur Berland sur la coopération entre médecins et soignants. En psychiatrie par exemple, on pourrait tout à fait imaginer qu'une infirmière « expert clinicienne » réalise les actes suivants : consultation d'orientation, suivi clinique des patients, encadrement et tutorat des jeunes professionnels. La possibilité de trouver des voies d'évolution au sein même du métier d'infirmier, sans avoir à changer de métier (devenir cadre de santé par exemple) est un puissant moteur d'implication et de fidélisation des personnels, particulièrement en santé mentale.

### **2.1.4. La place des psychologues :**

La mission IGAS suggère des évolutions des compétences d'exercice des psychologues. Pour la DHOS, c'est un préalable à toute évolution statutaire, étant précisé que le statut des psychologues constitue une problématique qui doit être traitée dans un cadre inter-fonctions publiques, d'une part, et que, d'autre part, leur formation relève du champ universitaire, car il ne s'agit pas d'une profession de santé figurant au Code de la Santé Publique.

S'agissant enfin du relais que les psychologues pourraient prendre dans le cadre d'une coopération avec les psychiatres, il apparaît utile de définir, en préalable, un cahier des charges qui pourrait servir de base à une expérimentation et de s'entourer des précautions juridiques permettant d'en valider le contenu. A cet effet, le concours de la HAS pourrait être sollicité.

## **2.2. Les mesures prises dans le cadre du dispositif formation du « plan santé mentale »**

La formation a été identifiée comme une priorité dans le cadre du plan. S'inscrivant dans la continuité des travaux du groupe de travail sur « la formation des infirmiers exerçant en psychiatrie » (DGS/DHOS de juin 2002 à janvier 2004), un dispositif global et cohérent visant une meilleure adaptation des nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie, a été mis en place, en complément de la poursuite des mesures relatives à l'amélioration de la formation initiale en IFSI.

Outre la généralisation de la mise en œuvre de la formation « consolidation et intégration des savoirs et des pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie » initiée en 2004, le PPSM a prévu l'instauration d'un tutorat permettant au personnel infirmier qui exerce pour la première fois en psychiatrie de bénéficier d'un encadrement de proximité par des pairs expérimentés, dans une démarche de continuum entre les contenus de formation et la pratique professionnelle. Cette mesure comporte deux piliers : la formation des tuteurs et la compensation du temps consacré au tutorat par les établissements sur la base d'indemnités de remplacement.

### **2.2.1. Les orientations données au dispositif**

#### **1) Objectifs :**

- adapter les compétences en santé mentale sur la base d'une transmission –notamment intergénérationnelle- des savoirs et des pratiques ;
- améliorer l'accueil des nouveaux infirmiers et leur adaptation à la spécificité de l'exercice en psychiatrie ;
- renforcer l'attractivité de l'exercice infirmier en psychiatrie et fidéliser les professionnels.

La complémentarité des actions de tutorat et de consolidation des savoirs est essentielle :

Le volet "formation continue" dédié aux infirmiers exerçant en psychiatrie s'appuie donc sur deux mesures répondant aux mêmes objectifs : la consolidation des savoirs, déjà initiée en 2004, et le tutorat de proximité, mesure nouvelle instaurée par le plan. Ces deux mesures doivent, pour être efficaces, être mises en œuvre de manière complémentaire, en tenant compte notamment de niveaux de diffusion hétérogènes ces mesures dans les différentes régions.

Le public visé :

De récentes enquêtes tendent à établir un objectif national de 3000 infirmiers par an à former. Le public visé est constitué par les nouveaux infirmiers, exerçant pour la première fois en psychiatrie, qu'il s'agisse de jeunes professionnels sortant d'IFSI ou d'infirmiers expérimentés venant d'une autre discipline. Il est recommandé que la cible de ces actions concerne, chaque année, les professionnels ayant intégré l'exercice en psychiatrie depuis deux ou trois ans, qu'ils exercent dans des établissements spécialisés ou dans des services de psychiatrie à l'hôpital général.

Le socle commun d'exigences pour garantir l'efficacité du dispositif :

Tout d'abord, la déclinaison de ces mesures implique une appropriation par les établissements de santé et les professionnels eux-mêmes. A cet effet, elles doivent être intégrées dans les plans de formation des établissements et être discutées au sein des sous-commissions de formation et des comités techniques d'établissements. Ensuite, la qualité des savoirs transmis dans le cadre du tutorat réside fortement dans le profil des tuteurs. Ces derniers (infirmiers ou cadres de santé)

doivent être expérimentés et formés. A ce titre, une formation de tuteurs de 3 jours est mise en œuvre, le plus souvent en partenariat avec les délégations régionales de l'ANFH.

## **2) *Accompagnement budgétaire de la mesure :***

La volonté d'anticiper les départs massifs à la retraite en psychiatrie au cours des prochaines années, implique un effort pluriannuel qui repose sur un accompagnement budgétaire de 25,1M€ par an sur la durée du plan, au titre du Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP).

Chaque année, ces crédits sont répartis entre régions, dans le cadre des circulaires de campagne budgétaire, selon des indicateurs de répartition prenant en compte le nombre d'infirmiers exerçant en psychiatrie et la structure démographique de cette catégorie professionnelle. La première tranche de cette mesure a été sera allouée dans le cadre de la circulaire de début de campagne 2006.

Ces crédits se décomposent comme suit :

- 3M€ par an pour la formation « consolidation des savoirs » ;
- 0,6M€ par an pour la formation des tuteurs ;
- 21,5M€ par an pour la compensation du temps de travail consacré à ces mesures. Cette compensation fera l'objet de l'attribution de forfaits d'indemnités de remplacement pour les établissements concernés

### **2.2.2. Modalités de déclinaison régionale**

Pour une plus grande cohérence entre la politique d'organisation des soins menée dans les SROS, le renforcement des moyens humains et le volet formation, la démarche régionale est pilotée par les ARH, en lien avec les conseillères techniques régionales en soins infirmiers (DRASS) qui constituent le partenaire privilégié dans le domaine des politiques de formation. Ce nouveau dispositif se décline selon les modalités suivantes.

#### **1) *Un appel à projets par l'ARH auprès des établissements de santé :***

Compte tenu de la pluri-annualité du PPSM (2005-2008), il a été nécessaire d'inciter les établissements de santé à procéder à une démarche prospective dans l'évaluation de leurs besoins au regard des flux d'arrivées et de départs des personnels soignants. Ce recensement a permis de repérer les besoins de formation des nouveaux infirmiers, le nombre de tuteurs potentiels et les besoins de formation de ces derniers.

Pour être retenus, les projets présentés, par les établissements, qu'ils soient nouveaux ou en cours, doivent respecter des orientations qui seront précisées dans une circulaire de cadrage à paraître (et notamment des cahiers des charges nationaux ) et s'inscrire dans un projet global d'accompagnement de la professionnalisation des nouveaux arrivants en psychiatrie.

#### **2) *Le recours à un dispositif régional d'appui de formation :***

Une fonction d'appui technique et pédagogique des établissements :

Pour la préparation de l'appel à projets formation/tutorat auprès des établissements de santé, il a été recommandé aux ARH de prendre appui sur le groupe projet que certaines régions ont déjà mis en place sous l'égide des CTRSI et de la délégation régionale de l'ANFH. Cette instance

permet notamment de proposer une aide technique et pédagogique par le dispositif régional d'appui ARH/CTRSI en lien éventuellement avec la délégation régionale de l'ANFH.

Une fonction d'organisation d'appels d'offre régional de formation.

Il est proposé d'adopter le même principe que pour la formation « consolidation des savoirs », en procédant par un appel d'offre régional pour la réalisation des prestations de formation des tuteurs. Par souci de cohérence, il est recommandé d'utiliser le même appel d'offre pour les deux modules de formation.

### **3) Allocation des ressources sur la base des projets précités :**

Les crédits à allouer sont de deux natures différentes :

- le financement des formations elles-mêmes ;
- le versement de forfaits d'indemnités de remplacement compensant le temps consacré à ces actions.

Deux catégories d'établissements sont susceptibles d'être bénéficiaires de ces financements :

- les établissements n'ayant pas encore mis en œuvre de mesures et qui proposeront des projets nouveaux sur la base des instructions présentes ;
- des établissements ayant déjà mis en œuvre des actions de ce type, sans aide spécifique antérieure. Dans ce cas, l'effectivité de l'action en 2006 devra être vérifiée, ainsi que sa conformité aux cahiers des charges nationaux .

La circulaire de cadrage, réalisée en étroite concertation avec les représentants du secteur de santé mentale est parue le 16 janvier 2006. La mise en œuvre des mesures attendues, sur le tutorat notamment, a commencé dès le début d'année 2006. Un bilan annuel sera établi et remis au ministre.

### **3. En ce qui concerne les personnels médicaux**

Le rapport contient deux propositions qui visent à pallier les difficultés actuelles de recrutement de psychiatres. Ces propositions appellent les remarques suivantes :

#### **3.1. Mesure 4312 : La réforme d'acquisition du titre de psychiatre doit être envisagée**

Cette proposition en fait est déjà rendue possible par le décret 2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste. Ainsi tout médecin généraliste ou spécialiste peut acquérir une autre spécialité, notamment en psychiatrie, dans le cadre de la procédure ordinale fixée par le décret suscité et le règlement de qualification du 30 mars 2004. La commission de qualification examine la formation et l'expérience professionnelle acquise par le demandeur.

#### **3.2. Mesure 4313 : Les psychologues peuvent-ils remplacer les psychiatres et à quel prix ?**

Les inspecteurs soulignent à juste titre que le rôle des psychologues pourrait être renforcé dans certains types de prise en charge en psychiatrie à travers des délégations de tâches permettant aux

médecins psychiatrie de dégager du temps médical. Il conviendrait de se pencher sur le renforcement de certaines compétences dans leur formation .

Par contre, ils ne peuvent se substituer aux médecins dans certaines situations. Il n'est pas envisageable de leur permettre de prescrire des traitements ou de les renouveler. Les rapporteurs soulignent que le recours aux thérapeutiques médicamenteuses est déjà trop développé en France. Il s'agit d'une compétence qui doit être réservée aux professions médicales car les thérapeutiques médicamenteuses reposent sur de sérieuses connaissances médicales générales et pharmacologiques et impliquent un diagnostic préalable. Des troubles du comportement d'allure psychiatrique peuvent révéler une tumeur ou une hémorragie cérébrale. Les médicaments ont souvent des contre indications liées à des pathologies cardiaques, rénales... ou liées à des interactions médicamenteuses. Rappelons que les **psychologues ne relèvent pas du code de la santé publique et n'appartiennent pas aux professions de santé régies par le code de la santé publique**. C'est pour cette raison que ne peut être envisagé un internat identique aux médecins. On pourrait peut-être proposer un parcours adapté avec certains cours et des stages hospitaliers en commun dans le cadre d'une spécialisation clinique.

### **3.3. Autres remarques**

En dehors des remarques qu'appellent ces deux propositions du rapport, les constats effectués sur le recrutement des personnels médicaux et la gestion du temps médical appellent les observations « techniques » suivantes :

- Sur la procédure de nomination des praticiens hospitaliers de psychiatrie, le rapport relève (page 17, point 2114 2<sup>ème</sup> §) que « *de fait, en psychiatrie, ils sont choisis par des commissions paritaires dans lesquelles leurs organisations représentatives ont la majorité(...)* ».

Il convient de rappeler que la Commission statutaire nationale qui est consultée sur toutes les nominations de praticiens hospitaliers psychiatres dans un service (ou un pôle depuis la réforme statutaire du 5/10/2006), est composée pour moitié de membres désignés par le ministre chargé de la santé (dont la moitié ont la qualité de médecin ou de pharmacien) et pour l'autre moitié de représentants élus par les praticiens, pour chaque discipline. Il faut souligner également que la Commission statutaire nationale ne fait que donner un avis à l'autorité de nomination (ministre et, à compter de l'installation du Centre national de gestion, directeur de cet établissement). S'il est vrai qu'avant 2007, la Commission statutaire nationale a pu dans certains « imposer » la nomination de praticiens dans des établissements dont les avis locaux (commission médicale d'établissement et conseil d'administration) n'étaient pas requis, la réforme organisée par le décret du 5 octobre 2006 permet de remédier à ce « dysfonctionnement ». En effet, les avis de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif des établissements dans lesquels des postes sont à pourvoir sont désormais sollicités pour les nominations de praticiens hospitaliers en psychiatrie préalablement à la consultation de la Commission statutaire nationale. A compter de 2011, date à laquelle la procédure de nomination des praticiens hospitaliers de psychiatrie rejoindra la procédure de nomination des praticiens hospitaliers de « droit commun », l'avis de la Commission statutaire nationale ne sera plus sollicité lorsque les avis locaux seront favorables à la nomination d'un candidat.

- Sur l'organisation et l'indemnisation du temps de travail et de la permanence :

- ⇒ Les horaires de début de la période de permanence : le rapport relève dans un établissement que les médecins achèvent leur service à 17 heures et d'une façon générale que la relève des équipes de jour par les équipes de nuit s'effectue à 18h30, période à laquelle le plus grand nombre d'actes d'agression est constaté.

Sur ce point, on peut rappeler que la réglementation relative à l'organisation de la permanence des soins dans les établissements publics de santé, établie par l'arrêté du 30 avril 2003 modifié, ne fixe plus de borne horaire de début et de fin de la période de permanence à la différence de la réglementation antérieure. Désormais, il revient à chaque établissement (directeur après avis de la CME) de fixer les horaires de la période de permanence et de la période de jour, sous réserve de ne pas prévoir une amplitude supérieure à 14 heures pour chacune de ces périodes. Il n'y a donc aucune raison de fixer le début de la période de permanence à 18h30 si l'activité et le besoin de temps médical sont encore importants à ce moment de la journée.

- ⇒ Le rapport relève l'existence de plusieurs lignes de permanence sur place de praticiens « seniors » dans un CHS (p :24) alors qu'un patient en moyenne tous les trois jours est admis durant la permanence dans les services concernés.

Il est rappelé à ce propos que dans le cadre de la mise en œuvre de l'ARTT en 2002 et depuis lors, la DHOS a demandé aux établissements et aux directeurs des ARH de mener un travail de réorganisation de la permanence des soins hospitalière en vue de supprimer les lignes de permanences inutiles ou de les transformer en astreinte lorsque l'activité ne justifie pas l'organisation d'une permanence sur place.

- ⇒ Concernant l'indemnisation des périodes de permanence, le rapport (en page 36) indique à tort que la « *garde est payée de fait trois fois : par l'indemnité de sujétion pour garde, par l'inclusion de ce temps dans le temps de travail, par le paiement ou l'inclusion du temps de repos de sécurité* ».

En effet, le repos quotidien que doivent observer tous les praticiens après une période de travail (en principe repos de onze heures par période de 24 heures) correspond à une interruption de toute activité entre deux périodes de travail (service quotidien et/ou permanence). Ce repos ne constitue pas une récupération, il ne se substitue pas à une période d'obligation de service et il n'est donc pas indemnisé.

La période de permanence est soit effectuée par le praticien dans le cadre de ses obligations de service, soit réalisée par lui au-delà de ses obligations de service et constitue alors une période de temps de travail additionnel (équivalent à des « heures supplémentaires »). Dans le 1<sup>er</sup> cas, la permanence est indemnisée par la rémunération statutaire et par le versement d'une indemnité de sujétion. Dans le 2<sup>ème</sup> cas, elle est indemnisée par une indemnité de temps de travail additionnel ou bien elle fait l'objet d'une récupération (récupération qui peut être versée sur un compte épargne-temps), récupération qui se justifie par le fait que la période de permanence est réalisée au-delà des obligations de service et constitue du temps de travail supplémentaire.

- ⇒ A propos de la gestion des comptes épargne-temps et du constat du volume important de jours épargnés depuis 2002 et des difficultés que vont rencontrer les établissements lorsque les praticiens feront valoir leurs droits, les inspecteurs indiquent que les établissements seront amenés le moment venu soit à donner aux praticiens leurs jours de congé épargnés, soit à indemniser les intéressés des sommes en cause (page 40).

Sur ce dernier point, il est rappelé qu'actuellement aucune disposition réglementaire n'autorise l'indemnisation financière des jours épargnés non utilisés.



#### **4. En ce qui concerne la partie relative à l'organisation des soins :**

##### **4.1. Concernant l'impact du projet d'établissement en matière de « management » des établissements.**

Le rapport de l'IGAS fait le constat dans sa deuxième partie d'un certain nombre de lacunes dans la fonction de « management » des 6 établissements psychiatriques observés, en déplorant en particulier que leurs projets d'établissements ne soient pas structurés de sorte à définir des priorités claires d'action aux personnels de ces structures. Il regrette la « faible lisibilité » de ces projets d'établissements et leur caractère « trop détaillé ».

La réforme de la planification issue de l'ordonnance de simplification administrative de 2003 devrait de ce point de vue induire des modifications favorables à la définition de projets d'établissements plus cohérents et lisibles. Il s'agit cependant d'une réforme importante qui ne produira ses effets que progressivement :

- *l'introduction de volets « psychiatrie et santé mentale » dans les SROS 3* : l'ensemble des régions (sauf Midi-Pyrénées) ont élaboré des volets psychiatrie et santé mentale qui témoignent d'une évolution réelle des projets et de leur conception. Les notions d'accessibilité et de proximité sont souvent envisagées dans le cadre d'offres de services mutualisées, qui dépassent le découpage traditionnel des secteurs ; la gradation des soins implique des partenariats sur de nombreux sujets : géronto-psychiatrie, adolescents, périnatalité... ; enfin le rapprochement avec les disciplines MCO est organisé, pour la psychiatrie de liaison, les prises en charge des urgences... Cette évolution, bien décrite dans plusieurs SROS, impliquera la rédaction de projets d'établissements orientés par ces priorités et non plus par les projets de chaque service ou chaque secteur. Il est à noter que le travail d'élaboration des SROS s'est traduit dans certaines régions par l'élaboration de documents type sur le fonctionnement de certaines structures (CMP par exemple) et la définition de critères de qualité au niveau de la région, ce qui, là encore contribue à la lisibilité de l'activité..
- la traduction de ces projets d'établissement dans les contrats d'objectifs et de moyens avec les ARH devraient renforcer l'effort de priorisation des projets, leur lisibilité interne et surtout l'affectation des moyens de façon davantage contractualisée entre les ARH et les établissements mais également au sein des établissements.

##### **4.2. Organisation des gardes médicales**

Les écarts constatés entre les établissements ne semblent pas toujours se justifier en termes d'organisation et de sécurité des soins.

Il appartient cependant que ces éléments soient discutés dans le cadre des projets d'établissements et des contrats d'objectifs et de moyens. L'apport d'une organisation en pôles regroupant plusieurs services ou secteurs peut sur ce sujet comme sur d'autres permettre de dépasser les spécificités locales revendiqués par certaines équipes au sein des établissements.

##### **4.3. Concernant le suivi national des budgets des établissements exerçant en psychiatrie.**

Le rapport de l'IGAS critique en partie 3 l'insuffisance du suivi national réalisé en terme d'évolution de l'enveloppe accordée aux établissements exerçant en psychiatrie.



Ce suivi de l'évolution annuelle des budgets de fonctionnement des établissements de psychiatrie constitue pourtant une composante essentielle de l'architecture de suivi qui a été mise en place afin d'accompagner la mise en œuvre du plan Psychiatrie et santé mentale » depuis 2005.

L'un des indicateurs suivis annuellement est constitué des données dites « ARBUST », reposant sur l'allocation de ressources aux régions. Le croisement de cet indicateur avec le suivi d'allocation des crédits du plan donne lieu à une analyse annuelle, dans le but précisément d'évaluer dans quelle mesure les crédits délégués par le plan « Psychiatrie et santé mentale » permettent de renforcer les budgets de fonctionnement des établissements, en dépit des plans d'économies hospitalières mis en œuvre.

Les données relatives aux deux premières années d'application du plan semblent montrer que le budget de la psychiatrie conserve, en résultante de ces deux effets contraires, une évolution relativement favorable.. Cependant, ces remarques doivent être pondérées par les observations méthodologiques du suivi des crédits de psychiatrie telles qu'elles figurent dans la première partie (partie Financière)

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

La Directrice de l'Hospitalisation  
et de l'Organisation des soins

## **REPONSES AUX OBSERVATIONS DE LA DHOS**

### Partie financière : « l'allocation des moyens n'obéit à aucune règle cohérente »

- 1) La fixation des crédits et le suivi des moyens au niveau national
- 2) Les données sur l'activité recueillies dans certains établissements ne permettent pas de servir de base à une tarification

Dont acte pour la description des procédures au niveau national. La DHOS confirme que « l'administration centrale ne maîtrise que le processus de déclinaisons en dotations régionales. Leur traduction en montant de DAF alloués aux établissements peut avoir obéi à d'autres règles dont l'ensemble des mouvements n'est pas connu de l'administration centrale » et que « la mise en place des moyens de la psychiatrie ne résulte pas d'une planification mais de la reconduction historique de moyens mis en place à l'occasion de la sectorisation ».

### Partie ressources humaines non médicales

- 1) Les difficultés de recrutement de soignants en psychiatrie
  - 1.1) L'état actuel du marché du travail
  - 1.2) Une réflexion nécessaire sur les conditions d'attractivité du métier en psychiatrie
  - 1.3) Des évolutions de carrières et de métiers qui renforcent la fidélisation des personnels
  - 1.4) La place des psychologues
- 2) Les mesures prises dans le cadre du dispositif de formation du plan de santé mentale
  - 2.1) Les orientations données au dispositif
  - 2.2) Modalités de déclinaison régionale

Dont acte sur les intentions et les projets de la DHOS et leurs premières mises en œuvre.

### Partie personnels médicaux

- La réforme d'acquisition du titre de psychiatre doit être envisagée
- Les psychologues peuvent-ils remplacer les psychiatres et à quel prix ?

Dont acte pour les possibilités offertes par le décret 2004-252 du 19 mars 2004 pour l'acquisition d'une spécialisation en psychiatrie pour les médecins généralistes ou d'une autre spécialité.

La mission ne méconnaît pas le fait que les psychologues ne relèvent pas du Code de la santé publique. Mais de deux choses l'une : soit on considère que leur situation est tout à fait satisfaisante et il convient par conséquent de ne rien changer à leur statut, soit, comme la mission, on estime qu'il existe un problème récurrent et que sa résolution passe, inévitablement, par une modification des règles en vigueur.

Partie personnels médicaux

- Procédure de nomination des praticiens hospitaliers de psychiatrie qui « de fait, sont choisis par des commissions paritaires dans lesquelles leurs organisations représentatives ont la majorité ».
- L'organisation et l'indemnisation du temps de travail et de la permanence
  - Les horaires de début de la période de permanence
  - L'indemnisation des périodes de permanence
  - Les comptes épargne temps

Donc acte pour le rappel de la composition réglementairement paritaire de la Commission statutaire nationale, mais aussi pour la confirmation des pratiques de celle-ci qui « *a pu dans certains cas imposer la nomination de praticiens dans des établissements* », non seulement contre l'avis des instances locales (avis qui certes n'est pas juridiquement requis) mais avec, de fait, l'assentiment tacite de l'administration.

Donc acte pour le rappel de la réglementation concernant l'indemnisation des périodes de permanence. La mission a constaté que l'interprétation des textes varie selon les établissements.

Dont acte pour le rappel de l'interprétation de la réglementation concernant les comptes épargne temps. Certes, actuellement aucune disposition n'autorise, formellement, leur indemnisation financière, mais devant l'ampleur du phénomène, qu'une actualité récente vient encore de souligner, la DHOS n'indique cependant pas sur quelles bases (juridiques, organisationnelles ou d'équité) ou grâce à quels moyens, elle compte justifier le principe du refus d'indemnisation, vis à vis des intéressés et de leurs organisations syndicales.

Partie relative à l'organisation des soins

- Impact du projet d'établissement en matière de « management » des établissements
- Organisation des gardes médicales
- Suivi national des budgets des établissements exerçant en psychiatrie

Dont acte.

**Gestion et utilisation des ressources  
humaines dans six établissements  
de santé spécialisés en psychiatrie**

**- Rapport définitif**

**Tome II/III - Annexes**

*présenté par :*

*Hélène STROHL, Jean-Paul BASTIANELLI,*

*Gérard LAURAND et Christian PLANES-RAISENAUER*

*Membres de l'Inspection générale des affaires sociales*

*Version occultée*

*En application des dispositions de l'article 6 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 modifiée portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal, certaines mentions de ce rapport ont été occultées, en vue de sa communication.*

**Rapport n°2007-033P  
Juillet 2007**

**ANNEXES**



<b>LISTE DES ANNEXES</b>
--------------------------

**ANNEXE 1 : La vie au travail : cas types**

- **Aide-soignante (hospitalisation)**
- **Infirmier (CMP-CATTP)**
- **Infirmier (HDJ)**
- **Infirmière (CAC)**
- **Infirmier (hospitalisation)**
- **Psychologue**
- **Auxiliaire de vie (HDJ-CMP)**
- **Kinésithérapeute**

**ANNEXE 2 : Calcul du temps médical (exemple du CHS de Ville-Evrard)****ANNEXE 3 : L'utilisation du temps de présence des médecins du CHS d'Evreux (tous secteurs adultes)****ANNEXE 4 : L'utilisation du temps de présence des médecins du CHS de Ville-Evrard (secteur n°13)****ANNEXE 5 : L'utilisation du temps de présence des infirmiers du CHS d'Evreux (toutes équipes intra et extra)****ANNEXE 6 : L'utilisation du temps de présence des infirmiers du CHS de Ville-Evrard (secteur n°13 – unités d'hospitalisation et structures ambulatoires)****ANNEXE 7 : L'utilisation du temps de présence des infirmiers de l'Institut Marcel Rivière (secteur n°78G15 – Toutes équipes intra et extra – unités d'hospitalisation – structures ambulatoires)****ANNEXE 8 : Les réunions au CHS****ANNEXE 9 : L'entretien infirmier****ANNEXE 10 : Le difficile positionnement des psychologues****ANNEXE 11 : Définition**





**Annexe 1**

**LA VIE AU TRAVAIL : CAS TYPES**



**AIDE SOIGNANTE D'UNE UNITE D'HOSPITALISATION**  
**(Institut Marcel Rivière)**

Madame... est aide-soignante dans l'unité temps plein de Marcel Rivière (26 lits). Elle dit aimer beaucoup son travail, qui n'est jamais « routinier ». Ses horaires sont : 8h – 15h, quand elle partage le repas thérapeutique dans le pavillon, 8h – 16h sinon ou 13h – 20h. Elle travaille un week-end sur deux.

**Emploi du temps**

Elle décrit ainsi sa journée :

8h – 8h20 : Transmission courte avec l'infirmière, notamment sur les incidents qui ont pu survenir pendant la nuit.

8h – 8h30 : Elle fait le tour des chambres des patients qui ont été enfermés toute la nuit et dont certains ne sont pas contents, elle leur parle et les fait patienter. Selon le nombre de patients et leur état, elle fait ce tour seule ou accompagnée d'une infirmière.

8h – 8h30 : Distribution des médicaments aux patients qui restent enfermés pendant le petit déjeuner par l'infirmière. L'aide-soignante distribue les plateaux sans médicament aux patients non difficile. Elle veille au petit déjeuner des patients qui ont du mal à le prendre seul, par exemple une patiente qui fait des « fausses routes », un patient qui ne peut pas se lever.

9h - Débarrassage des plateaux. Tour des chambres, avec la clef pour celles qui ne sont pas ouvertes, sollicitation des personnes qui ne sont pas réveillées.

9h :- assiste, si elle a le temps aux transmissions infirmières/médecin

9h – 12 h : Activité prioritaire pendant au moins deux heures : aide à la toilette des patients. Commence par les personnes les moins autonomes : un monsieur hémiparétique, un jour sur deux douches, sinon toilette au lavabo, à 2 à 3 personnes : rasage, habillage, mettre les bas de contention, refaire le lit, le solliciter pour qu'il aille dans son fauteuil : au moins une demi-heure, une à trois personnes. Autre patiente lourde : toilette à deux personnes. Les patients violents également sont assistés par deux personnes.

La toilette est souvent en psychiatrie une activité thérapeutique dont l'aide-soignante rend bien compte : ainsi d'une patiente qui a subi une ablation d'un sein et qui a du fait de ses troubles psychiatriques, plus de difficultés encore à l'assumer, l'aide-soignante parle de tout un travail de renarcissisation, selon les jours, elle l'accompagne à la douche, dans la douche, elle l'aide à choisir ses habits, elle la fait se coiffer, se maquiller...

Une fois les toilettes terminées, retour dans les chambres. « Les personnes enfermées la nuit utilisent un seau hygiénique, elles ne le vident pas toujours, elle essaie de les inciter à vider leur seau, à le nettoyer. Aération, lits.

Autres activités : personnes qui sortent de l'hôpital, définitivement ou en permission : préparation de la valise, toilette, salle des bagages ; accompagnement de patients dans une visite à l'hôpital ou aux consultations externes.

Tous les jours, l'aide soignante va à la pharmacie de l'établissement, pour chercher les médicaments, puis à la poste pour prendre et poster le courrier des malades, au laboratoire pour chercher les résultats des analyses et porter les prélèvements. Parfois, elle accompagne un ou des patients, à la poste ou ailleurs.

1/2heures de pause café

11h45 : va voir dans les cuisines, les aide à aménager la table pour les patients qui prennent un repas thérapeutique, aide à changer les draps. Elle va également à la buanderie (centrale) mettre en marche des machines pour des patients qui ne savent pas le faire eux-mêmes.

12h – 12h20 : va chercher les patients pour la distribution de médicaments

12h - distribution de plateaux pour les patients qui mangent en chambre, aide. Soit repas thérapeutique sur place, soit accompagnement de patients au restaurant de l'établissement

13h - plateaux à desservir sur place

13h – 13h45 : Mange au self, auquel cas, fin de service à 16h

13h45 - 14h45 : Réunion de service de l'équipe, transmission

14h – 16h : accompagnement de patients pour faire des emplettes, à l'hôpital (somatique), aux activités (kiné, ergo, socio-éducatif), à la cafétéria, à la buanderie.

14h – 16h : une fois par semaine, réunion soignants/soignés

**Travail direct avec le patient :**

Toilettes, aide à la prise de repas, distribution des plateaux, nursing, repas thérapeutique à la salle à manger du pavillon

Accompagnement de patients, en intra-hospitalier, aux activités, en consultation somatique...

Accompagnement dans activités vers l'autonomie : buanderie, poste, courses, préparation de la valise, choix des habits, accompagnement au self, apprentissage du vidage des seaux (douteux !)  
Relationnel : tour le matin pour rassurer les patients après l'enfermement de la nuit ; sollicitation des patients qui ne veulent pas se lever, faire leur toilette, etc.

#### **Travail pour les patients :**

Aide au ménage, aide à la préparation des plateaux, courses diverses dans l'établissement (poste, laboratoire, courses diverses, buanderie pour les patients...

#### **Travail en équipe auprès des patients**

Avec l'autre aide-soignante et avec les infirmiers si nécessaire pour tout le travail auprès des patients, notamment quand les patients sont difficiles.

#### **Réunion, travail d'équipe dans le service**

Transmission avec l'équipe de nuit ;

Transmission infirmière/médecin

Réunion d'équipe, une fois par semaine

Réunion soignants/soignés, une fois par semaine

#### **Pauses répertoriées**

Une demi-heure le matin pour le café

Trois quarts d'heures pour le repas au self

### **INFIRMIER D'UN CMP et CATTP**

**(CHS Evreux, secteur n°2)**

Il dit : *« qu'il a eu la chance de faire partie du groupe infirmier à l'instigation du CMP/CATTP de Conches, de participer au groupe de travail et maintenant d'y travailler. »*

Il dira plusieurs fois que *« c'est du bonheur de travailler comme ça »*.

Il dit aussi : *« c'est confortable d'avoir le même cadre, le même médecin depuis le début de ce projet et de renouveler l'équipe petit à petit »*.

Il dit : *« dans cette équipe, on peut prendre beaucoup d'initiative, des risques, on sait que les collègues seront là pour l'alerte. C'est très différent du travail en intra, et justement dans le métier d'infirmier psy, plus on vieillit, plus on peut prendre d'initiative, plus on est à l'aise »*.

Dans cette équipe, *« ils sont libres, mais supervisés, tout en travaillant, ils font ce qu'ils aiment faire. »*

#### **Champ d'activité**

Tout l'extrahospitalier du sous secteur qui couvre une moitié 40 km au sud d'Evreux : CMP, CATTP, VAD et travail dans la communauté. Cet infirmier fait 5 demi-journées de CATTP, de l'accueil infirmier en CMP et des visites à l'extérieur. Au CATTP, il anime des activités, le CATTP proposant deux activités par demi-journée.

#### **Emploi du temps**

Les horaires de travail sont 8h30 – 17 h, du lundi au vendredi.

Lundi matin :

8h30, prise de service au PC du secteur 2, auprès du cadre supérieure de santé, transmissions sur le week-end, ré-hospitalisations, sorties prévues ... Coups de fil donnés par des patients suivis en extra à l'intra, le week-end. En profite pour chercher des fournitures en tant que de besoin.

9h – 9h15 : accueil des patients , café, thé, parlent de l'actualité. (4 infirmiers sur 5 plus le cadre, qui fait aussi des soins infirmiers). 1 ou 2 infirmiers se détachent souvent du groupe pour parler avec un patient qui a besoin d'un entretien.

9h30 – 10h30 : activité CATTP, suivie de 15' de rangement

10h45 – Attente des taxis, petits groupes de discussion

11h30 : les patients s'en vont

11h30 – 12h : Synthèse de la matinée, transmission

Chaque semaine on donne aux patients le programme de la semaine suivante, on fait ce qui a été prévu, comme dans la réalité, n'a pas l'air de se plaindre de devoir piquer dans la voiture sur le parking, trouvent toujours une solution intéressante. Certaines activités ont dû être abandonnées, car elles sont trop loin de la réalité des patients, ainsi l'équitation.

Repas : tous les deux mois, repas convivial avec les patients. Tous les quinze jours, repas diététique avec activité diététique. Sinon, une demi-heure de coupure pour le repas pris sur place (avec gamelle). Permet les échanges sans patients. Temps où les soignants peuvent parler de leurs difficultés personnelles, sert à la cohésion de l'équipe.

Après midi : le plus souvent CMP

Consultations avec le médecin, le psychologue, qui consultent toujours avec un infirmier pour le chef de secteur, selon pour le chef de l'extrahospitalier.

Parfois aussi des consultations avec l'assistante sociale et le diététicien.

Entretiens infirmiers seuls : plutôt du filtrage.

Injections retard : données au cours de la consultation médicale ou après par l'infirmier.

#### **Autres activités :**

Visites à domicile. Elles sont toujours faites sur prescription médicale, le cadre demande toujours quel sens a la visite.

Visites dans les maisons de retraite : une fois par semaine par l'infirmier, une fois par mois, avec le médecin. Vont voir le service central, puis font le tour de leurs patients, puis des autres pensionnaires, 5 à 6 minutes par pensionnaire, puis voient les équipes, notamment avec le médecin et le psychologue pour soutenir l'équipe de la maison de retraite.

#### **Travail en réseau :**

Travail avec la MJC de Conches, avec des groupes de jeunes en stage de réinsertion.

Travail avec les gendarmes, les pompiers. Quand un patient est un peu limite, ils interviennent tout de suite à l'appel des gendarmes.

On peut donner un coup de fil au médecin, il voit alors le patient dans la journée.

Visites aux familles d'accueil : 3 qui sont à 60 km d'ici. Une famille reçoit 3 patients, avant c'était la mère, maintenant la fille a repris, il faut la soutenir.

### **INFIRMIERE CMP ET HDJ**

#### **CHS Evreux, secteur 1**

#### **Champ d'activité**

Tout l'extrahospitalier du sous secteur qui couvre une moitié d'Evreux : Hôpital de jour, CMP, CATTP, VAD et appartements de transition.

#### **Emploi du temps**

Lundi matin : une fois par mois, participe au staff du secteur qui a lieu deux fois par mois. Les soignants de l'extra préparent la réunion ensemble. Ils parlent des gens sortis d'hospitalisation depuis peu ou de patients ré-hospitalisés.

Les autres lundi matins : VAD, seule ou à deux selon les malades. Pour les infirmières, les VAD se font au rythme des injections retard, 15,21 ou 30 jours et concernent 30 patients environ. Puis on s'entretient avec les patients, on leur prépare leur semainier pour certains, on leur enseigne à le faire. On travaille en réseau avec le service de soins à domicile de la ville, les tuteurs, il arrive qu'ils fassent des VAD en commun, ou s'arrangent pour se partager la semaine, certains patients n'ayant que ces contacts.

Lundi midi : repas de l'HDJ apporté par l'hôpital, chauffé sur place, pour 6 à 7 patients.

Lundi après midi : CATTP et une partie de l'HDJ.

Pour le CATTP et pour l'hôpital de jour, on organise des activités l'après midi : théâtre, un animateur plus un infirmier, 2/ mois pour 6 patients de 14h à 16h ;

Mardi matin : VAD en moyenne 9 à 10 par matinée.

Repas non thérapeutique sur place, avec le repas apporté, tickets restaurant.

Mardi après midi : chant à la MJC avec l'hôpital de jour du secteur 3 ; représentation commune avec eux dans une maison de retraite ; jusqu'à 10 à 12 patients.

Mercredi : hôpital de jour toute la journée, 9h – 16h30 avec psychologue.

Mercredi matin : groupe de parole fermé, 6 patients, un infirmier, un psychologue.

Repas thérapeutique.

Après midi, (groupe mémoire d'une collègue et psycho) ; activités plus occupationnelles et plus occasionnelles.

Jeudi matin : VAD (repartent toujours du CHS, transmissions orales au PC)

Après midi : sorties extérieures, pêche, bowling. Egalement réunions d'équipe, en alternance avec le vendredi, un jeudi sur 2, le matin, pas de patient présent alors.

Vendredi matin : réunion une fois sur deux

Intervenant dessin toute la journée

Une fois par mois, paroles en commun (réunions soignants soignés).

Autres vendredi, en sus du dessin, le matin, l'après midi, groupe presse.

Deux fois par semaine, visite aux appartements de transition.

Les patients de ces appartements de transition fréquentent 4 jours sur 7 l'hôpital de jour. Il arrive qu'ils se fassent ré-hospitaliser le soir ou le week-end.

Cette infirmière déplore la solitude des patients le soir et le week-end et trouverait bien que les soignants de l'intra, puissent leur faire un petit signe le week end.

**INFIRMIERE AU CENTRE D'ACCUEIL ET DE CRISE ET AU CMP**  
**CHS de Ville Evrard Secteur n°6**

**Horaires de travail**

Les horaires de travail sont organisés en plages de 12h, soit : 8h – 20h, soit 20h – 8h.

**Succession des tâches**

Equipe de jour

8h : transmission avec l'équipe de nuit

Préparation des petits déjeuners servis en salle à manger du CAC ;

Salle de soins : préparation des traitements et en même temps accueil des patients qui arrivent quotidiennement, pour des tests (diabétiques), des médicaments.

Aide aux patients faibles à faire leur toilette

Réponses au téléphone, notamment aux médecins généralistes, aux hôpitaux, Bichat, Avicenne, La Roseraie, aux AS de ville, aux foyers et aux patients eux-mêmes qui sont à domicile ou dans des foyers et qui téléphonent quand ils sont angoissés.

Vers 9h arrivent les médecins du CMP. Ils envoient un malade. Viennent les malades pour les injections retard de tout le secteur. Cette année il y a eu 400 nouveaux cas au CMP, l'infirmière pense que la file active augmente du fait des difficultés sociales.

Puis visite des patients hospitalisés, qui sont vus tous les jours (encore heureux dans un CAC) par un médecin et un infirmier.

En même temps accueil des urgences, le premier accueil étant infirmier.

Repas : tout le monde à la salle à manger.

Quand on revient de manger, traitement des malades.

Après midi, réception des familles qui demandent qu'on garde leur malade. Soins infirmiers pour le CMP, entretiens infirmiers pour les malades du CAC

Repas : 19h le soir.

Le traitement de nuit est donné par l'équipe de nuit

Equipe de nuit

Arrivée 20h : transmission avec l'équipe de la journée.

Repas sans malade.

Les malades du foyer restent seuls.

22 h : une infirmière reste au CAC, l'autre monte au post cure.

Distribution des médicaments aux malades des deux structures, prise de tension si nécessaire.

Surveillance de la mise au lit et un tour pour le sommeil.

Deux patientes du foyer de post cure ont besoin d'être mises au lit.

Pour cela, quand tout est prêt, l'infirmière du foyer appelle sa collègue du CAC qui monte l'aider.

Puis une infirmière et un interne au CAC.

L'interne doit se lever pour chaque entrant.

Il y a plus de patients le jour que la nuit, la nuit il y a des appels surtout.

Avant de partir le matin (à 8h) l'infirmière lève et fait faire sa toilette, donne son traitement à une femme qui encore en foyer postcure, mais qui travaille dans un CAT.

### **Participation à des réunions**

Staff tous les matins avec le médecin.

Tous les mois, réunion entre les infirmiers de jour et ceux de nuit, à 18h30, à propos de l'organisation.

Les infirmiers ne participent pas aux staff quotidien de l'unité d'hospitalisation.

### **INFIRMIER, UNITE D'HOSPITALISATION A TEMPS PLEIN**

**Ville Evrard, secteur n°6**

Il travaille 38 heures par semaine, soit de 7h à 15h, soit de 13h à 21h, il effectue également des remplacements de nuit sur le Centre Henri Duchêne (CAC) qu'il prend en journées de récupération.

### **Succession des tâches**

7h : transmission avec équipe de nuit, le plus rapidement, juste innfirmiers/aide soignants.

Puis « *parfois on peut se poser avant de s'y mettre, d'autres moments, il faut s'y mettre tout de suite* ».

Préparation des traitements ; tension ; plateaux ; chambre d'isolement ; surveillance du petit déjeuner au self de l'unité.

Suivant les patients, nursing, aide à la toilette, à l'habillement etc.

En général ce sont les aide soignants qui font ça, mais suivant les charges de travail, il y a collaboration. En général les AS sont 4 et les IDE 12, dont certains à temps partiel.

9h – 9h30 : staff. Sinon, tour rapide avec les médecins, puis entretiens avec les trois médecins. Réponses aux demandes des patients, accompagnement à l'extérieur.

Les VAD ne se font pas le matin, plutôt à l'inter-équipe.

Préparation des traitements midi.

Repas chambre d'isolement et en général surveillance visuelle, au moins toutes les heures, et un œil dessus chaque fois qu'on passe devant ; visite au moins 4 fois par jour, plus entretien si de besoin.

Repas self, surveillance.

En ce moment la plupart des patients mangent au self.

En plus des patients hospitalisés, les soignants de l'unité continuent à suivre certains patients qui vont aussi au CMP, au CATTP ou au CAC.

Les HO en sortie d'essai sont vus à l'unité intra, systématiquement, même pour leurs injections retard.

Ainsi pendant que la mission était dans l'unité, elle y a vu un homme, en HO L122-1, qui venait demander une permission pour aller passer un WE chez son frère à 200 km et l'infirmier interrogeait le médecin chef, qui accordait la permission, mais en avertissant la DDASS.

S'agissant des patients à l'extérieur, suivis par l'équipe intra, elle dispose d'un cahier, où elle note pour le mois, le planning, activités, entretiens, traitement.

13h : transmissions.

13h – 21 h : Beaucoup d'activité. Chaque infirmier anime une activité par semaine, de manière à ce qu'il y ait une activité tous les jours :

Mardi : théâtre de 14h à 16h 30. Mercredi : activité piscine, qui ne se fait plus ; après midi : informatique Jeudi : presse, de 14h à 16h et Association sportive de VE de 14h à 16h 30, avec des soignants de l'unité. Vendredi : musique, expression corporelle.

Selon les activités, les patients (dont la DMS est courte) reviennent ; ainsi le groupe théâtre fonctionne avec des ex-patients hospitalisés, ainsi que musique (plutôt des patients du foyer de post cure que de l'unité d'accueil), la revue de presse mêle les ex et les intra, l'informatique touche surtout les extérieurs.

Les ordinateurs sont d'ailleurs prévus aussi pour servir à des activités psycho, pour de la réhabilitation des capacités cognitives après des épisodes délirants.

16h : goûter, soit dans le petit jardin, soit en salle de repos, puis goûter dans la chambre d'isolement.

Soins, réponses aux demandes des patients, souvent très angoissés, agités, qui ont des problèmes somatiques, qui doivent être rassurés après une visite de leur famille qui les a perturbés,

Le statut du patient, droit aux visites, peut sortir ou non, peut téléphoner ou non est consigné dans son dossier médical. Il est discuté en équipe, parfois l'infirmier peut restreindre.

### **Comment l'infirmier IDE a-t-il appris son métier ?**

- il a fait tous ses stages optionnels en psychiatrie ; il a effectué beaucoup de vacations comme aide soignant ; il a été en contact avec des infirmiers psychiatriques, qui de manière informelle lui ont appris le métier ; il discute beaucoup « entre nous » des prises en charge, quand il y a quelque chose de difficile à vivre.

Par exemple, quinze jours après son arrivée, un patient inconnu s'est mis à tout casser, il s'est révélé inaccessible à la discussion, il a fallu prendre la décision de le mettre en chambre d'isolement. Il y avait deux médecins, mais c'étaient des internes et la décision de le mettre en chambre d'isolement a été prise trop tardivement, car difficile à prendre.

Ensuite l'équipe a discuté comment ils auraient pu prendre la décision plus rapidement.

### **Quels sont ses rapports avec d'autres professions ?**

Avec les médecins, la collaboration est bonne, il y a toujours un infirmier à un entretien médecin, il y a explication, discussion des prises en charge avec le médecin.

Avec les psychologues, la collaboration est bonne, car ils travaillent avec les médecins en entretien et le psychologue du service est un très bon clinicien.



Avec l'assistante sociale ? « Elle peut plus aider à revoir les papiers : sécurité sociale, RMI, AAH ; de plus elle connaît un réseau d'assistantes sociales à l'extérieur et peut ainsi aider les patients »

#### **La différence infirmier - aide soignant ?**

L'infirmier fait et lui seul tout ce qui est sur prescription médicale : injections, préparations médicales. Dans le service même, comme les aides-soignants connaissent bien la psychiatrie, il n'y a pas de grosse différence. Il y a aussi collaboration avec les trois ergothérapeutes et un psychomotricien, qui travaillent aussi sur le CATTP, ainsi qu'avec l'aide soignant qui suit les activités sportives sur VE.

#### **Les avantages de la « relocalisation » ?**

L'esprit d'équipe est important et fait cohésion, plus que l'architecture ; les locaux sont plus agréables, mais ils ont perdu le cadre de VE ; ils gagnent en proximité avec les familles, mais reste le problème de l'appel à renforts, plus difficiles à faire venir ici.

### **AIDE SOIGNANTE , UNITE D'HOSPITALISATION** **CHS d'Evreux du secteur n°1**

Horaires : 3 matins ; 2 repos ; 3 après-midi, 2 repos etc. A 100% : 13 RTT .

#### **Succession des tâches**

Arrivée le matin à 6h45, mais en fait une fois sur deux, car comme elles sont 5, leur cadre admet qu'elles ne soient que 2 jusqu'à 7h45, car on ne réveille les patients qu'à 8h.

Arrivée : transmissions. Petits déjeuners prêts sur chariots.

8h : réveiller les patients, leur donner leur linge, dire qui va à la douche et qui va se laver au lavabo. (les chambres sont ouvertes la nuit, sauf la chambre d'isolement).

Mais les armoires sont fermées à clef. Le patient décide ce qu'il va mettre ou on l'aide à choisir, ou on lui donne ses habits.

Toilette : plus de surveillance que d'aide

Petit déjeuner dans la salle de réfectoire : une infirmière et une ASH. Buffet organisé un peu comme un self.

Distribution des médicaments, grosse surveillance des repas, car fausses routes.

Pendant ce temps, les AS et les AMP font l'entretien des chambres et des salles de bains avec les patients : lit, mobilier, lavabo. (mur, sol, carreaux faits par les ASH)

Pause café (avec des patients éventuellement) avec les autres soignants, transmission.

10h30 : agenda. On y marque tout ce qu'on a à faire. Les soignants s'organisent entre eux.

Ce matin, l'AS a accompagné un patient au centre hospitalier pour une visite en chirurgie, avec un chauffeur de l'hôpital.

On essaie au maximum de conserver aux patients leur autonomie, mais on s'est rendu compte qu'ils utilisaient des occasions, comme l'achat de petites choses, dont les cigarettes pour troquer.

Une à deux fois par mois, accompagnement des patients, certains pour voir leurs enfants, d'autres leurs parents.

Le nombre de soignants nécessaires à la sécurité reste dans le service.

Sorties à but thérapeutique : zoo ; bord de la mer ; ferme pédagogique ; activités sur l'année : bibliothèque, visites à Paris, piscine (avec d'autres) ou sports adaptés.

#### **Qui impulse ces activités?**

C'est l'équipe. Qui est l'équipe ? Les infirmiers, les aides soignants. Et le cadre ? oui. Le médecin n'est jamais mentionné.

**PSYCHOLOGUE EN HOSPITALISATION TEMPS PLEIN****Institut Marcel Rivière**

Cette psychologue a un plein temps (37 heures par semaine) sur le service d'hospitalisation à temps plein et sur le CMP de Maurepas

Dans son contrat n'est pas prévu un temps FIR (formation, information, recherche). *Elle fait « une semaine de 37 heures comme les médecins »*

Le planning des psychologues est établi par le médecin directeur. Les psychologues du service se répartissent les malades selon le type d'intervention, étant l'une de formation analytique, l'autre comportementale.

**Succession des tâches**

Dans les entretiens avec les patients, (toujours de 45 minutes), la psychologue fait passer parfois des tests de personnalité et des tests cliniques et démarre des psychothérapies

Lundi 15 mai : Matin : 4 patients (de l'extérieur) vus à raison de séances de 45 minutes, dans le bureau des psychologues dans le grand bâtiment (ni dans l'htp, ni HdJ, ni CMP) : 180 minutes, soit 3heures

Déjeuner

14h – 16h30 : réunion d'équipe et clinique du pavillon

16h30 : un entretien de 45 minutes

Mardi matin : CMP à Maurepas : 10h30 – 12h : réunion d'équipe, reçoit des patients avant et après. Combien le 16 mai ?

Mardi après midi : 4 patients, soit 180 minutes

Mercredi : Matin : groupe d'accueil, de 10h30 à 12h ; reçoit « éventuellement » un patient pour un entretien avant

Mercredi après-midi : 14h – 17h : 4 patients

Mercredi soir : groupe parents

Jeudi matin : consultation du médecin, y assiste

Jeudi après midi : réunion soignants soignés plus post groupe : deux fois 45 minutes. Consultations selon demande, dossiers

Vendredi : entretiens, consultation

**Temps direct avec patients**

Entre 14 et 22 séances individuelles de 45 minutes, soit 10heures trente et 16,5 heures

**Patients en groupe**

Deux fois 45 minutes pour réunion soignants/soignés et post-groupe

Groupe parents

Groupe d'accueil : 1h30

Consultation du médecin : deux heures

**Réunions en équipe**

Réunion du pavillon ; réunion du CMP Maurepas ; soignants/soignés

**Réunions sur l'établissement :**

Lundi 13h : staff médecins et psychologues

Jeudi 12h –

13 h réunion médicale

**Remarques :**

Ne fait plus l'activité psychodrame, pour laquelle elle a été formée, car celle-ci s'étiolo sur l'institution

Dans le projet de service, les psychologues seront rattachés à chaque pôle et auront une meilleure insertion institutionnelle

Ce qui a aussi évolué c'est la durée moyenne de séjour (raccourcissement) et donc le fait qu'on ne peut plus démarrer certaines activités : psychothérapies au long cours, groupe psychodrame...

**AUXILIAIRE DE VIE EN HDJ ET CMP**

**Institut Marcel Rivière**

Madame... est auxiliaire de vie (diplômée d'Etat), mais inscrite comme agent hospitalier, car la convention de 51 ne reconnaît pas le titre

Elle effectue des semaines de 35 heures, 2 jours à 8h et 3 jours à 7heures.

Elle intervient au domicile des malades, une fois par semaine ou quinze jours, sur prescriptions faites pour un temps donné, renouvelables

Elle dispose d'un véhicule de service et d'ordres de mission si elle sort du secteur

Travail en équipe, réunions

**Succession des tâches**

9h : passer au CMP et à l'hôpital de jour et assister à la transmission.

16h30 : rendre compte des patients au CMP

1heure par semaine, le mercredi : réunion de service au CMP

2 heures par semaine, le jeudi : une réunion de 2 heures pour l'hôpital de jour

Rapports journaliers au cadre infirmier ou à l'infirmier référent

**Travail au domicile des patients**

9h30 : Rendez-vous au Mesnil pour aider un patient à l'entretien de son appartement : notamment lui faire trier son frigo, jeter les produits périmés, voir ce que sa sœur lui a acheté à manger. Souvent il refuse de participer, quand il est proche de son injection. Lui parler.

11h30 : retour au CMP

13h30 : Visite d'un autre patient. C'était le jour où il avait demandé à un plombier de venir. En effet, il avait des problèmes d'évacuation de toilette, l'auxiliaire de vie a changé d'entreprise pour qu'on recherche l'endroit où c'était bouché, elle a appelé la curatrice et elle y retourne le lendemain, quand l'entreprise nouvellement contactée viendra.

16h30 : retour au CMP

**Activités avec collectif de patients**

Déjeuner sur place avec les malades de l'hôpital de jour au restaurant : tables de 6 malades avec un soignant. Il arrive que les malades se regroupent entre eux et du coup les soignants sont obligés de se mettre ensemble.

Activités CATT, le mardi après midi : rencontres connaissance de la ville ; jeux de société ;

Atelier cinéma : tous les 15 jours

Groupe cuisine : aux fêtes, exemple crêpes de la Chandeleur

Aux périodes de fête : décoration de l'hôpital

**KINESITHERAPEUTE**  
**Institut Marcel Rivière**

Ce kinésithérapeute exerce à plein temps sur l'établissement, pour une durée de 37 heures.

Il organise son temps sur deux semaines, 74 heures. Il travaille sur l'unité d'hospitalisation à temps plein, sur l'hôpital de jour et sur l'unité adolescents

Ses horaires sont 9h – 12h30 ; 13h30 – 17h (3fois) 18h (2fois)

Il suit 18 patients individuellement, entre une et trois fois par semaine, selon les besoins et les possibilités (séance de 30 à 45 minutes) et anime cinq groupes : 1heure de gym, 1,5 heures de foot, 1,5 heures d'aquagym ; 1h de gym ; 1,5 heures pour le groupe ados avec le professeur de français

**Approche qualitative de l'activité**

Tous les patients sont pris en charge sur indication médicale. (individuel et groupe)

.Les prises en charge individuelles durent entre 30 minutes et 45 minutes. Il s'agit essentiellement d'un travail de renarcisation

S'y ajoutent quelques prises en charge extra-hospitalières

Les groupes sont soit inter-unités, soit spécialisés : groupe ados, gym personnes âgées

Le service de kiné/ergo/socioéducatif est transversal à l'établissement, mais pour chaque unité, il y a un kiné et un ergo responsables, qui travaillent préférentiellement dans cette unité et qui assistent aux synthèses. La réunion des kinés a pour but de transmettre aux autres ce qui s'est dit en synthèse et les concerne.

Pour chaque patient, il est établi une fiche avec un bilan.

L'activité des kiné, ergo, psychologues et diététiciens est retranscrite sur un tableau.

**Soins individuels**

18 patients ont bénéficié de 1 à 3 séances individuelles de 30 à 45 minutes,

Soins en groupe

Un groupe par jour : gymnastique : 1heure

Football : une heure trente

Aquagym : une heure trente

Gymnastique : une heure

Groupe ados avec le professeur de français : Une heure trente

**Réunions de soins**

Réunion de kinés : lundi 13h30 – 14h

Réunion médicale du pavillon de secteur : une heure le jeudi matin

Lundi : après midi : réunion ados

**Etablissement :**

Réunions d'accréditation à raison d'une heure par semaine, de dix heures trente à treize heures, sur janvier et février





**Annexe 2**

**CALCUL DU TEMPS DE TRAVAIL DES MEDECINS**  
**(exemple du CHS de Ville-Evrard)**





## CALCUL DU TEMPS MEDICAL

### AUTORISES - BUDGETES 2005

STATUTS	EFFECTIF AUTORISE En ETP	NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL LEGAUX (Par agent)	NOMBRE TOTAL DE JOURS THEORIQUES DE TRAVAIL (y compris temps de garde)	NOMBRE DE JOURS DE GARDE INTEGRES THEORIQUES	NOMBRE TOTAL DE JOURS THEORIQUES DE TRAVAIL (hors temps de garde)	NOMBRE DE JOURS DE REPOS DE SECURITE ou de récupération après garde	NOMBRE DE JOURS D'INTERET GENERAL	NOMBRE DE JOURS DE FORMATION	NOMBRE DE JOURS DE MALADIE	NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL DISPONIBLES « AU LIT DU MALADE »			
	(a)	(b)	(c = a x b)	(d)	(e = c - d)	(f)	(g)	(h)	(i)	J = e - f - g - h - i			
<b>PH Temps Plein</b>	104,3	208	21 694	3 164		2 128	0	4 389	2224				
<b>PH temps partiel</b>	36,6	208	7 612								219		
<b>Assistants</b>	41	208	8 528										
<b>P.A.C.</b>	3	208	624										
<b>Attachés</b>	30,2	208	6 282								141		
<b>Contractuels</b>	5,2	208	1 082										
<b>TOTAL</b>	<b>220,3</b>	<b>208</b>	<b>45 822</b>	<b>3 164</b>	<b>42 658</b>	<b>2 128</b>	<b>4 389</b>	<b>2 584</b>		<b>33 557</b>			
<b>Internes</b>	22	208	4 576	1 356	3 864	912				2 308			
<b>TOTAL avec internes</b>	242,3		50 398	4 520	45 978	3 040	4 389	2 584		35 865			

(a) Effectifs autorisés

(b) Nombre de jours de travail légaux =

nombre de jours de travail annuels, tel qu'il découle d'une application théorique de la réglementation soit : 365 j - 104 j (week-end) = 261 j

- 9 j (fériés) = 252 j

- 25 j (CA) = 227 j

- 20 j (RTT) = 207 j

+ 1 j (solidarité) = 208 jours

(d) Bases

⇒ Nuit = 2 demi-journées

⇒ (365 jours x 2) = 730 demi-journées

⇒ + après-midi du samedi + dimanche = 3 demi-journées

⇒ 52 + 104 = 156 demi-journées

⇒ + 9 jours fériés = 18 demi-journées

⇒ Total = 730 + 156 + 18 = 904 demi-journées soit 452 jours

⇒ 452 j x 7 lignes de gardes = 3163 jours

(f) 1 jour de repos pour chaque garde => 365 j - 61 j (jour de repos normal du dimanche après une garde le samedi, ou garde veille de jour férié) = 304 jours

⇒ 304 x 7 lignes de garde = 2 128 jours

(g) En principe, deux demi-journées par semaine pour les PH temps plein, uniquement => 104,3 PHTP x (208 jours de travail possible : 5 jours soit 42 semaines) = 4389 jours

(h) 15 jours de formation pour les PH TP, assistants PAC => 15 jours x (104,3 + 41 + 3 médecins) = 2224 jours

6 jours pour PHtp => 36,5 médecins x 6 = 219 jours

2 à 8 jours pour les contractuels => 35,4 médecins x 4 jours (moyenne entre 2 et 8) = 141 jours

(i) Non renseigné, puisqu'il s'agit d'un tableau prévisionnel

## REELS 2005

STATUTS	EFFECTIF AUTORISE En ETP	NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL LEGAUX (Par agent)	NOMBRE TOTAL DE JOURS THEORIQUES DE TRAVAIL (y compris temps de garde)	NOMBRE DE JOURS DE GARDE INTEGRES THEORIQUES	NOMBRE TOTAL DE JOURS THEORIQUES DE TRAVAIL (hors temps de garde)	NOMBRE DE JOURS DE REPOS DE SECURITE ou de récupération après garde	NOMBRE DE JOURS D'INTERET GENERAL	NOMBRE DE JOURS DE FORMATION	NOMBRE DE JOURS DE MALADIE	NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL DISPONIBLES « AU LIT DU MALADE »
	(a)	(b)	(c = a x b)	(d)	(e = c - d)	(f)	(g)	(h)	(i)	(J = e - f - g - h - i)
<b>PH Temps Plein</b>	103,9	208	21 611	3 164			1638	463	451	
<b>PH temps partiel</b>	33,6	208	6 289						297	
<b>Assistants</b>	30	208	6 240						80	
<b>P.A.C.</b>	2	208	416						0	
<b>Attachés</b>	22,95	208	4 774						130	
<b>Contractuels</b>	5,2	208	1 082						2	
<b>TOTAL</b>	<b>197,65</b>	<b>208</b>	<b>40 412</b>	<b>3 164</b>	<b>37 248</b>	<b>2128</b>	<b>1 638</b>	<b>808</b>	<b>960</b>	<b>31 714</b>
<b>Internes</b>	45	208	4 576	1 356	3 220	912			48	2 260
<b>TOTAL avec internes</b>	242,65		50 458	4 520	40 468	3 040	1 638	808	1008	33 974

\* Sources = Bilan social 2005

(a) Effectifs réels

(b) Nombre de jours de travail légaux =

nombre de jours de travail annuels, tel qu'il découle d'une application théorique de la réglementation soit : 365 j - 104 j (week-end) = 261 j

- 9 j (fériés) = 252 j

- 25 j (CA) = 227 j

- 20 j (RTT) = 207 j

+ 1 j (solidarité) = 208 jours

(d) Jours comptabilisés au Bilan social : 2 659 pour les médecins + 1 718 astreintes + 1328 gardes d'internes. Compte tenu du degré de fiabilité relatif de ces chiffres, la mission a choisi de reprendre ceux du tableau précédent, estimant que ce qui était prévu au niveau des gardes ne pouvait qu'avoir été réalisé, ne serait-ce que pour des raisons de sécurité.

(f) 1 jour de repos pour chaque garde => 365 j - 61 j (jour de repos normal du dimanche après une garde le samedi, ou garde veille de jour férié) = 304 jours

⇒ 304 x 7 lignes de garde = 2128 jours

(g) Deux demi-journées par semaine pour 39 PH bénéficiaires => 39 médecins x (208 jours de travail possible : 5 jours soit 42 semaines) = 4389 jours

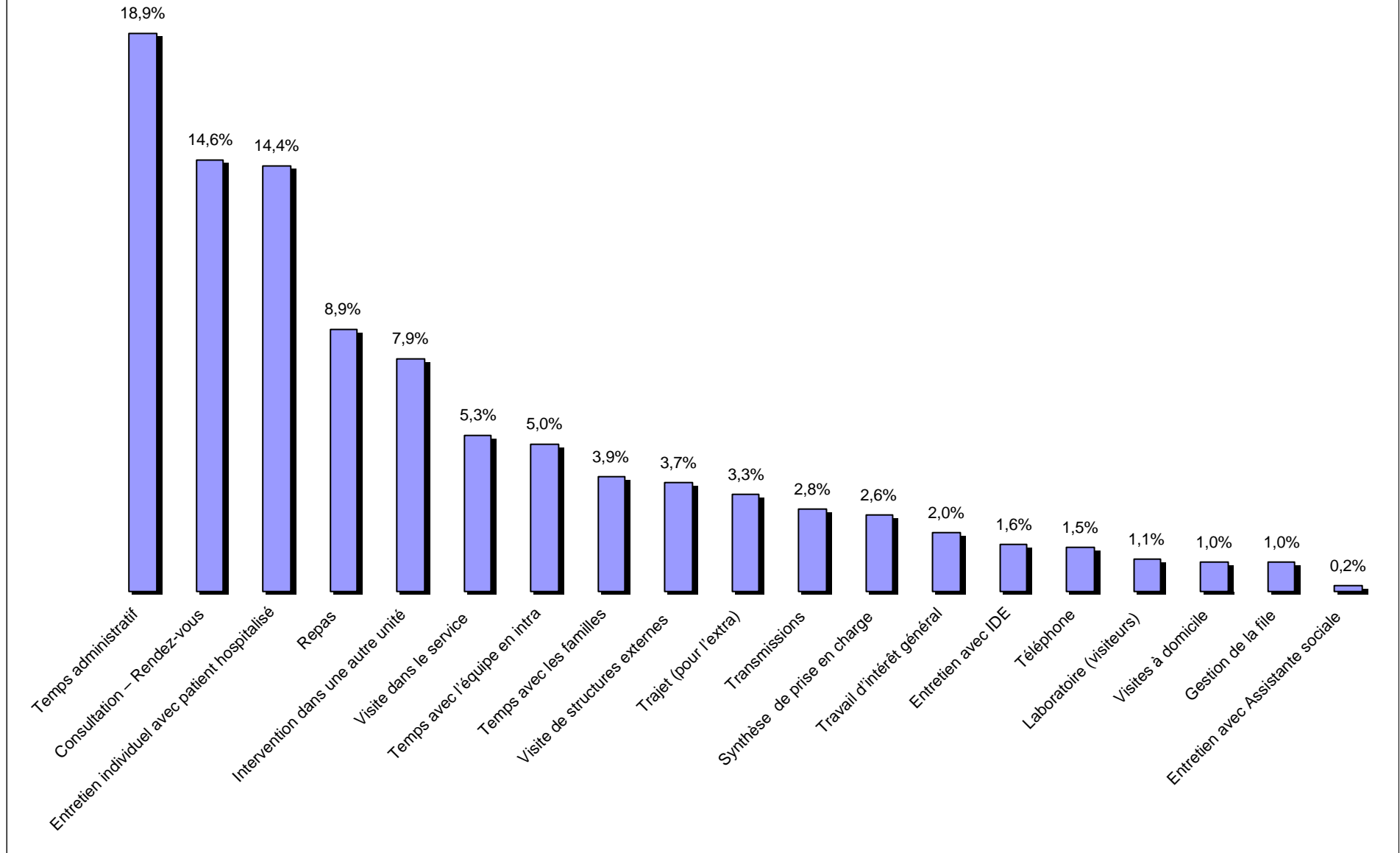
(h) Jours comptabilisés au Bilan social

(i) Jours comptabilisés au Bilan social

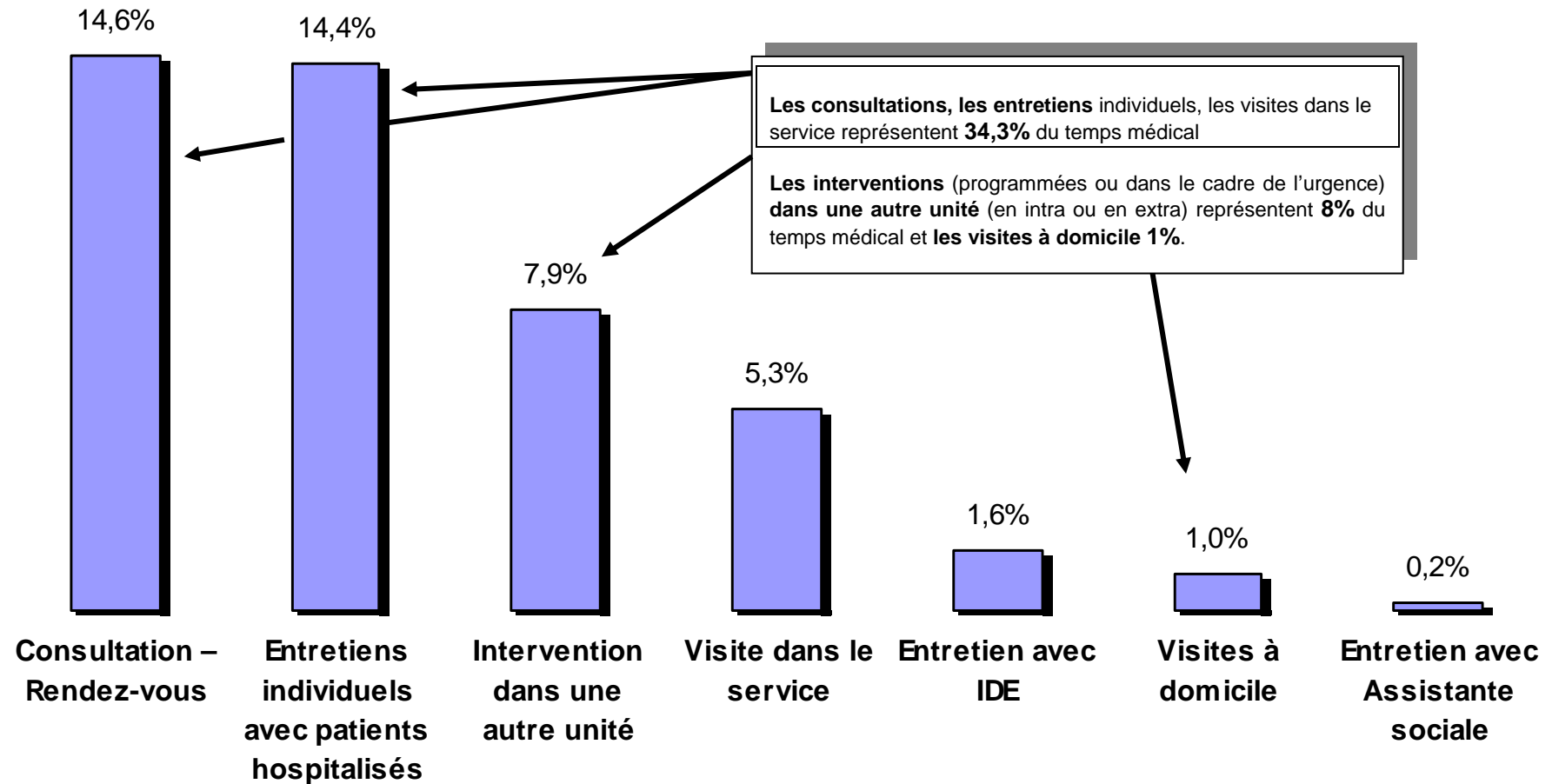
**Annexe 3**

**UTILISATION DU TEMPS DE PRESENCE DES MEDECINS**  
**DU CHS D'EVREUX**

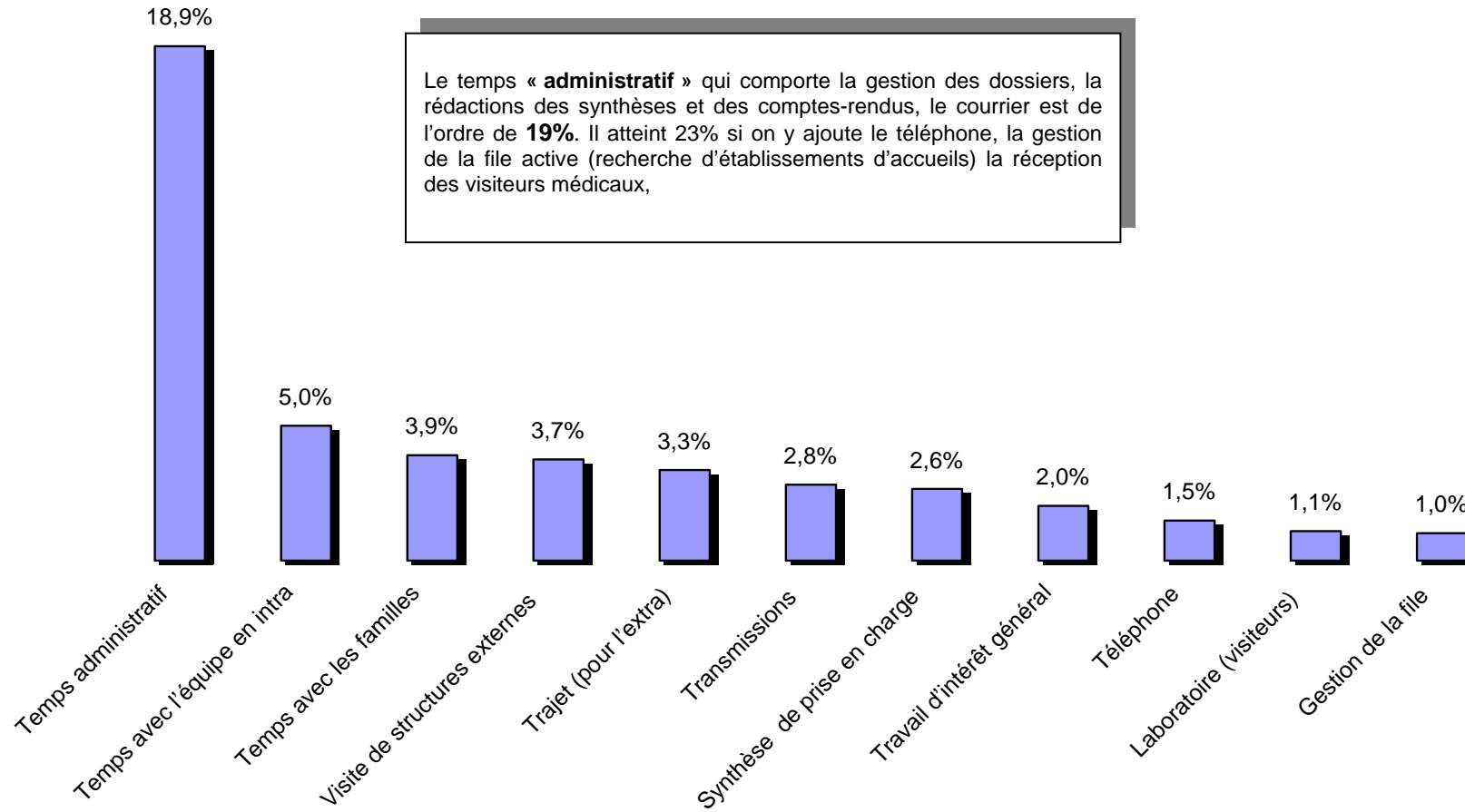


**REPARTITION DES ACTIVITES DES MEDECINS**

## REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE DIRECTE DES MEDECINS AUPRES DES PATIENTS



## REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE INDIRECTE DES MEDECINS AUPRES DES PATIENTS



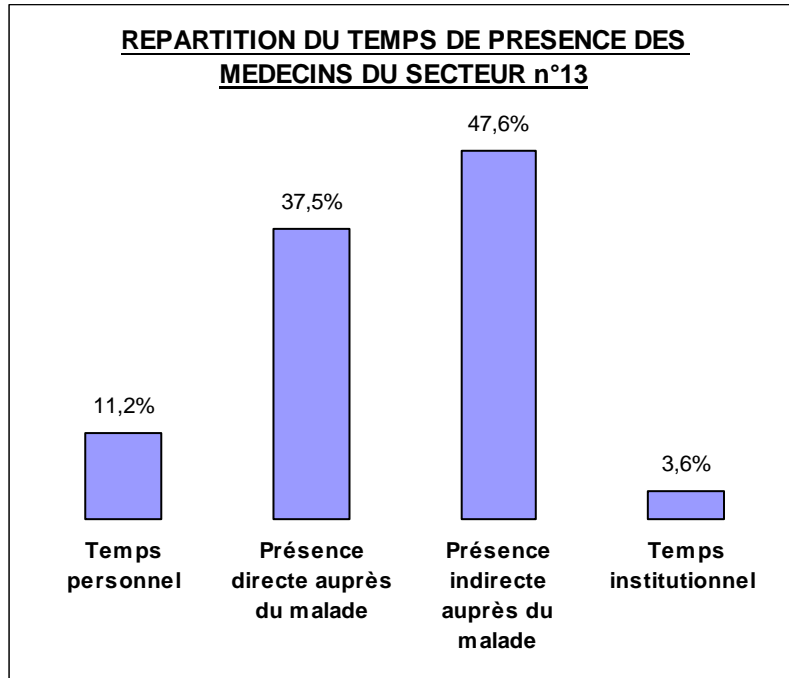




**Annexe 4**

**UTILISATION DU TEMPS DE PRESENCE DES MEDECINS**  
**DU CHS DE VILLE-EVRARD**  
**Secteur n°13**





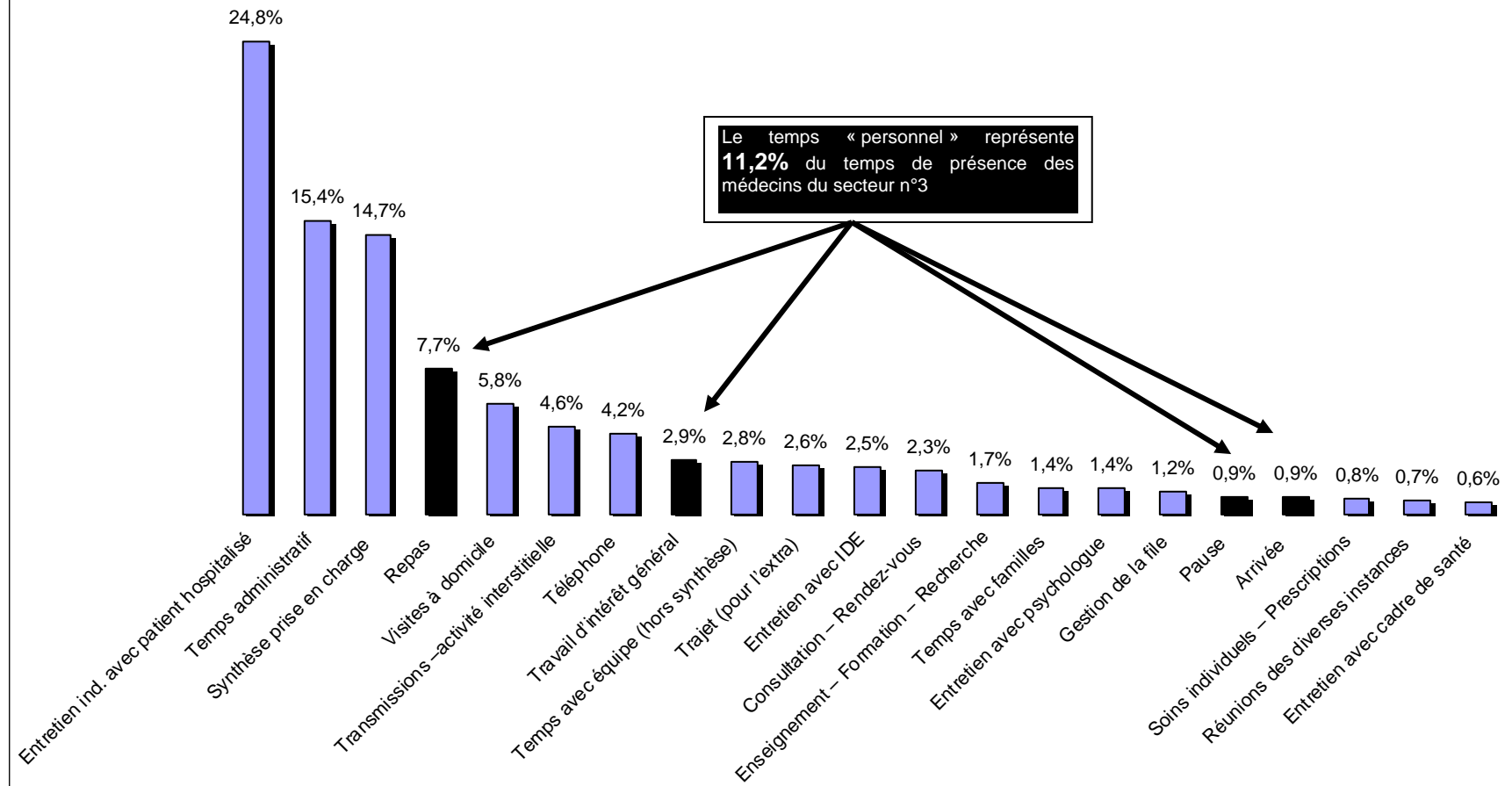
Le « **temps personnel** » est celui qui ne concerne que le médecin : en l'occurrence essentiellement le temps de repas ou de formation, qui est de l'ordre de **11,2%**.

Le temps de « **présence directe auprès du malade** » comprend les temps consacrés aux soins et aux activités thérapeutiques : entretiens, consultations, visites, prescription etc... Dans le cas particulier il est de l'ordre de **37,5%**.

Les temps de « **présence indirecte auprès des malades** » comprennent les temps utilisés pour les synthèses, les transmissions, les contacts avec les familles, les temps de gestion des dossiers etc... Dans le cas particulier il est de l'ordre de **47,6%**.

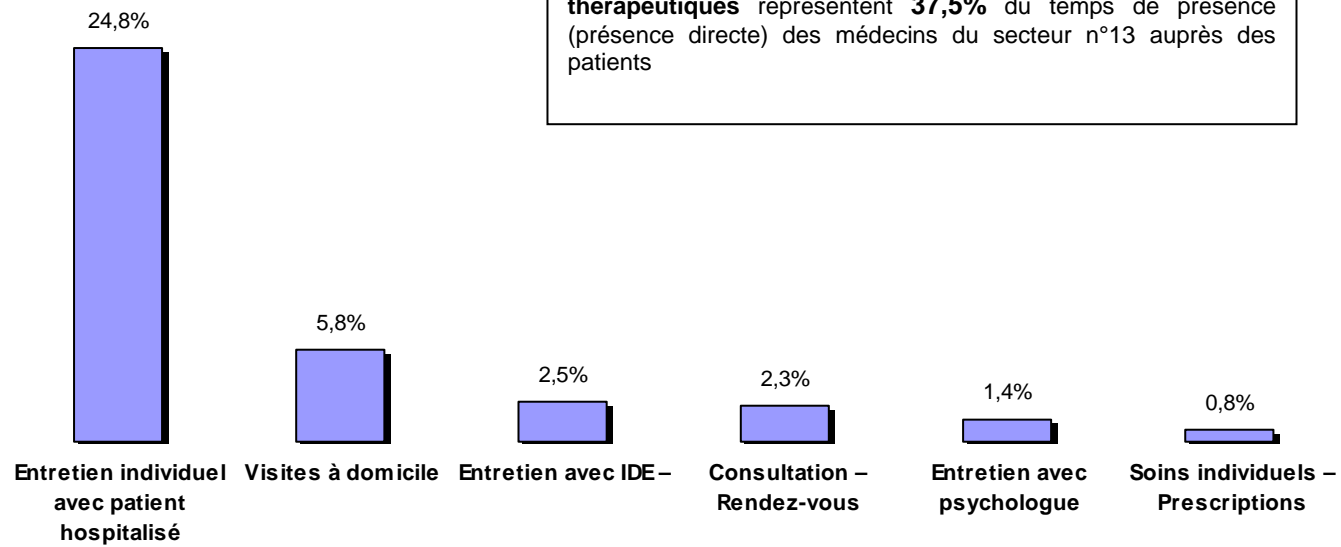
Le temps « **institutionnel** » est celui consacré à diverses réunions ou assemblées organisées pour le fonctionnement de l'institution, ou des activités d'intérêt général. Dans le cas particulier il est de l'ordre de **3,6%**.

### REPARTITION DES ACTIVITES DES MEDECINS DU SECTEUR n°13

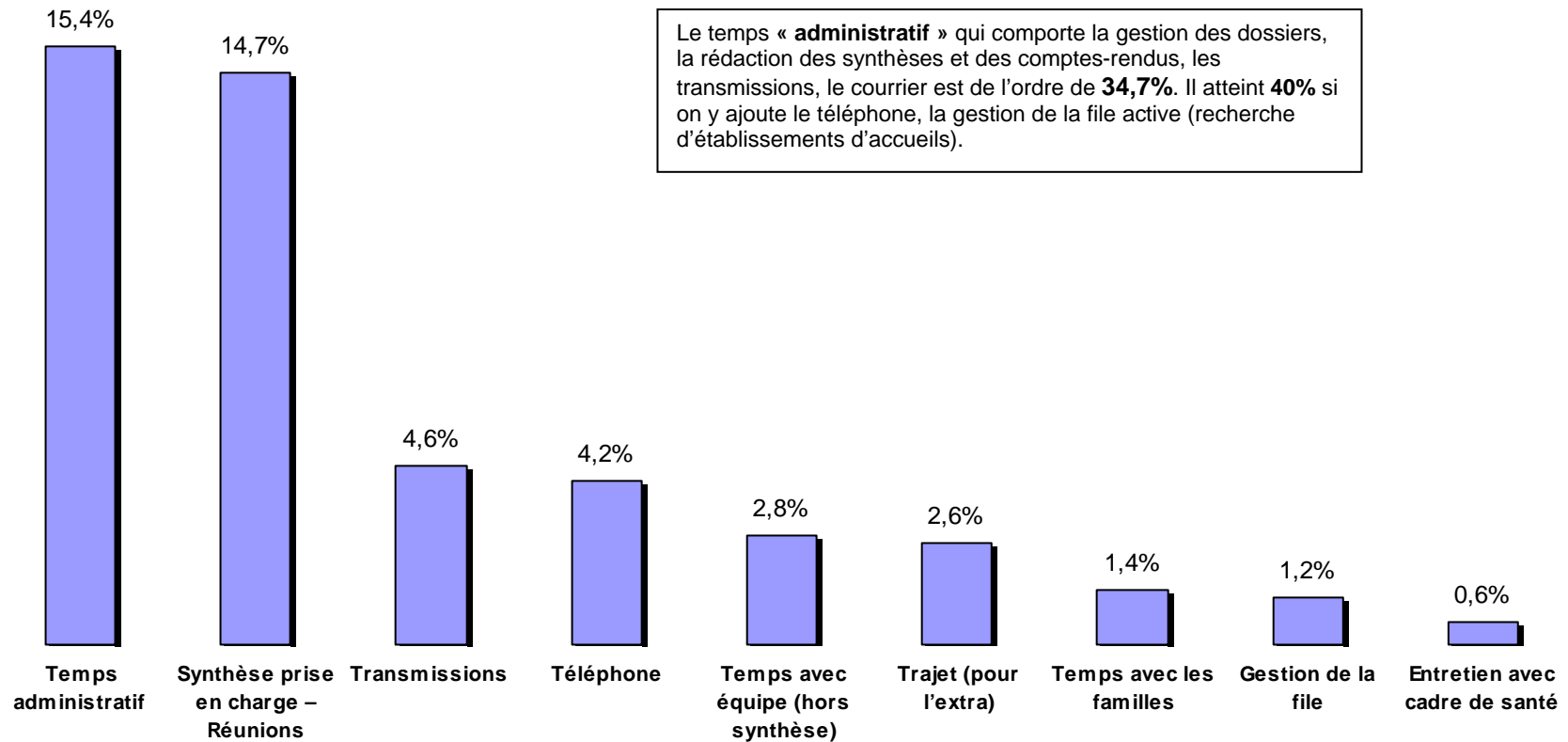


**REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE DIRECTE AUPRES DES  
PATIENTS DES MEDECINS DU SECTEUR n°13**

Les soins, les entretiens et les activités strictement thérapeutiques représentent **37,5%** du temps de présence (présence directe) des médecins du secteur n°13 auprès des patients



**REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE INDIRECTE AUPRES DES PATIENTS**  
**DES MEDECINS DU SECTEUR n°13**

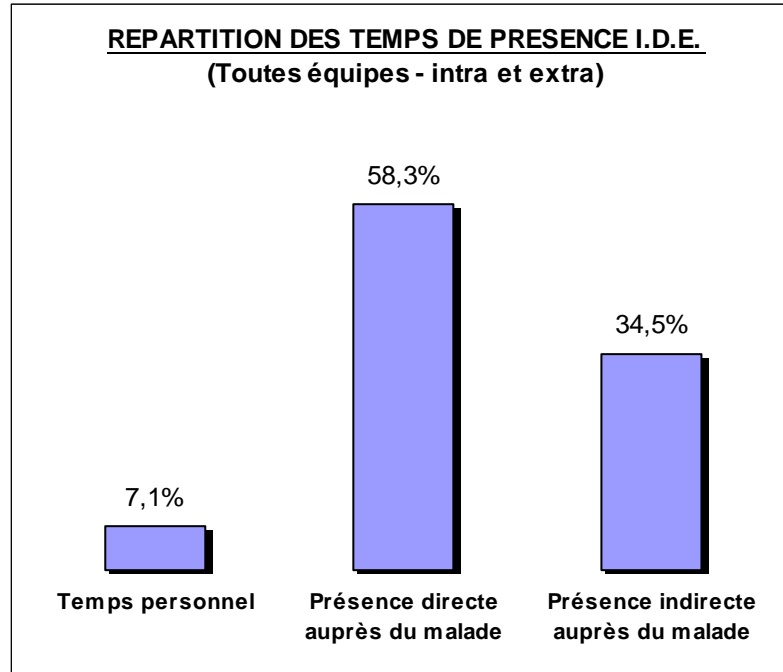


**Annexe 5**

**UTILISATION DU TEMPS DE PRESENCE DES INFIRMIERS**  
**DU CHS D'EVREUX**  
**(Toutes équipes – intra et extra)**







Les « IDE » sont à la fois les infirmiers diplômés d'état et les infirmiers spécialisés en psychiatrie.

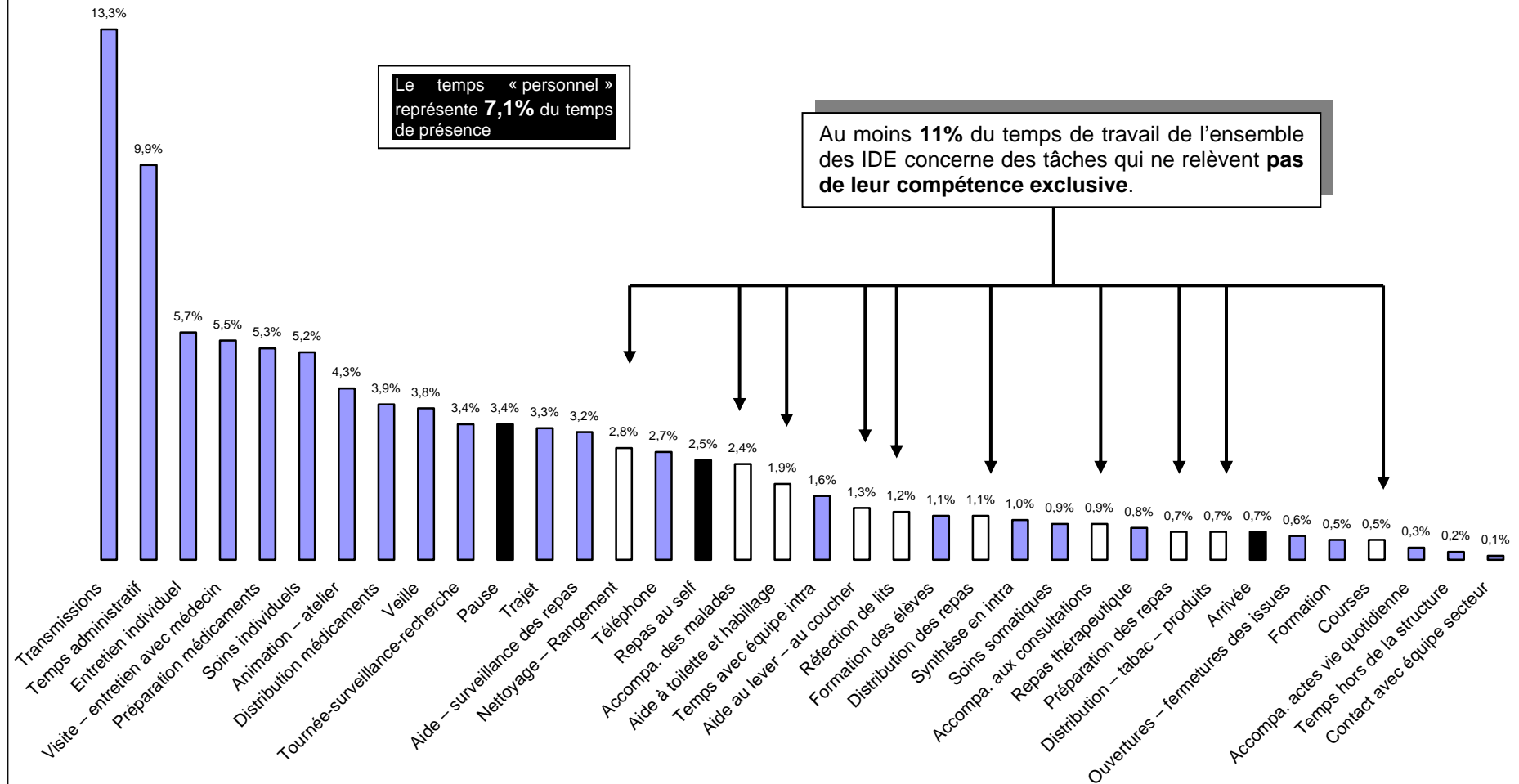
Toutes les structures (intra et extra) et toutes les équipes (jour, après-midi et nuit) ont été prises en compte.

Le « **temps personnel** » est celui qui ne concerne que l'agent : temps à l'arrivée pour l'habillage, temps de repas (s'il n'est pas thérapeutique », pause. Dans le cas particulier il est de l'ordre de **7,1%**.

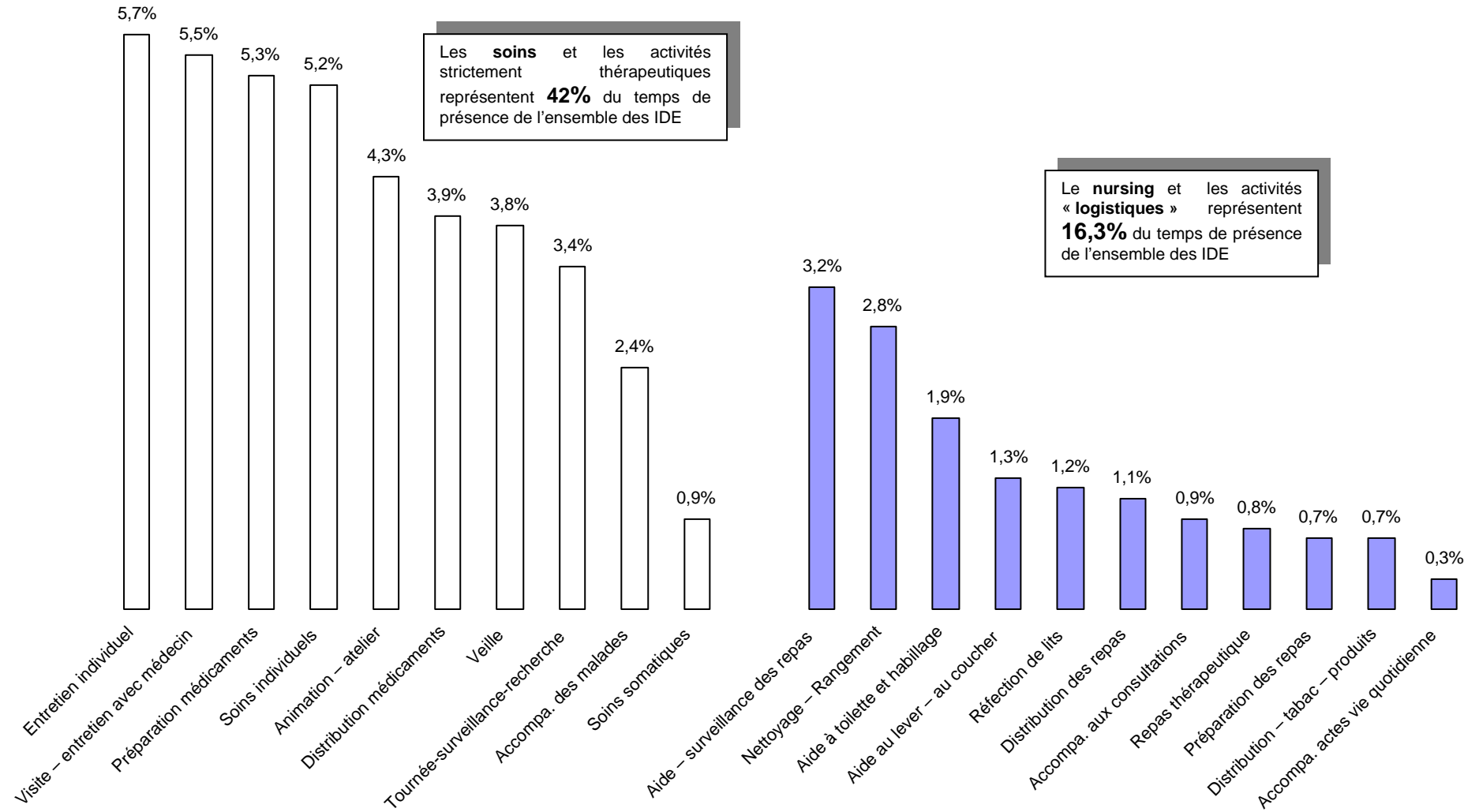
Le temps de « **présence directe auprès du malade** » comprend à la fois les temps consacrés aux soins et aux activités thérapeutiques et ceux consacrés au nursing et aux tâches logistiques (repas, nettoyage des locaux etc...). Dans le cas particulier il est de l'ordre de **58,3%**.

Les temps de « **présence indirecte auprès des malades** » comprend les temps utilisés pour les synthèses, les transmissions, les contacts avec les familles, les temps de gestion des dossiers et administratifs etc... Dans le cas particulier il est de l'ordre de **34,5%**.

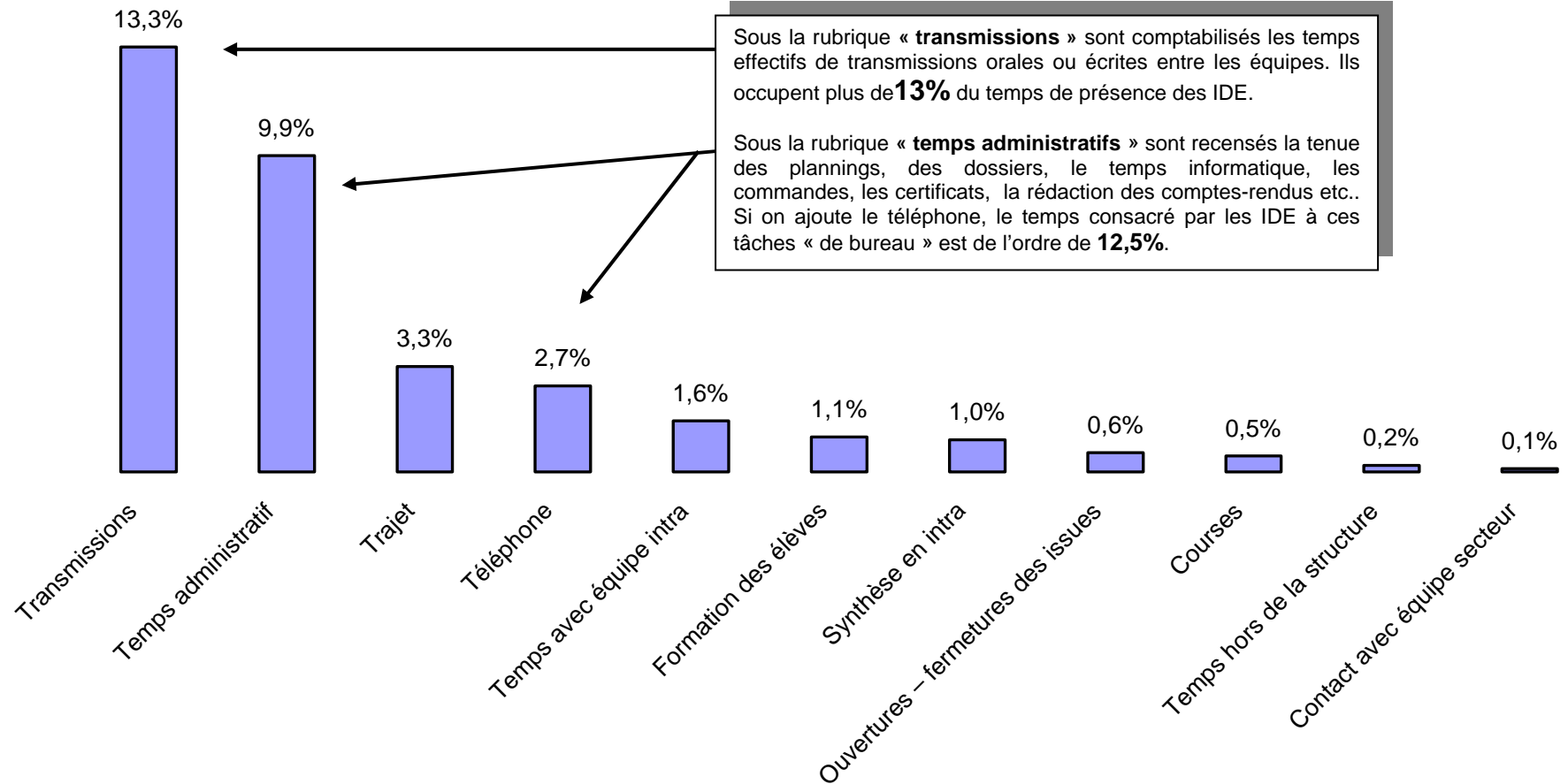
### REPARTITION DES ACTIVITES DE L'ENSEMBLE DES I.D.E (Toutes équipes - intra et extra)



**REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE DIRECTE AUPRES DES PATIENTS**  
(ensemble des I.D.E - Toutes équipes - intra et extra)



**REPARTITION DU TEMPS DE PRESENCE INDIRECTE AUPRES DES PATIENTS**  
**(Ensemble des IDE - toutes équipes - intra et extra)**



**Annexe 6**

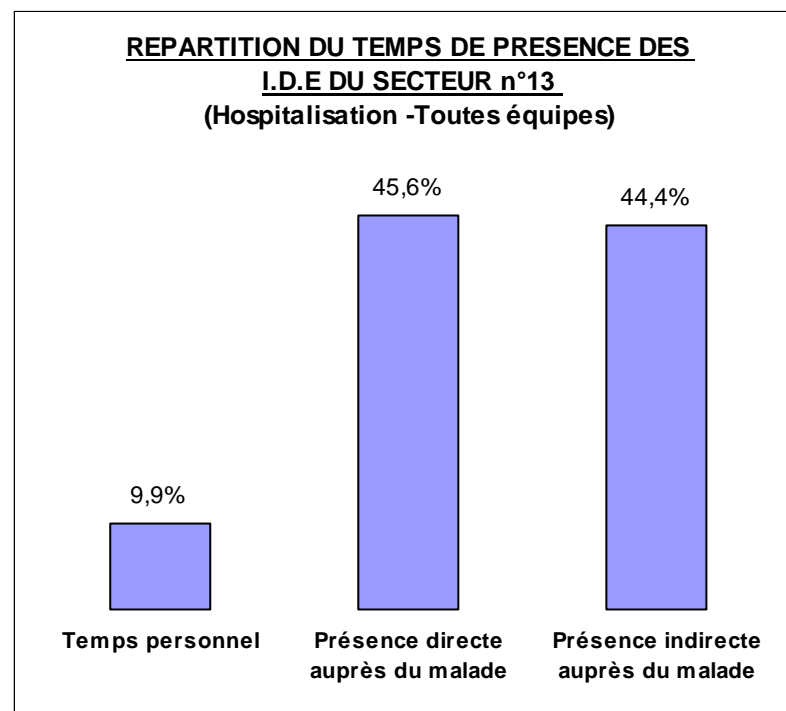
**UTILISATION DU TEMPS DE PRESENCE DES INFIRMIERS**  
**DU CHS DE VILLE EVRARD**

**(Secteur n°13 – Unités d’hospitalisation et structures ambulatoires)**



## **SECTEUR n°13 : unités d'hospitalisation**

Les résultats d'ensemble sont les suivants :



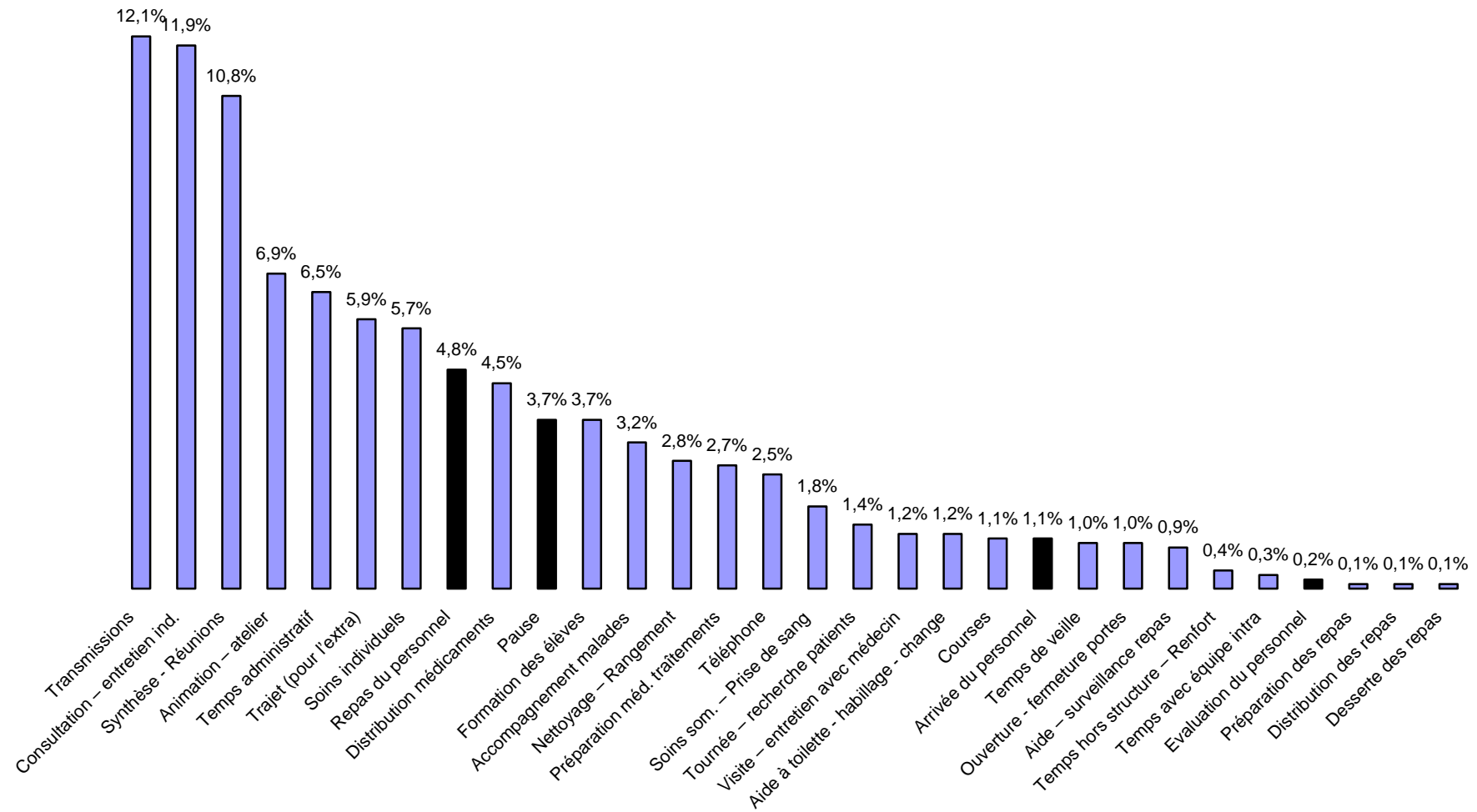
Toutes les structures d'hospitalisation et toutes les équipes (jour, après-midi et nuit) qui y travaillent ont été prises en compte.

Le « **temps personnel** » est de l'ordre de **9,9%**.

Le temps de « **présence directe auprès du malade** » est de l'ordre de **45,6%**.

Le temps de « **présence indirecte auprès des malades** », est presque identique au précédent : **44,4%**.

**REPARTITION DE L'ACTIVITE DES I.D.E DU SECTEUR n°13 (Hospitalisation - Toutes équipes)**





Ce relevé montre l'extrême morcellement des activités des IDE dans les services d'hospitalisation. Malgré les regroupements de données effectuées par la mission, on observe qu'il existe au moins **30 tâches** de nature différentes

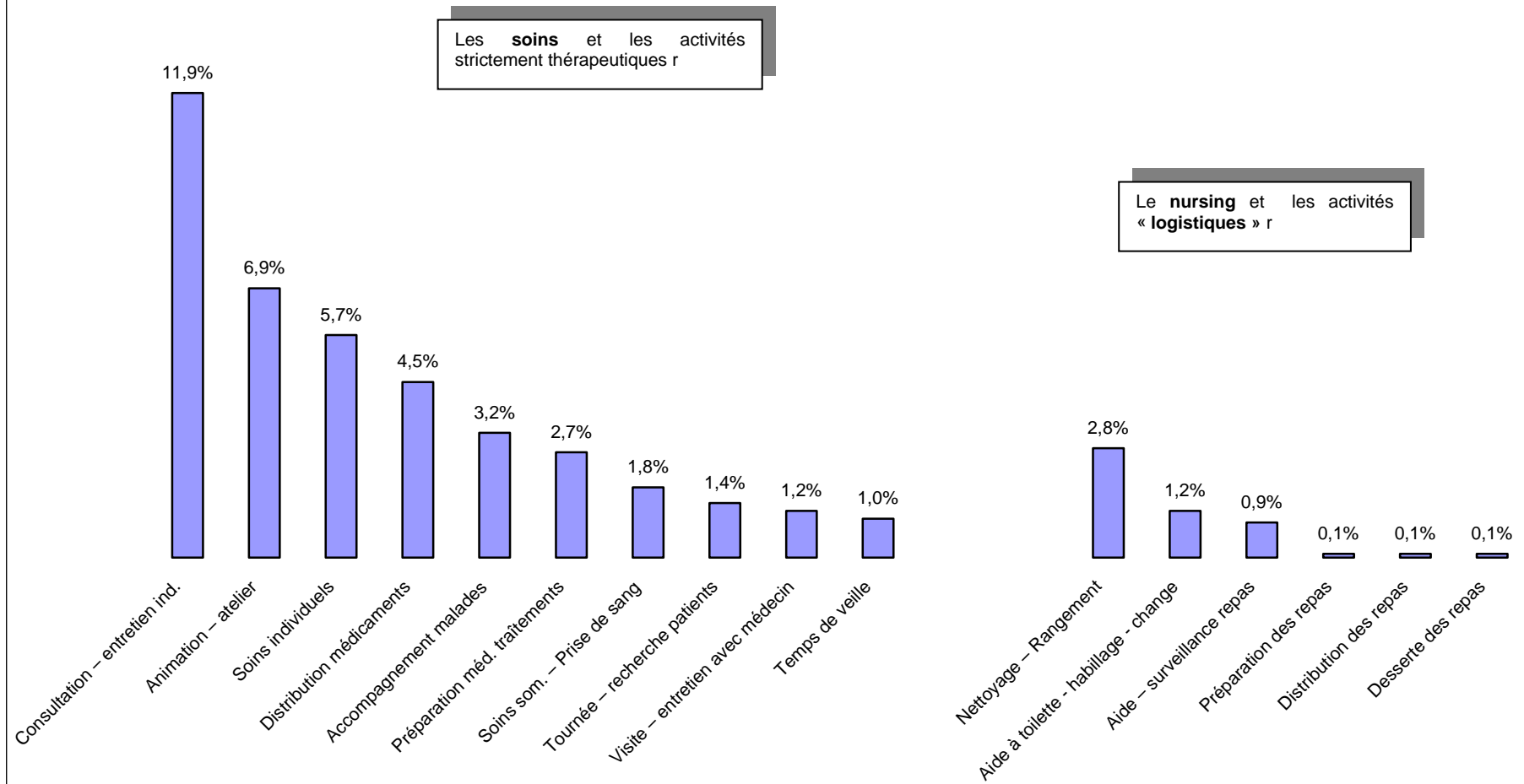
**Le temps « personnel »** qui représente 9,9% du temps de présence total des IDE se décompose en :

- 4,8 % pour les repas (pris en dehors de la présence des malades),
- 3,7 % pour les pauses,
- 1,1 % pour les prises ou les départs de fonction (habillage),
- 0,2% pour l'évaluation des agents ou leur formation personnelle.

Au moins **9 %** du temps de travail de l'ensemble des IDE concerne des tâches qui ne relèvent **pas de leur compétence exclusive**, parmi lesquelles :

- 0,1% pour la préparation des repas,
- 0,1% pour la distribution des repas,
- 0,1% pour la desserte des repas,
- 0,9% pour l'aide et la surveillance des repas,
- 1% pour l'ouverture et la fermeture des portes,
- 1,1% pour les courses à l'extérieur (par exemple pour aller porter des examens au laboratoire),
- 1,2% pour l'aide à la toilette, à l'habillage ou les changes,
- 1,4% pour les tournées de surveillance ou la recherche de patients
- 2,8% pour le nettoyage ou le rangement.

**REPARTITION DU TEMPS DE PRESENCE DIRECTE DES I.D.E DU SECTEUR n°13 AUPRES DES PATIENTS (Hospitalisation - toutes équipes)**



Parmi les temps de présence directe des IDE auprès de patients, la mission a distingué :

- Les **soins** et les activités strictement thérapeutiques :

Ces activités représentent **39,8%** du temps de présence de l'ensemble des IDE.

Pratiquement 12% du temps des IDE est consacré aux entretiens infirmiers (formalisés ou non) 7% à l'animation et aux ateliers et 6% aux soins individuels, c'est-à-dire à la prise en charge individuelle d'un malade. Les temps consacrés aux soins somatiques et notamment aux prises de sang représentent environ 2%.

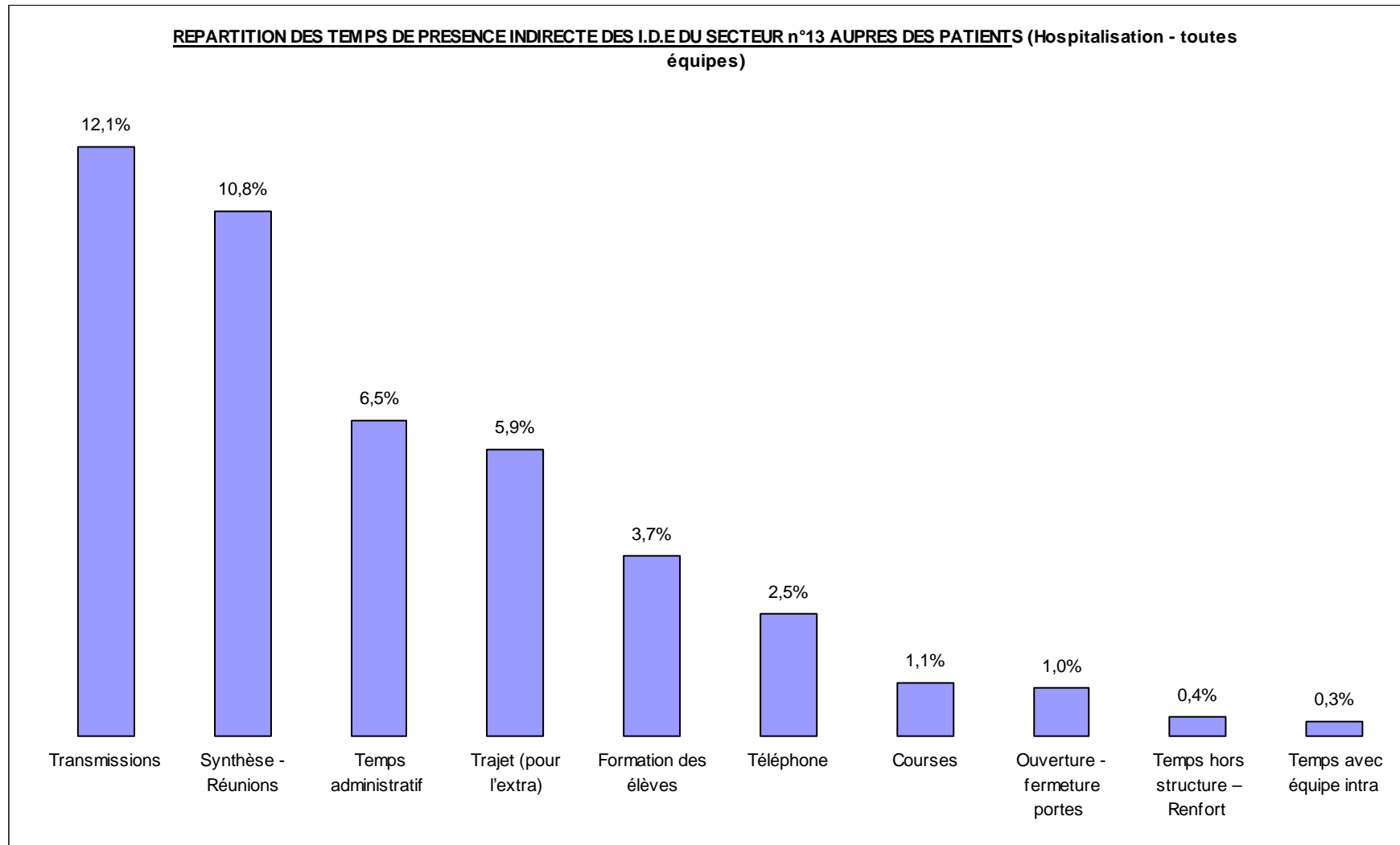
L'ensemble préparation et distribution des traitements et des médicaments occupent un peu plus de 7% du temps.

Dans cette catégorie d'activités la mission a également classé l'activité de nuit qui comporte les tournées de surveillance et les temps appelés de « veille », c'est-à-dire les temps d'attente entre deux tournées. Rapportés, comme c'est le cas, au temps total des IDE toutes équipes confondues, c'est temps apparaissent comme marginaux : entre 1 et 1,5%.

- Le **nursing** et les activités « **logistiques** » représentent **5,3%** du temps de présence de l'ensemble des IDE

En opposition à ce qui est ressenti, les temps autres que ceux consacrés aux soins, mais qui sont néanmoins en relation directe avec le malade, sont relativement réduits.

Ils paraissent représenter plutôt plus des temps où les IDE apportent une aide ponctuelle aux autres personnels et apportent une contribution au travail de l'ensemble de l'équipe



Les temps de présence indirecte auprès des malades sont importants en volume.

Sous la rubrique « **transmissions** » sont comptabilisés les temps effectifs de transmissions orales ou écrites entre les équipes. Ils occupent plus de **12%** du temps de présence des IDE.

Les temps de « **synthèse et de réunions** » occupent **11%** du total.

C'est donc un tiers du temps des IDE qui est consacré à des échanges entre professionnels

Sous la rubrique « **temps administratifs** » sont recensés la tenue des plannings, des dossiers, le temps informatique, les commandes, les certificats, la rédaction des comptes-rendus etc.. Si on ajoute le téléphone, le temps consacré par les IDE à ces tâches « de bureau » est de l'ordre de **9%**.

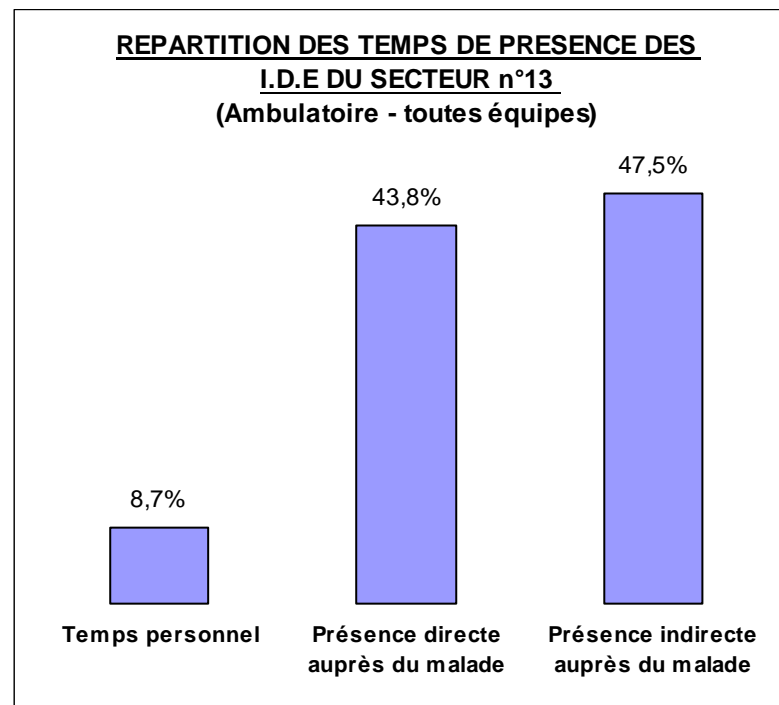
Le temps consacré à la **formation des élèves** et des stagiaires, de l'ordre de **4%**.

**Les temps de trajet** sont d'environ 6%.

Environ 2% du temps des IDE est utilisé pour l'ouverture et la fermeture des portes ou pour aller faire des « courses » à l'intérieur de l'établissement (en situation d'urgence vraisemblablement), ce qui ne correspond pas exactement à leur niveau de qualification.

**SECTEUR n°13 : unités ambulatoires**

Les résultats d'ensemble pour les « IDE » des unités ambulatoires du secteur n°13 sont les suivants



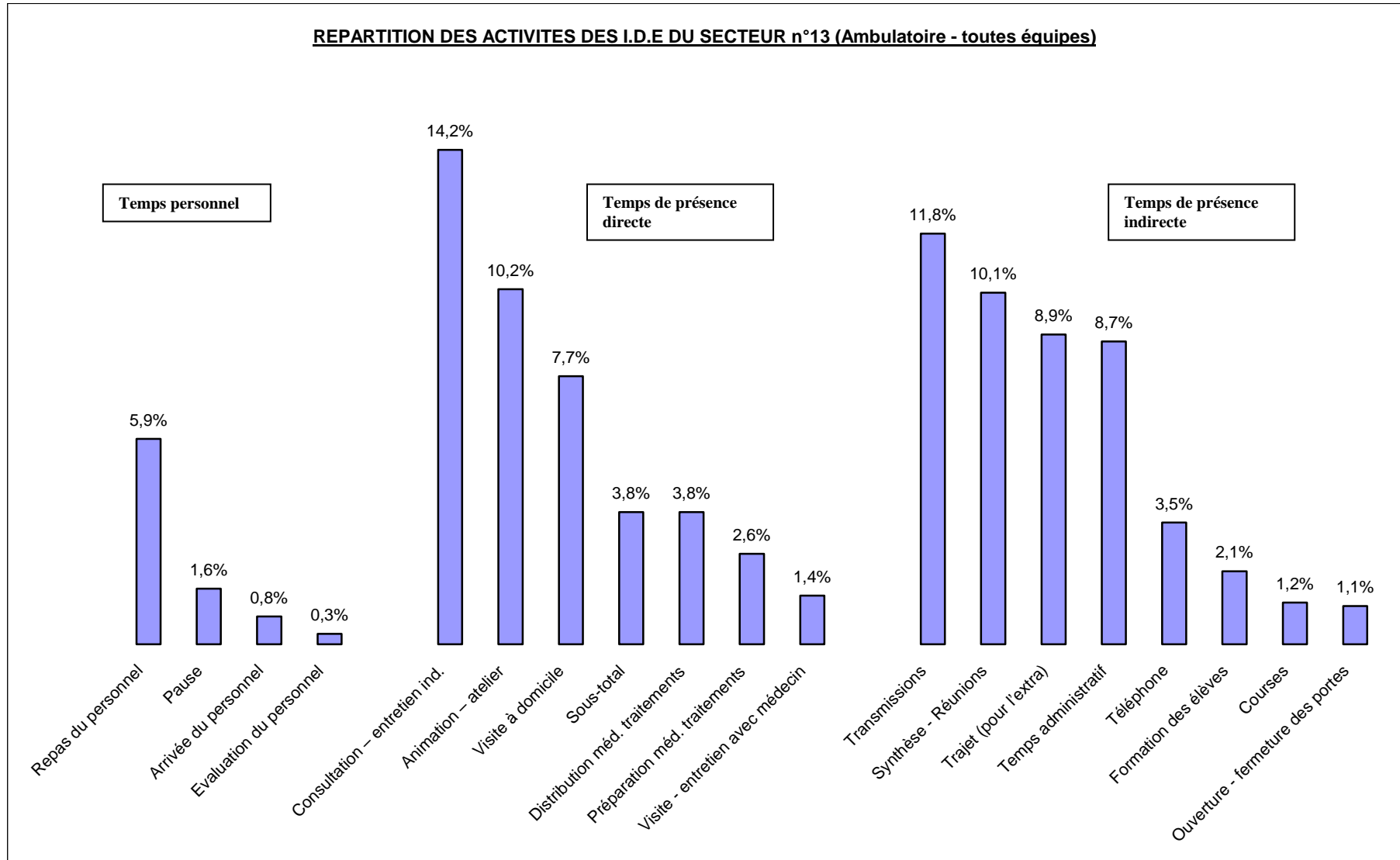
Le « **temps personnel** » est de l'ordre de **8,7%**, légèrement inférieur à celui constaté pour le secteur hospitalisation.

Le temps de « **présence directe auprès du malade** » est d'environ **43,8%**.

Le temps de « **présence indirecte auprès des malades** » représente **47,5%**.

La répartition est donc à l'inverse de ce que l'on constate pour l'hospitalisation et l'écart plus important entre les deux catégories de temps de présence.

**REPARTITION DES ACTIVITES DES I.D.E DU SECTEUR n°13 (Ambulatoire - toutes équipes)**



Globalement on observe que l'activité des IDE en unités ambulatoire est moins morcelée que dans les services d'hospitalisation.

- Le « **temps personnel** » occupe **8,7%** du temps.

On remarque que les temps consacrés aux repas sont relativement conséquents (6%), mais que ceux des pauses sont deux fois moins importants qu'en hospitalisation.

- Le « **temps de présence directe** » auprès des malades ne représente que **44%** du temps global

Les entretiens infirmiers ou individuels (14, 2%) et l'animation des ateliers (10,2%) correspondent à un quart de l'activité

Les entretiens avec les médecins occupent un temps marginal (1,4%)

La préparation (2,6%) et la distribution (3,8%) des médicaments et des traitements occupent environ 6,6% du temps, soit un peu moins que les visites et soins à domiciles (7,7%).

Le nettoyage est le rangement prennent environ 4% du temps.

- Les « **temps de présence indirecte** » auprès des malades représente **47,5%** du temps

Dans les structures ambulatoires les temps de trajet ne sont évidemment pas négligeables : ils sont de l'ordre de 9%

Les temps de communication entre professionnels occupent plus de 20% du temps (transmissions : 11,8%, réunions synthèses 10,1%).

Le temps administratif est de l'ordre de 12% si on cumule ce temps proprement (8,7%) et le passé au téléphone (3,5%).

Le temps consacré aux élèves et aux stagiaires est d'environ 3%. Celui des courses (1,2%) et des ouvertures et fermetures de portes (1,1%) sont marginaux.



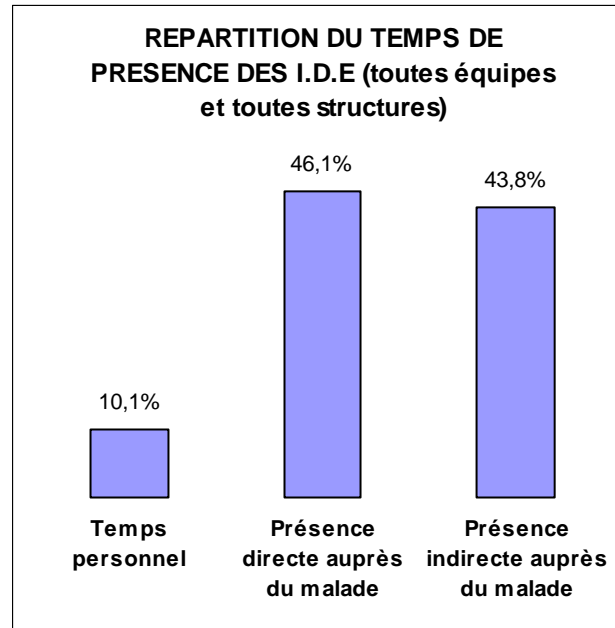
**Annexe 7**

**UTILISATION DU TEMPS DE PRESENCE DES INFIRMIERS**  
**DE L'INSTITUT MARCEL RIVIERE**

**(Secteur n° 78G15 – Toutes équipes intra et extra – Hospitalisation – Ambulatoire)**



**ENSEMBLE DES I.D.E (Intra et extra)**



Par « ensemble des IDE » il convient d'entendre : tous les agents de cette catégorie, présents le jour de l'enquête, quelle que soit l'équipe (jour, après-midi<sup>1</sup>) ou le lieu de travail (hospitalisation, CMP, hôpital de jour). L'intérêt de ce regroupement est de mesurer comment se répartit l'ensemble du « temps infirmier » tous types de prises en charges confondus.

Dans le cas particulier de l'IMR, le temps personnel<sup>2</sup> des IDE est de l'ordre de 10%, le temps de présence directe auprès du malade d'environ 46% et le temps de présence indirecte de 44%.

<sup>1</sup> Exceptionnellement « l'équipe de nuit » n'a pas été prise en compte, celle-ci ne comportant qu'une personne

<sup>2</sup> Les définitions « temps personnel », « présence directe auprès du malade », « présence indirecte auprès du malade » sont identiques à celles mentionnées au § 312.

Le graphique suivant montre l'extrême morcellement des activités des IDE (une trentaine) et le fait que ce sont les entretiens individuels, les réunions (synthèses, discussions informelles, réunions programmées) et les transmissions qui priment (plus du tiers du temps).

Le temps de présence directe auprès du malade (Cf. graphique ci-après) a été scindé en deux parties :

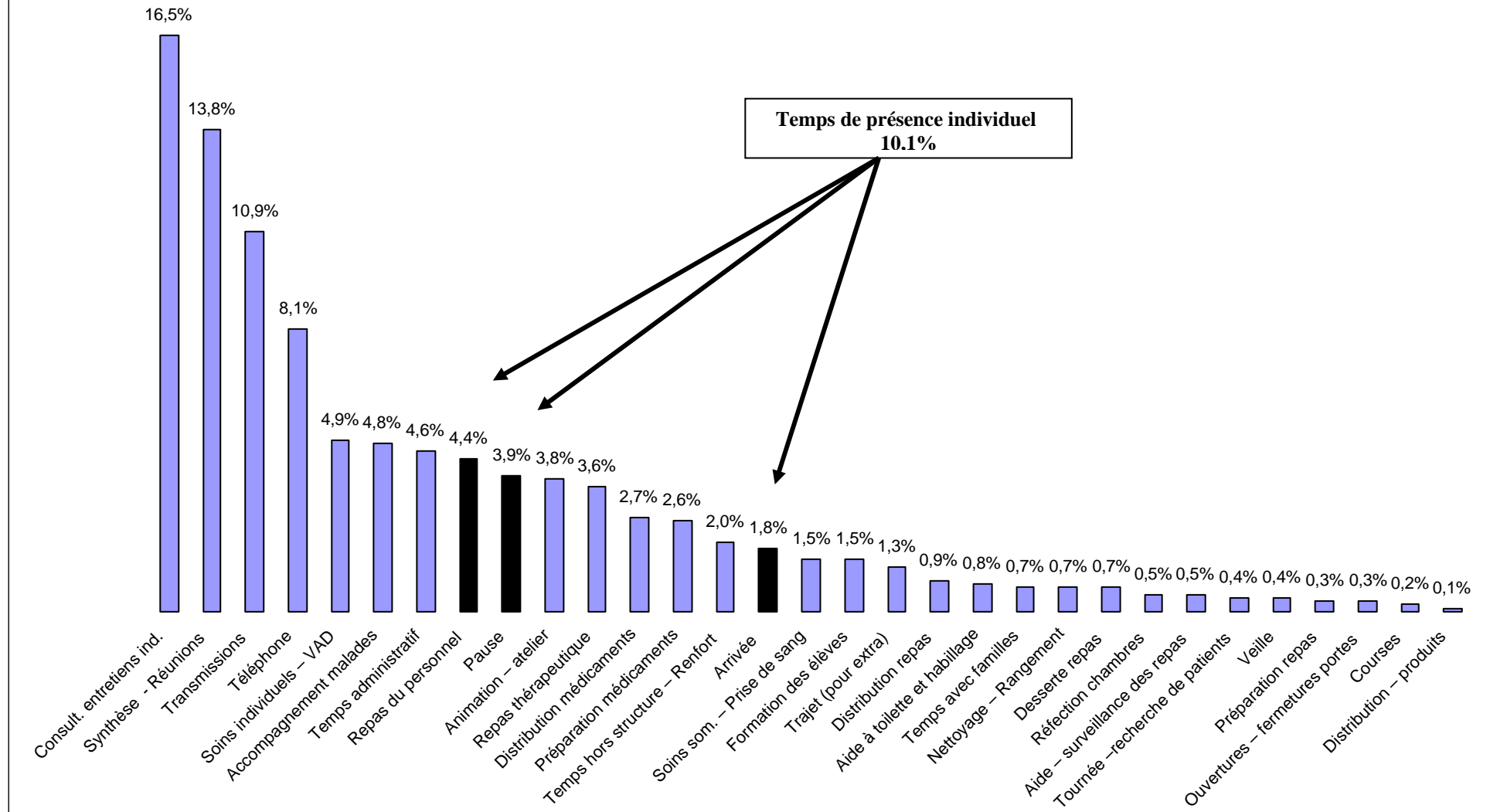
- le temps utilisé pour les activités de soins (ou thérapeutiques) proprement dites. On constate qu'en dehors du temps consacré aux entretiens, celui qui est employé pour la préparation et la distribution des médicaments et des traitements est de l'ordre de 5%. Un temps identique sert également à être utilisé pour les soins individuels et les visites à domicile, ou pour les soins somatiques, ou pour l'accompagnement des malades. Les animations et les ateliers prennent 4% du temps. Les prises de sang, de même que les temps de surveillance représentent un temps marginal inférieur à 1,5% ;
- le temps utilisé pour les activités de nursing ou logistiques. On observe que, pour les IDE de l'IMR ce temps est relativement restreint (environ 8% du temps total) la moitié étant consacrée aux repas thérapeutiques.

Le temps de présence indirecte auprès du malade représente 43% du temps total. (Cf. graphique ci-après).

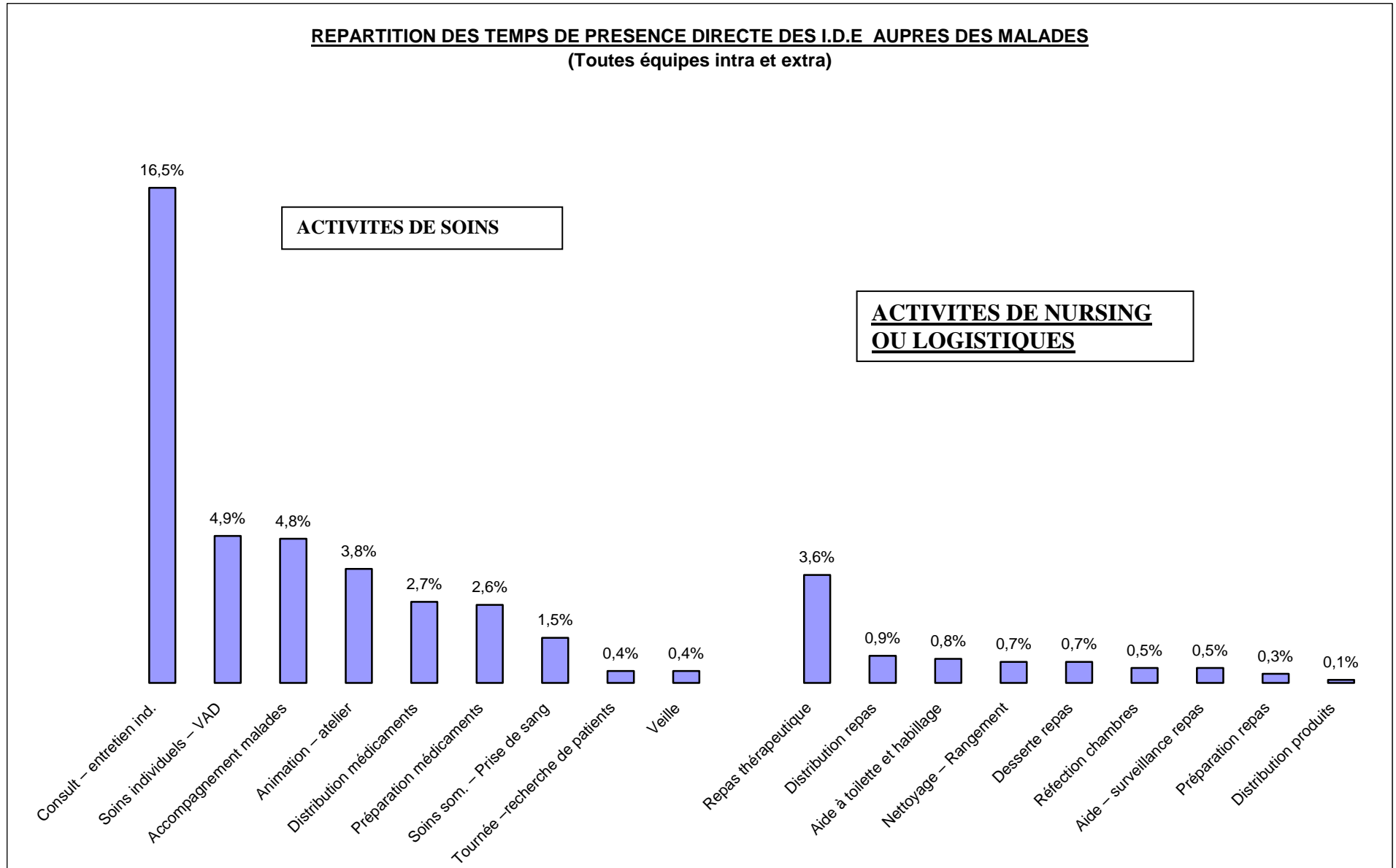
Les transmissions et les synthèses occupent un quart du temps. Les tâches administratives et le téléphone réunis obèrent 13% du temps. Chacune des autres activités ne dépasse pas 2%.

Si globalement le temps téléphonique est de l'ordre de 8% il convient de remarquer qu'il correspond en réalité à un nombre important d'appels, parfois de courte durée, qui « perturbent » le déroulement de la journée de travail.

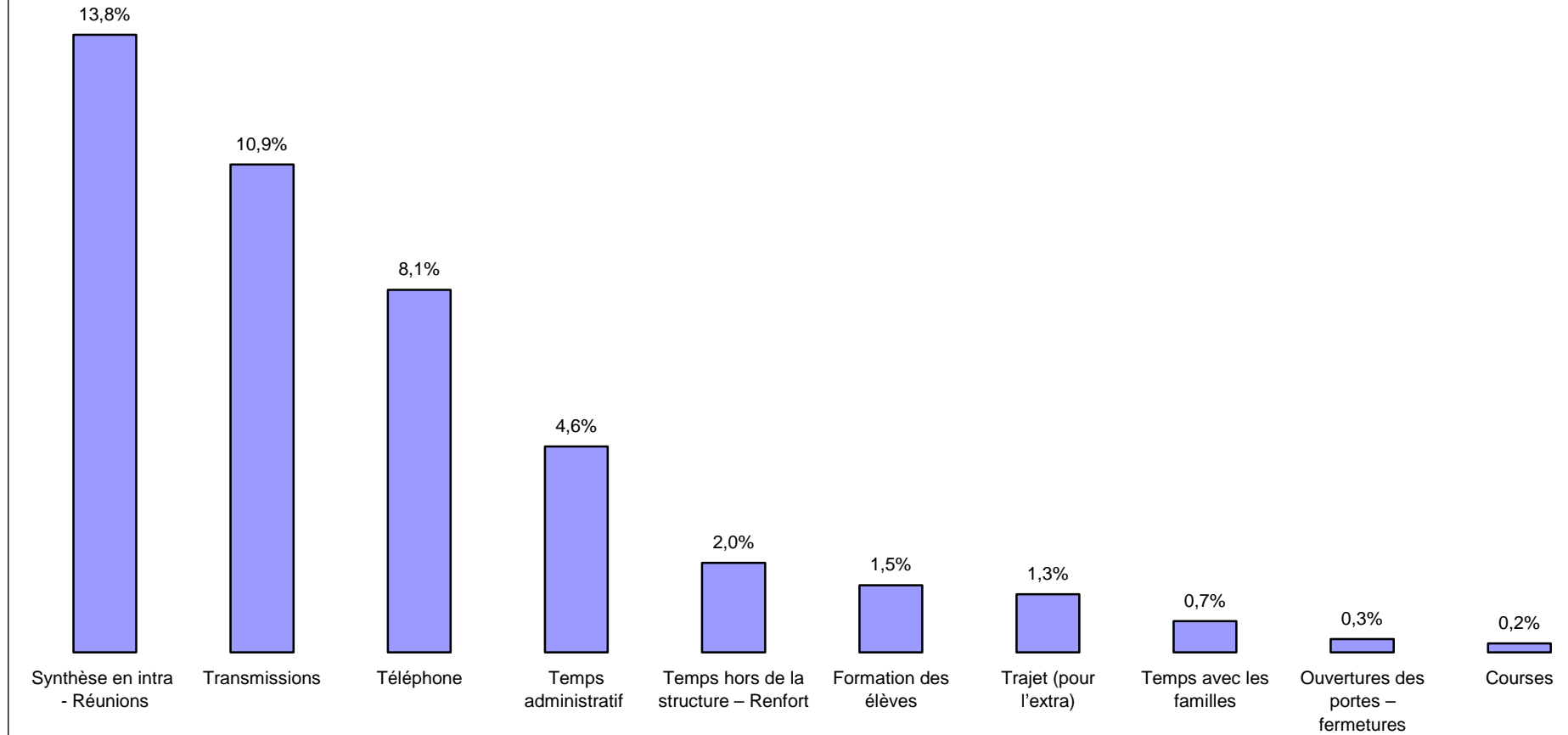
### REPARTITION DES ACTIVITES DES I.D.E. (Toutes équipes intra et extra)

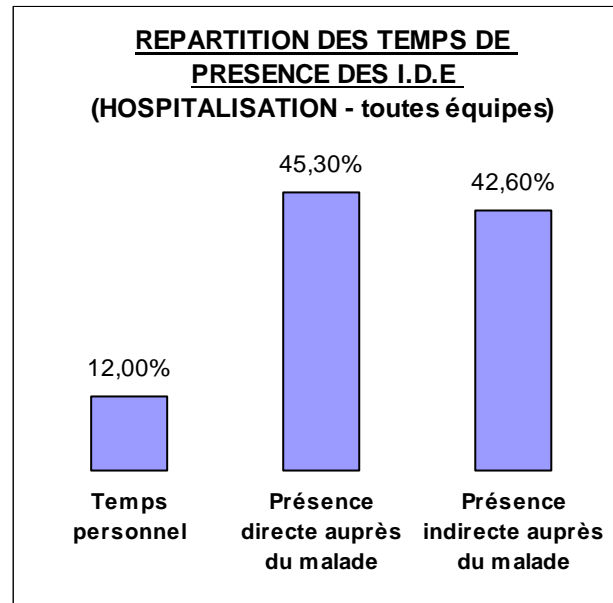


**REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE DIRECTE DES I.D.E AUPRES DES MALADES**  
(Toutes équipes intra et extra)



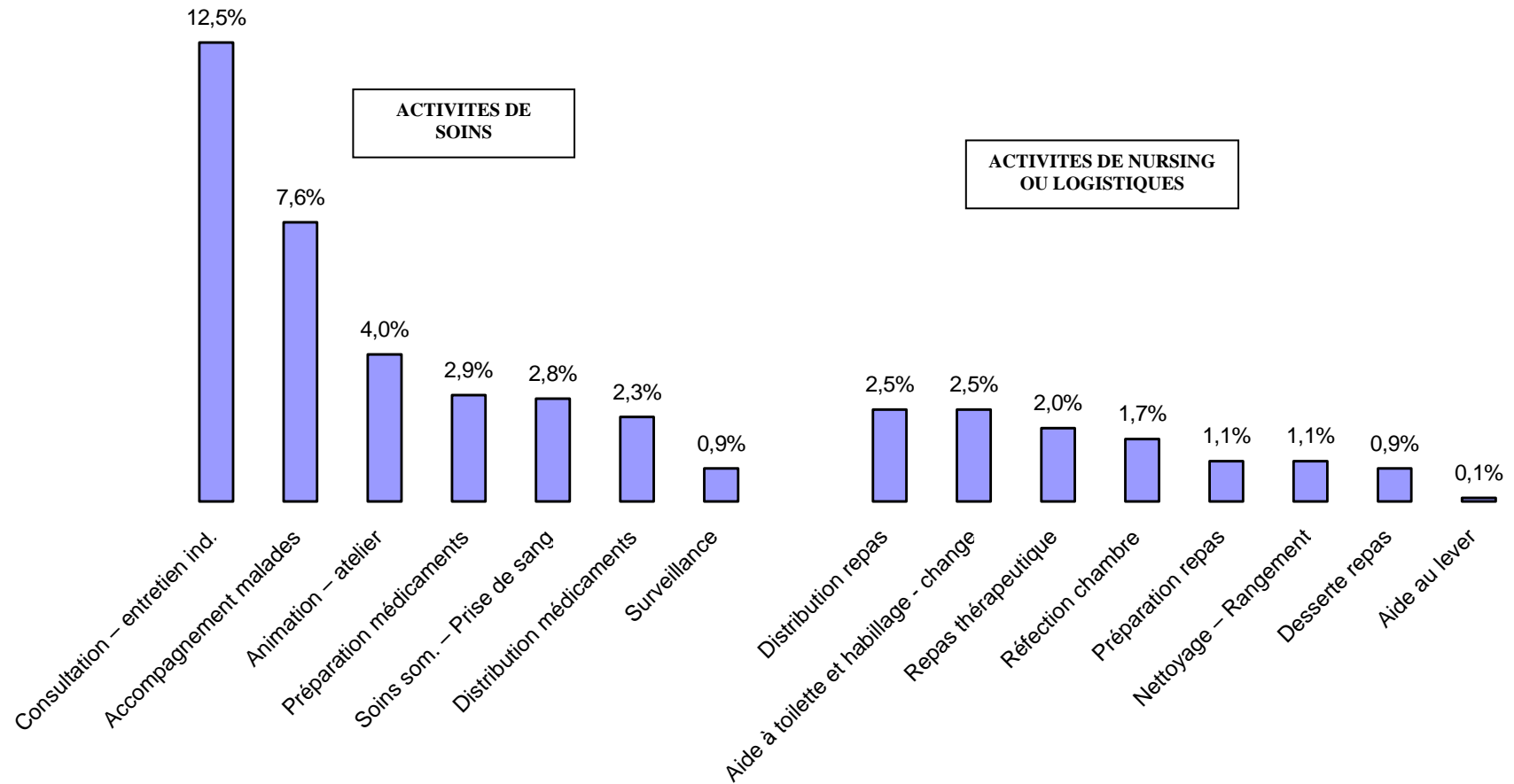
**REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE INDIRECTE DES I.D.E AUPRES DES MALADES**  
(Toutes équipes intra et extra)



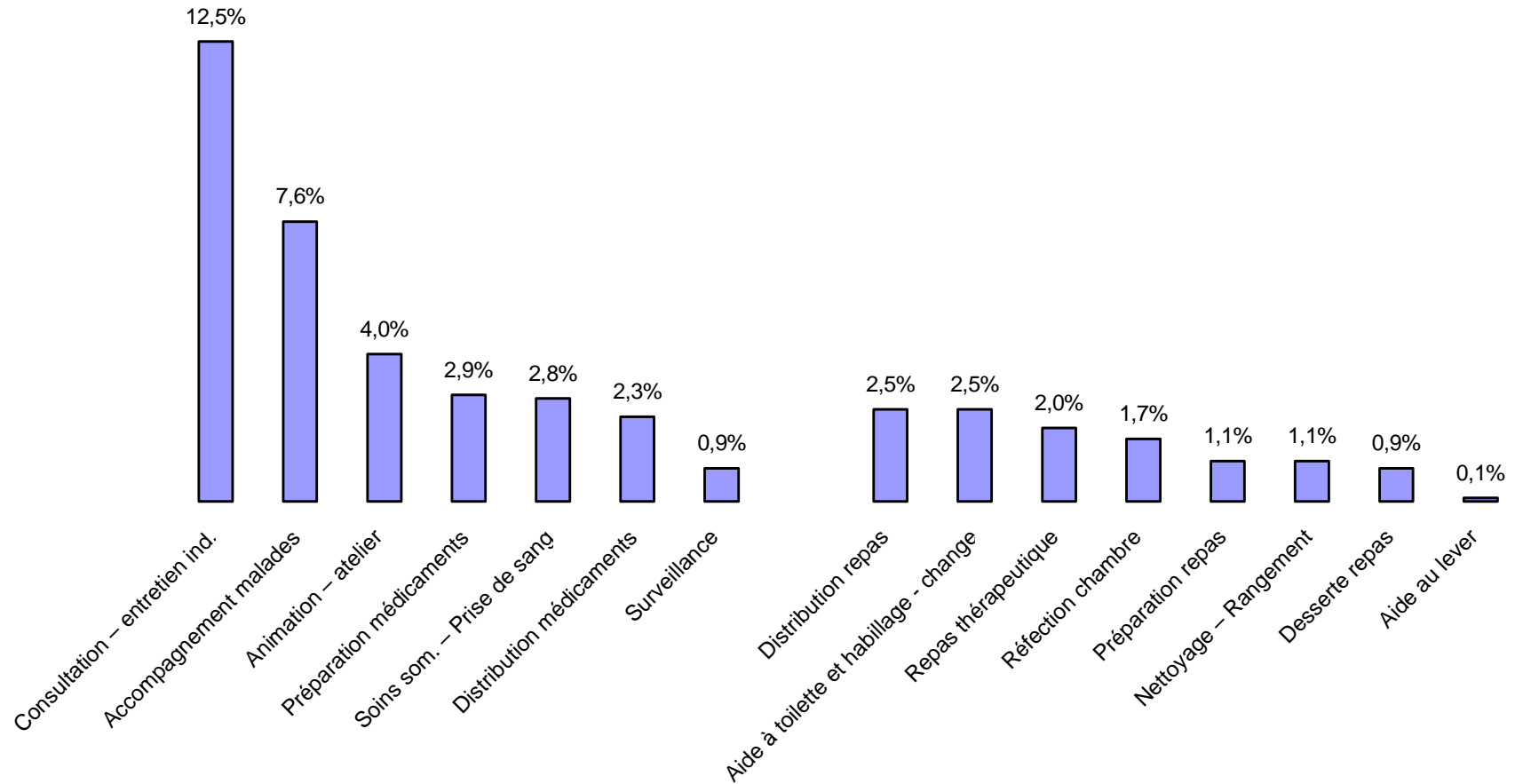
**UNITES D'HOSPITALISATION**

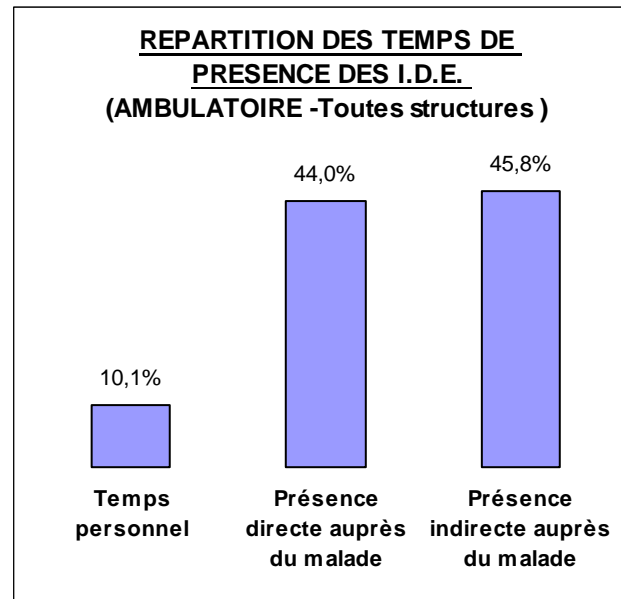


**REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE DIRECTE DES I.D.E AUPRES DES MALADES**  
**(HOSPITALISATION - toutes équipes)**

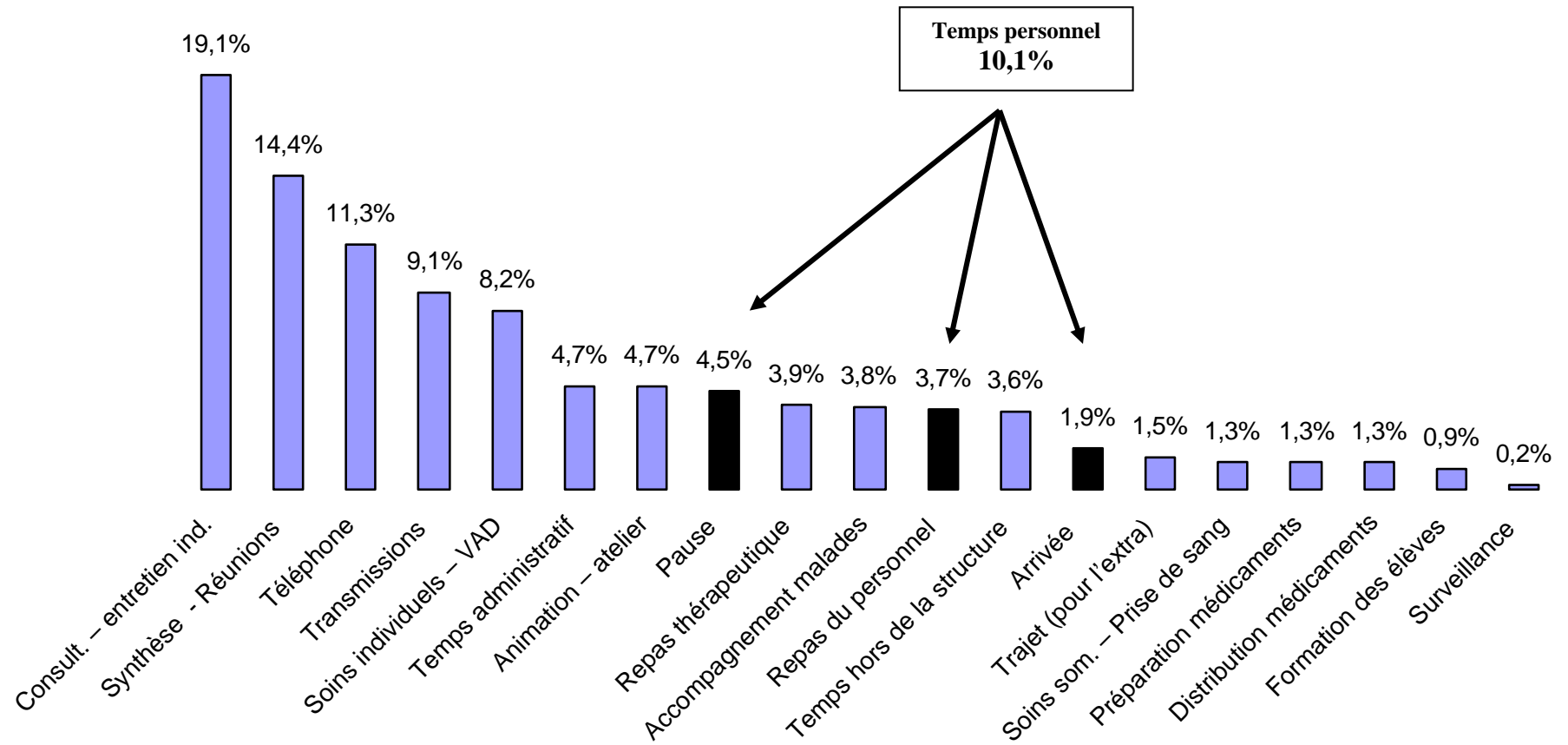


**REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE DIRECTE DES I.D.E AUPRES DES MALADES**  
**(HOSPITALISATION - toutes équipes)**

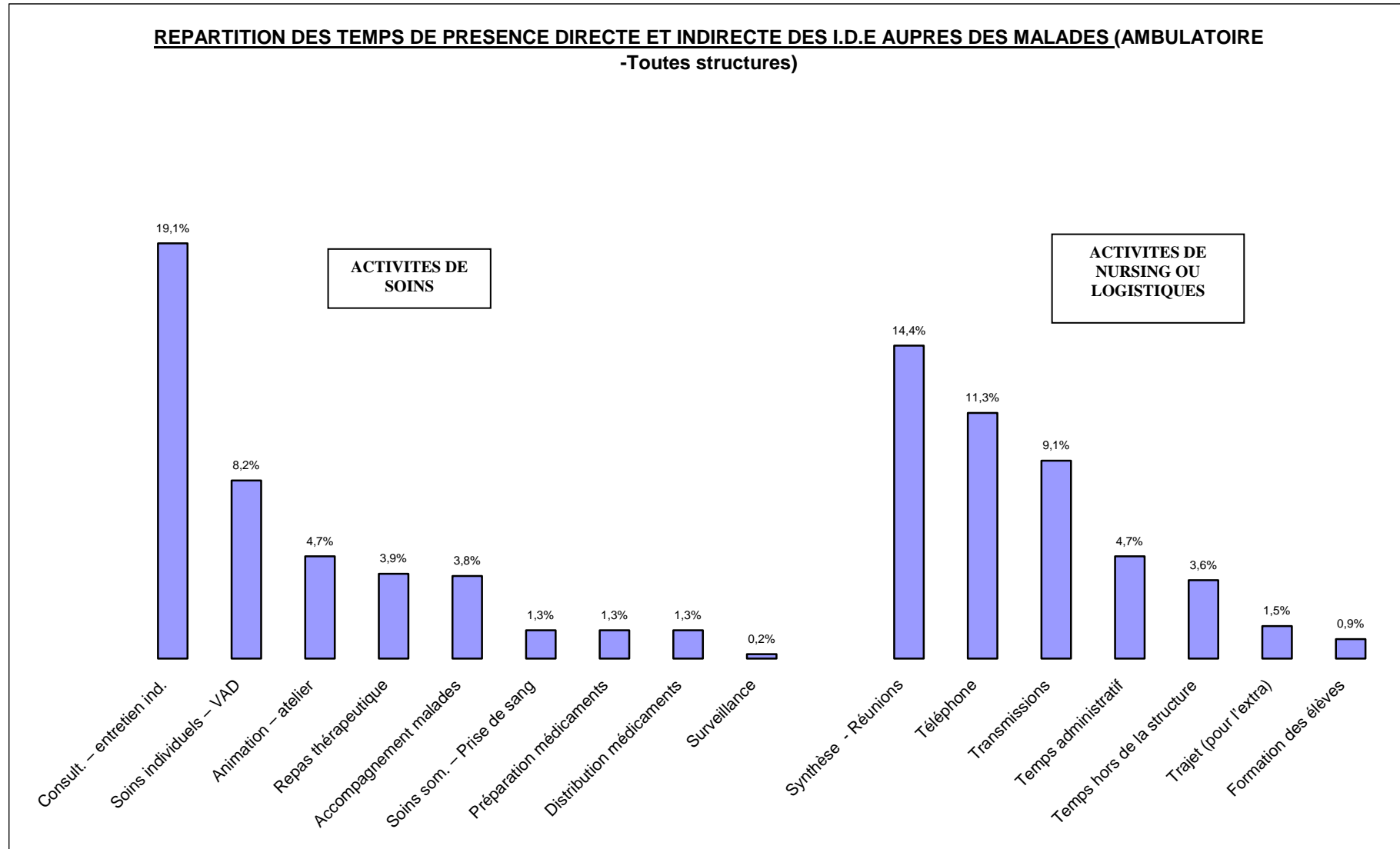


**STRUCTURES AMBULATOIRES**

### REPARTITION DES ACTIVITES DES I.D.E (AMBULATOIRE - Toutes structures)



**REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE DIRECTE ET INDIRECTE DES I.D.E AUPRES DES MALADES (AMBULATOIRE  
-Toutes structures)**





**Annexe 8**

**LES REUNIONS AU C.H.S**





## **LES REUNIONS ET LEUR UTILITE DANS LE FONCTIONNEMENT EN EQUIPES DANS DEUX SECTEURS**

(Exemple de l'établissement public de santé de Savoie à Bassens)

### **Un fonctionnement cohérent reposant sur une organisation du travail précise.**

En dépit de caractéristiques différentes, le fonctionnement de ces deux services est harmonieux. Cela est dû à un management médical qui s'appuie sur des règles de gestion des personnels et des modes de transmission de l'information simples et connus de tous. Cette approche positive aux yeux de la mission permet, en particulier, de créer des liens entre les personnels ayant des vécus professionnels et des expériences très divers (cf. supra). Cela facilite aussi l'intégration des jeunes soignants. Dans un contexte d'effectifs contraints, ce fonctionnement permet de coordonner l'intervention des soignants sur des sites multiples avec des temps de travail éclatés.

### **Au sein de l'unité fonctionnelle la priorité est donnée à l'organisation des soins.**

#### **La relève a pour but d'articuler le soin autour du patient**

Quotidienne en semaine, la relève inter équipe de jour<sup>3</sup> dure de trente à quarante cinq minutes en présence de tous les personnels. Son enjeu est double : rendre cohérent le fonctionnement des équipes du matin et de l'après-midi et prendre en compte l'évolution des besoins des patients. Elle est animée par le cadre de santé qui a ainsi une vision d'ensemble du fonctionnement de l'unité et une connaissance immédiate de la situation de tel ou tel patient. C'est aussi le principal moment de rencontre et de décloisonnement des équipes soignantes pour des agents qui travaillent selon des horaires décalés

#### **La réunion clinique est un outil de lutte contre la chronicité des patients**

La réunion clinique se fait au niveau de l'unité<sup>4</sup>. Elle a pour but d'éviter qu'un patient soit « oublié » et que son projet de soin n'évolue pas. Présidée par le médecin référent de l'Unité fonctionnelle, elle est *animée par le cadre de santé*<sup>5</sup> qui veille au respect du temps et à ce que le cas de tous les patients soient effectivement évoqués. Cette réunion a une fréquence hebdomadaire et dure de 1h30 à 2h00.

Elle est inter professionnelle et pluridisciplinaire. Elle rassemble tous les médecins de l'unité ainsi que les personnels présents ce jour là dans l'unité et des soignants représentant l'extrahospitalier ainsi que les assistants sociaux. Ces derniers sont particulièrement utiles pour assurer le lien avec le médico-social. C'est un moment de partage d'expériences et de re- motivation de tous les professionnels avec la présence active des médecins, des psychiatres et des cadres, en particulier. Une mise à jour du dossier de chaque patient est alors effectuée sur la base des décisions prises en commun.

<sup>3</sup> La mission a relevé que certains soignants trouvaient, qu'en regard de ce temps de relève dense de la journée, les temps de relèves décalées de l'équipe de l'après-midi avec celle de nuit et de celle de nuit avec l'équipe du matin méritaient plus d'attention. En effet, le soir un soignant arrive à 20h45 et prend seul les consignes jusqu'à 21h00 moment où arrive le reste de l'équipe de nuit (idem le matin soit deux fois 15 minutes au total). De fait, l'équipe de nuit est seulement dépositaire d'informations mais ne participe pas vraiment aux projets des patients. Ce mode d'organisation a permis d'économiser des postes lors de la mise en place des 35 heures. Toutefois, il coupe relativement l'équipe de nuit des projets de soin et, dans une moindre mesure, de la vie du secteur.

<sup>4</sup> Du domaine du soin, elle a principalement sa justification en intra hospitalier mais existe aussi en extra hospitalier où elle permet de faire le point sur les projets des patients ainsi que leur évolution.

<sup>5</sup> En hôpital de jour, il est possible que la réunion clinique ne soit pas animée par le cadre de santé (cf. Hdj d'Aix-les-Bains dont le cadre de santé faisait à ce moment là aussi fonction de cadre supérieur).

**La réunion de synthèse permet d'approfondir le cas d'un patient.**

La réunion de synthèse<sup>6</sup> à pour objet d'approfondir spécifiquement le cas d'un patient avec toutes les personnes en relation de soin avec lui, y compris les assistants sociaux. Animée par le médecin en charge du patient, elle a lieu au sein de l'unité sur un mode variant entre l'hebdomadaire et le bimensuel et dure de 1h00 à 1h30. Elle permet aux personnels de donner leur avis le devenir du patient<sup>7</sup>. Un compte rendu est inséré dans le dossier du patient.

**Organisée par le cadre de santé la réunion de fonctionnement<sup>8</sup> a pour objet d'assurer la coordination et la cohésion des personnels soignants des équipes<sup>9</sup>.**

Elle se réunit en moyenne tous les mois<sup>10</sup>. Les conditions de travail<sup>11</sup> mais aussi les liens avec les structures de l'extra hospitalier ainsi que la diffusion d'informations institutionnelles sont traités. Le cadre supérieur de santé y assiste, à son initiative ou lorsqu'il est sollicité par le cadre de santé. Un compte rendu est affiché dans le local infirmier.

C'est un temps d'écoute et d'échanges où le cadre prend la mesure des situations collectives et individuelles des membres des équipes de soignants de son unité et mène si nécessaire une action de re-motivation.

**Au niveau du service priorité est donnée à la coordination et à l'échange.**

**La réunion des cadres<sup>12</sup> est un lieu d'échanges**

Animée par le cadre supérieur de santé, elle se déroule chaque semaine après la réunion organisée par le directeur des soins infirmier avec les cadres supérieurs de santé des secteurs. Elle dure de 2h30 à 3 heures et permet de résoudre les problèmes internes rencontrés par les cadres et d'assurer un retour des informations du niveau supérieur. On y traite surtout des questions d'organisation du secteur mais aussi d'autres activités intéressant les cadres<sup>13</sup>. C'est aussi le moment pour ces derniers de partager, avec le cadre supérieur de santé, leurs perceptions du fonctionnement de leur unité et du service.

<sup>6</sup> Du domaine du soin, elle existe surtout en intra hospitalier.

<sup>7</sup> En tenant compte de son attitude, de son évolution, de son projet individuel.

<sup>8</sup> Elle s'appelle aussi réunion de fonctionnement infirmier, elle existe en intra comme en extra hospitalier.

<sup>9</sup> Bien qu'invités, les personnels de nuit y participent peu du fait des contraintes de déplacement que cela implique.

<sup>10</sup> Il s'agit là de la fréquence minimum. Certains cadres de santé organisent ce type de réunion deux à quatre fois par mois lorsqu'il faut intégrer de nouveaux personnels ou mettre en œuvre des consignes particulières.

<sup>11</sup> En particulier, des sujets comme les emplois du temps et la planification des congés annuels.

<sup>12</sup> C'est un temps de contact entre cadres qui aborde l'organisation et l'administration du service.

<sup>13</sup> Il peut s'agir d'informations institutionnelles ou des activités intersectorielles concernant les cadres. Au CHS de Bassens existe un dispositif de cadre de continuité intersectorielle destiné à répondre à un besoin de soutien des équipes sur une période marquée par une fréquence accrue de difficultés pour les équipes soignantes. Il s'agit en l'occurrence du temps située entre le départ du cadre d'unité et l'arrivée du cadre de nuit du CHS (en semaine de 17h30 à 20h30), le week-end (samedi après-midi et journée du dimanche) et les jours fériés.

**La réunion « médecins, cadres » a pour objet de créer une cohésion entre cadres et de mettre en perspective les engagements commun du projet de service.**

Elle réunit autour du chef de service, les médecins, le cadre supérieur de santé ainsi que tous les cadres de santé et depuis 2005, les psychologues. Elle traite essentiellement des questions de coordination et de planification de leurs temps. Elle permet aussi de bien définir les activités et les actions sur lesquelles tous les points de vue doivent s'accorder et de les corrélés avec le projet de service. Elle a lieu tous les mois et dure en moyenne 2 heures.

**Le conseil de service est un temps d'expression et de communication pour les personnels.**

Animé par le chef de service et le cadre supérieur de santé on y aborde l'organisation et l'administration du service ainsi que son évolution (l'avancement du projet de dossier patient informatisé ou l'organisation en pôle...). Il se réunit quatre fois par an et dure pratiquement une demi-journée. Un compte rendu écrit est transmis individuellement à chaque personnel du service. C'est un temps d'expression et de communication important pour tous les personnels<sup>14</sup>. C'est l'occasion de montrer la cohérence des actions en cours et du projet de service qui fonde la démarche commune aux agents.

**Des médecins impliqués dans le management des unités.**

**Une réunion médicale pour leur permettre de se coordonner**

Une fois par semaine, durant environ une à deux heures, elle rassemble tous les médecins du service. Les questions d'administration et d'organisation mais aussi touchant aux soins peuvent être abordées. Elle traite des questions de planification de l'activité des médecins entre les structures.

**Une fonction de médecin référent d'unité qui lie le soin et l'organisation.**

En particulier au secteur Maurienne, le médecin référent assure la mise en œuvre du projet médical d'une unité fonctionnelle. Sous la responsabilité du chef de service, ce médecin est investi d'une « forme d'autorité » en terme « d'organisation » à l'égard des praticiens cliniciens intervenants au sein de l'UF. Il est l'interlocuteur privilégié du cadre. Les soignants rencontrés par la mission apprécient ce mode d'organisation.

En conclusion :

Les modes d'organisations adoptés par ces deux services et, en particulier, les différents temps dédiés à la coordination des professionnels et au suivi des patients leur permettent de faire face aux contraintes qu'ils connaissent et d'assurer une offre de soins de qualité.

1. Ces réunions reposent, sous la responsabilité des chefs de service, en grande partie sur les cadres de santé. Leur place y est affirmée. De fait, le cadre est le principal vecteur de transmission de l'information pour l'équipe soignante (IDE, AS, ASH) mais aussi, dans une certaine mesure, pour les médecins et les psychologues. Il a également un rôle pédagogique à l'égard des jeunes infirmiers.

<sup>14</sup> Bien qu'il soit dans certains services ouverts à tous les personnels, du fait de la poursuite de l'activité tous les membres du service ne peuvent pas y participer. Dans chaque unité fonctionnelle des représentants sont élus pour chaque profession. Ils transmettent les questions et répercutent en retour informations et réponses.

2. Le système de réunions ainsi mis en place réduit le cloisonnement des équipes soignantes et, de fait, les modes de communications paraissent satisfaisants. C'est également un moyen puissant d'intégration des nouveaux arrivants et d'appropriation des procédures.
3. Au regard de ce temps important dédié à la coordination interne, les temps de rencontre avec les autres services (services techniques, DRH, services administratifs) sont très réduits. Cela démontre l'utilité mais aussi les limites des outils de communication interne qui existent dans l'établissement comme la lettre du CHS « Ensemble » ou les réunions d'information (les « jeudi du CHS », organisées par la DRH) dans la mesure où les personnels n'ont pas le temps effectif d'y participer.

**Annexe 9**

**L'ENTRETIEN INFIRMIER**



**Il serait important de réfléchir en termes de fonction infirmière plus que de métier. En effet, si les missions ont constaté que l'activité infirmière ne se distinguait pas sur toutes les tâches de celles d'autres professions, aide-soignantes et assistantes de service social notamment, certaines fonctions méritent d'être exercées par des personnels bien formés. Il en est ainsi de l'entretien infirmier et de sa relation pour inscription au dossier et transmission**

### Le rôle de l'infirmier en psychiatrie peut être accru

Cela concerne tout particulièrement la fonction d'accueil et le relais qu'il joue entre le patient et le médecin.

L'entretien<sup>15</sup> est un acte de soin qui repose sur une démarche relationnelle<sup>16</sup>. Il prend plusieurs formes, dont deux majeures. L'entretien de soutien, pour apprécier la situation d'un patient et son évolution et, aussi l'entretien d'accueil et d'orientation<sup>17</sup>. Il s'agit dans ce dernier cas d'une véritable démarche préalable à un rendez vous avec un praticien. Du fait de la faiblesse du temps disponible des médecins (confer supra) et de l'importance des demandes, les délais d'attente pour un premier rendez vous avec un psychiatre sont assez importants. Une réponse adaptée s'impose à l'égard du patient. C'est ce que permet l'entretien infirmier d'accueil et d'orientation<sup>18</sup> qui apporte une solution<sup>19</sup> aux difficultés actuelles.

Au cours de cet entretien l'infirmier<sup>20</sup> va, entre autre, expliquer globalement la démarche de soin en psychiatrie, s'efforcer d'évaluer la situation du patient et apprécier les appuis familiaux ou professionnels dont il dispose. A l'issue de cette rencontre, qui dure une heure en moyenne, l'infirmier est en mesure d'orienter<sup>21</sup> le patient. A ce titre, le

<sup>15</sup> La formation à l'entretien d'accueil et d'orientation fait partie des enseignements dispensés par le CHS aux nouveaux arrivants. Généralement elle est effectuée dans les deux ans suivant le recrutement.

<sup>16</sup> Le premier contact entre le patient et l'équipe de soin passe par l'infirmier. La démarche relationnelle et l'entretien oral sont au cœur du métier d'infirmier en psychiatrie. L'entretien initial a pour but d'accueillir et d'apaiser le patient qui est souvent en crise, de lui présenter les règles de vie dans l'unité et de recueillir des informations administratives le concernant. Dans la journée, lorsque le patient se sent en difficultés ou qu'un membre de l'équipe soignante discerne une situation de tension, l'infirmier lui accorde un entretien. Cela permet de désamorcer la situation et peut déboucher sur un rendez-vous avec un psychiatre. Souvent, en soirée, les infirmiers pratiquent l'entretien téléphonique. Il s'agit là essentiellement de rassurer par exemple un patient pris d'angoisses pour apaiser et éviter une hospitalisation en urgence.

<sup>17</sup> Cette démarche est assez développée en CMP au sein du CHS de la Savoie.

<sup>18</sup> Les secteurs Tarentaise et Aix-les-Bains par exemple ont déjà développé cette démarche en extra hospitalier<sup>18</sup>. (En 2004, 230 entretiens d'accueil et d'orientations ont été réalisés au sein du secteur Haute Tarentaise). Le secteur Maurienne a entamé cette démarche depuis janvier 2006. Ce fonctionnement conforte la place du CMP comme pivot du secteur en psychiatrie. Cela est d'autant plus justifié lorsqu'il doit faire face à des demandes supplémentaires liées à la faiblesse ou à l'absence d'offre de soins en libéral dans son aire géographique.

<sup>19</sup> Ce n'est pourtant pas une solution miracle. Malgré la mise en place systématique sur l'extra hospitalier de l'entretien d'orientation infirmier le secteur Haute Tarentaise observait en 2005 une augmentation des délais entre la demande de rendez vous et le premier entretien. 2 à 3 semaines pour l'entretien infirmier, 4 à 6 semaines pour un rendez vous médical et 3 à 4 mois pour un rendez vous avec un psychologue. Ces délais d'attente sont préjudiciables à une prise en charge de qualité.

<sup>20</sup> Au CHS de la Savoie les infirmiers qui pratiquent en extra hospitalier sont tous expérimentés car il faut au moins quatre ans de présence sur l'établissement pour pouvoir postuler sur un poste en extra hospitalier.

secteur Haute Tarentaise constate<sup>22</sup> que de plus en plus d'orientations sont faites vers les psychologues puisque les besoins observés correspondent souvent à des situations psychologiques des patients perturbées et moins à des situations nécessitant l'intervention d'un psychiatre.

Cette procédure a le mérite de dédramatiser le premier contact avec le monde psychiatrique en mettant le demandeur en présence d'un infirmier plutôt que d'un médecin. Elle permet aussi d'optimiser le temps du psychiatre qui ne rencontrera principalement que des personnes relevant effectivement de la psychiatrie. Elle évite aussi les absences des patients au rendez-vous pris longtemps à l'avance avec le praticien<sup>23</sup>. A l'issue du rendez vous avec le psychiatre ce dernier peut lui proposer une hospitalisation, un rendez vous avec un psychologue ou prescrire des entretiens de soutien par un infirmier en CMP ou des visites à domicile.

En intra hospitalier, il paraît aussi nécessaire de renforcer les pratiques des entretiens d'évaluation et de soutien ainsi que d'élargir, à la majorité des patients, le dispositif de l'infirmier référent qui n'existe au sein du CHS que pour les patients hospitalisés au long court. Par essence, les infirmiers sont plus longtemps et plus souvent en présence des patients qu'ils côtoient avant et après les entretiens avec le psychiatre ou le psychologue. Ils sont donc en mesure d'apprécier l'action des prescriptions du praticien sur le comportement du patient hospitalisé. Le partage organisé de cette vision « dans la durée » permet une plus large perception du patient par le praticien.

Le développement de l'entretien d'accueil orientation, comme le dispositif d'infirmier référent participent de la volonté d'affirmer la place de ce professionnel et de dégager du temps pour les psychiatres. Pour les infirmiers, approfondir leurs actions dans le domaine de l'accueil doit se faire avec la connaissance des limites de ce type d'intervention et justifie simultanément un travail de collaboration structurée entre praticiens, psychologues et infirmiers. L'augmentation des suivis infirmiers doit être confortée par un effort de formation en thérapies spécifiques (médiations corporelles, relaxation, musicothérapie, arthérapie...) et une reconnaissance des compétences acquises.

---

<sup>21</sup> Il peut alors argumenter pour obtenir du psychiatre un rendez vous en urgence ou, simplement, un rendez vous dans les délais habituels mais après avis du psychiatre en proposant au patient des entretiens de soutien dans l'attente du rendez vous avec le praticien. Le patient peut aussi être orienté vers un autre type d'action en rapport avec sa situation (réponse par psychologue, un médecin généraliste ou parfois une assistante sociale...).

<sup>22</sup> Cf. projet des services médicaux page 36.

<sup>23</sup> Dans l'intervalle des deux ou trois mois, entre la demande et le rendez-vous effectif la situation du patient a pu évoluer et il est fréquent qu'il ne se présente pas au rendez vous induisant une perte de temps pour le psychiatre.



**Annexe 10**

**LE DIFFICILE POSITIONNEMENT DES PSYCHOLOGUES**



## LE DIFFICILE POSITIONNEMENT DES PSYCHOLOGUES

### La définition des temps de travail des psychologues

La circulaire DH/FH3/92 n° 23 du 23 juin 1992 relative à l'application du décret du 31 janvier 1991, portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière, détermine dans son point 3 la répartition du temps de service hebdomadaire d'un psychologue.

Il y est indiqué notamment que « ...Les fonctions de psychologues ont fait l'objet d'une définition à l'article 2 du décret du 2 janvier 1991... Ils collaborent au projet thérapeutique ou pédagogique du service... qui comporte deux aspects :

- une fonction clinique qui peut s'adresser à des personnes ou à des groupes... cette fonction... comporte une approche globale de la personne accueillie. En ce sens le psychologue a une fonction de prévention... il contribue à l'analyse et à l'aménagement des rapports entre la personne accueillie, les professionnels et l'environnement, favorisant ainsi une bonne articulation des différentes interventions,
- une fonction de formation, d'information et de recherche<sup>24</sup>... ; toutes facilités doivent lui être données pour permettre cette formation...

Les psychologues doivent consacrer deux tiers de leur durée hebdomadaire de travail à la fonction clinique et un tiers à la fonction de formation, d'information et de recherche.

En clair, cette répartition au moment de la parution du texte leur impose de consacrer 26h de leur temps à la fonction clinique et 13h à la fonction information et recherche.

En l'absence d'avenant à cette circulaire pour prendre en compte la nouvelle durée légale du temps de travail hebdomadaire cette répartition devrait être la suivante : 23h 20' liée à la fonction clinique, 11h 40' pour la fonction formation information et recherche.

### La réalité au CHS de Thuir

<b>L'analyse globale de la situation<sup>25</sup></b>
---

La prise du temps FIR varie fortement selon les psychologues et les services concernés. Une majorité se situe entre ½ journée et deux demi journées. Peu prennent la totalité des possibilités offertes par la circulaire analysée précédemment. Certains, rares, ne peuvent prendre ce temps. Cette situation est fortement liée à l'importance de leur travail clinique.

<sup>24</sup> La démarche personnelle du psychologue comprend à la lecture de cette circulaire les éléments suivants : « travail d'évaluation prenant en compte sa propre dimension personnelle, effectué par évaluation mutuelle ou par toute autre méthode spécifique, actualisation de ses connaissances concernant l'évolution des méthodes et l'information scientifique, participation, impulsion réalisation et communication de travaux de recherche... il peut en outre participer et collaborer à des actions de formation, notamment auprès des personnels des établissements visés... il peut également être chargé de l'accueil d'étudiants en psychologie effectuant un stage hospitalier... ».

<sup>25</sup> La mission a procédé par questionnaire. 19 psychologues sur 31 ont répondu (61 %).

Le contenu de ce temps est fort divers également mais correspond peu ou prou aux définitions fournies par la circulaire. Ce temps est consacré de manière non exhaustive à :

- un temps entre professionnels (collège des psychologues),
- des activités de prévention (participation à des groupes sur la maltraitance, participation à des associations pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles, cellule d'urgence médico psychologique, débats dans des collèges sur la toxicomanie,
- l'animation des ateliers cliniques pour les nouveaux arrivants IDE (confer supra),
- des journées de formations externes,
- des bilans,
- des séminaires psychanalytiques,
- des travaux de lecture,
- des temps de supervision effectués à l'extérieur de l'établissement,
- des temps d'analyse personnelle,
- des interventions dans des colloques, congrès et conférences...

#### La mesure des temps dans deux secteurs

Dans les deux cas, le temps théorique avancé, à l'appui d'un planning de travail<sup>26</sup>, est supérieur à la durée hebdomadaire de travail (38h 15' pour l'une des psychologues, 41h 45' pour l'autre). Dans les deux cas, le temps réel travaillé est au dessus des temps prévus par la réglementation. Dans la réalité, par jour, pour les deux professionnels, les heures travaillées se situent autour de 9h.

Le tableau qui suit fournit l'analyse en pourcentage des temps théoriques et réels par nature d'activités.

Tableau N° 18. Utilisation des temps des psychologues de deux secteurs

Nature des activités	Secteur 1		Secteur 4	
	Temps théorique	Temps réel	Temps théorique	Temps réel
<i>Présence directe auprès des patients</i>	55,9 %	49,4 %	61,6 %	51 %
<i>Présence indirecte auprès des patients</i> <i>-Dont contacts avec l'équipe de secteur</i> <i>-Dont réunion clinique en extra hospitalier</i>	14,9 %	18,8 %	25,2%	29 %
<i>Temps institutionnel</i>	0,6 %	0,6 %	1,2 %	2,8
<i>Temps de gestion</i> <i>Dont dossier du patient</i>	13,6 %	13 %	2,4%	17,2 8,3
<i>Temps de formation recherche</i>	<b>13,6 %</b>	<b>20,7 %</b>	<b>9,6 %</b>	<b>0</b>

Source : Document d'utilisation des temps

<sup>26</sup> Il s'agit de la psychologue du secteur 4.

Dans les deux cas, qu'il s'agisse des temps théoriques ou réels, les psychologues consacrent plus de la moitié de leur temps à une présence directe auprès des patients (psychothérapies, bilans psychologiques, consultations).

Les temps de coordination avec les autres professionnels varient de manière significative et sont sans doute liées à des approches différentes du management médical entre les deux secteurs.

Les temps institutionnels sont extrêmement faibles. Les psychologues n'ont pas de représentation dans l'établissement. Les temps qui apparaissent sont essentiellement les temps de rencontres des psychologues au sein de leur collège. Il s'agit d'une instance officielle.

Les temps de gestion concernent essentiellement le dossier du patient.

Dans les deux cas, dont très nettement pour l'une des psychologues, les temps FIR sont en dessous de ce que prévoit la réglementation.

### **Les délégations d'activité entre médecins et psychologues restent problématiques**

La contrainte forte qui pèse sur les temps médicaux oblige à s'interroger sur des solutions alternatives. Parmi celles-ci, la délégation d'activités cliniques aux psychologues peut représenter une voie d'approche.

Mais les difficultés pour la mise en œuvre de ce type de solutions sont nombreuses et de natures différentes. Le statut des psychologues, leur positionnement institutionnel, leur intégration dans le fonctionnement des services et leur formation apparaissent comme autant d'obstacles.

### **Le statut actuel des psychologues n'a pas évolué au cours des 15 dernières années**

Cette situation est assez paradoxale quand on la compare avec celle des autres professionnels des établissements (PH, directeurs d'établissements, directeurs de services infirmiers, cadres de santé) qui tous ont vu leur statut changer de manière favorable<sup>27</sup>.

La grille indiciaire des psychologues n'a pas bougé. L'évolution de carrière reste à deux vitesses. La promotion de psychologues n'a alors souvent d'autres logiques que celle d'avoir été présent au bon moment et au bon endroit<sup>28</sup>.

Une des raisons sans doute qui explique le blocage du statut des psychologues est l'idée que l'on peut se faire à tous niveaux (DHOS, directions d'établissements, corps médical) de cet avantage qu'auraient ces professionnels dans la reconnaissance officielle d'un temps propre important dévolu à leur formation (temps FIR).

<sup>27</sup> Ils n'ont pas été intégrés aux différents protocoles de 2001 concernant les professionnels de soins par exemple.

<sup>28</sup> Le système actuel prévoit qu'une partie des psychologues peut accéder à la hors classe. Mais il y a un quota qui reste comparable que l'on soit dans un grand établissement ou un établissement plus petit. Les conséquences font que le psychologue qui est promu à la hors classe va garder cette situation tout au long de sa carrière bloquant les avancements de ses collègues dans un très grand nombre de cas, compte tenu de la faiblesse des effectifs de psychologues dans certains établissements. L'octroi d'une possibilité ouverte aux psychologues de classe normale ayant atteint le 11<sup>ième</sup> échelon de bénéficier du système « promu promouvable » reste très marginal.

Ici et là, ce temps de formation est fortement critiqué. Une lettre circulaire<sup>29</sup> a tenté d'en limiter la portée en invitant les directions à considérer que ce temps FIR devait être organisé à l'intérieur de l'établissement, sauf exceptions.

Comme le montre l'analyse précédente, dans le cas de Thuir, le temps consacré à la formation est loin d'être aussi important que ce qu'imaginent les autres professionnels. De plus, très souvent, le contenu de l'utilisation de ces temps se rapproche de celui officiellement reconnu aux autres personnels dans le cadre de la formation continue.

Aujourd'hui, le coût moyen d'un psychologue<sup>30</sup> est inférieur à celui d'un cadre supérieur de santé<sup>31</sup> et a fortiori à celui d'une DSSI<sup>32</sup>, par exemple

### **L'absence de positionnement institutionnel des psychologues**

Les psychologues n'apparaissent pas en tant que professionnels dans les diverses instances de l'établissement (CA, CME, CTE, CHSCT...). Ils ne peuvent l'être qu'à condition d'être élus au titre d'une organisation syndicale représentative ; dans cette hypothèse, par essence marginale du fait de leur poids structurel dans les effectifs, ils ne peuvent en aucun cas représenter leur profession mais seulement défendre les objectifs généraux de leur syndicat.

A Thuir, les relations de travail entre la DRH et le collègue des psychologues pallient en partie ce constat. Mais cela est dû au comportement de personnes et n'a pas de fondement juridique.

- L'intégration dans le fonctionnement des services

Il varie fortement en fonction du management médical. Un psychologue peut tout à fait être un électron libre au regard de la définition de ses temps prévus par son statut. Il peut par exemple consacrer l'essentiel de son activité à conduire des psychothérapies en ambulatoire sans qu'il n'ait de lien avec les équipes de soins.

La question ne se pose pas en ces termes au CHS de Thuir. L'exemple commenté des temps de deux psychologues (confer supra) montre une intégration de ces professionnels dans le fonctionnement du service, plus ou moins importante.

### **La formation des psychologues fortement différente de celle des médecins oblige à inventer de nouveaux modèles de coopération entre ces professionnels**

La question de la formation initiale et continue des psychologues est essentielle pour situer dans quelles conditions des tâches mais aussi des responsabilités, actuellement assurées par les médecins, pourraient l'être par des psychologues dans le cadre d'un partenariat à la fois en intra hospitalier et en extra hospitalier.

<sup>29</sup> Lettre du 10 mars 1999. Il y est dit notamment « Si ce texte indique que toutes facilités doivent être données au psychologue pour se former, il convient de préciser qu'il n'envisage d'effectuer le temps FIR à l'extérieur de l'établissement que dans l'hypothèse où l'agent doit y suivre des enseignements ou des formations ».

<sup>30</sup> Par exemple, 48 000 € au CHS de Thuir.

<sup>31</sup> 61 000 € au CHS de Thuir.

<sup>32</sup> 76 600 € pour le coût moyen d'une DSSI.

Leur formation, organisée dans les universités de sciences humaines et rarement de sciences ou de médecine est dans certains cas axée avant tout sur les psychothérapies individuelles. Le psychologue titulaire d'un DESS peut se spécialiser dans différents domaines<sup>33</sup>. Il ne pose pas de diagnostic qui est un acte médical, même si l'examen qu'il réalise peut en être un élément. Un psychologue ne donne pas d'avis à partir duquel une mesure d'hospitalisation sans le consentement du malade pourrait être prise. Seul le psychiatre a cette capacité.

Les modèles à inventer de coopération entre médecins et psychologues sont certainement différents selon les lieux d'exercice.

Les psychologues ne travaillant pas dans l'urgence, sauf exception, les délégations de responsabilités médicales sont plus facilement réalisables en extra hospitalier (conduite de réunion de synthèse, définitions de priorités dans la prise en charge de patients au travers des enjeux cliniques...).

En intra hospitalier, il est possible d'imaginer que le rôle des psychologues soit aussi plus important qu'il ne l'est aujourd'hui en leur demandant de s'intégrer fortement au niveau des coordinations internes et externes du service. En interne, cette démarche posera sans doute la question de leur place par rapport à l'encadrement soignant. Il est possible de soutenir qu'ils pourraient être porteurs d'objectifs fondamentaux du service et dans ces conditions se voir confier la gestion de réunions de synthèse dès lors que les enjeux y sont essentiellement cliniques ; ils devraient aussi participer étroitement aux réunions d'équipe mais là dans une position de soutien des équipes avec un regard de superviseur qui correspond d'ailleurs à leur formation de base comme clinicien. Il faudrait réfléchir ainsi que cela a été exposé à propos de la fonction d'encadrement supérieur à leur ouvrir sur concours et après formation renforcée au management, l'accès aux fonctions de cadre supérieur.

---

<sup>33</sup> Psychologie de l'enfant et des adolescents, psycho gériatrie, psychologie clinique...





**Annexe 11**  
**DEFINITION**



### *Établissements de santé*

#### **- Établissements de santé principalement spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales**

Publics (CHS) ou privés (**HPP**), ces établissements sont habilités à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux en hospitalisation (hospitalisation avec consentement, sur demande d'un tiers et hospitalisation d'office), en référence à la loi du 27 juin 1990. Chaque établissement de ce type est pôle de rattachement des secteurs de psychiatrie. La plupart des établissements privés de cette catégorie participent au service public hospitalier au sens de la loi du 31 juillet 1991.

L'intitulé de cette catégorie de centre hospitalier n'a pas de support législatif spécifique dans le cadre de la loi hospitalière. Ce sont des centres hospitaliers dont l'activité est exclusivement en psychiatrie (en règle très générale).

Le précédent intitulé “ centre hospitalier spécialisé en psychiatrie ” a été modifié par l'arrêté du 6 juin 1994 paru au B.O. 94/33 du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville qui reclasse les CHS en CH.

Dans le présent rapport, les catégories CHS et HPP seront tout de même différenciées.

#### **- Centres hospitaliers (CH) et Centres hospitaliers régionaux (CHR)**

Le **centre' hospitalier** est un établissement public et a pour missions principales : les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, les accouchements et les traitements ambulatoires.

Le Centre hospitalier général (CHG), Centre hospitalier spécialisé (CHS), hôpital ont été reclassés dans cette catégorie d'établissement par l'arrêté du 6 juin 1994 suite à la loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Dans le présent rapport, le terme “ centre hospitalier ” n'inclura pas les CHS.

Sont dénommés “ **centre hospitalier régional** ”, les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation. Ils assurent, en outre, les soins à la population proche. S'ils ont passé une convention au titre de l'ordonnance 58-1373 du 30 décembre 1958 avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherches médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, ils sont alors dénommés “**centre hospitalier universitaire**”..

### *Les modes de prise en charge en psychiatrie : Les prises en charge ambulatoires*

Le plus souvent, les malades sont vus dans le cadre de consultations en *centre médicopsychologique (CMP)*. Les CMP sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Depuis la circulaire de 1990, le CMP est conçu comme le pivot du dispositif de soins du secteur, il a pour mission d'organiser et de coordonner toutes les actions extra hospitalières en articulation avec les unités d'hospitalisation.

Certains CMP sont aussi habilités à répondre à l'urgence psychiatrique. Ouverts 24 heures sur 24, ils disposent notamment d'une permanence téléphonique reliée à des organismes d'aide médicale urgente, et organisent l'accueil, l'orientation, et le cas échéant les soins d'urgence nécessaires. Il s'agit alors de *Centres d'accueil permanent (CAP)*.

Les CMP sont également chargés de coordonner *les visites à domicile* ou en institutions substitutives au domicile (structures médico-sociales, établissements pénitentiaires...) effectuées par les équipes soignantes attachées aux secteurs.

Les soins ou interventions en unités d'hospitalisation somatique se développent également rapidement. Ceci l'explique à la fois par la croissance de l'activité des *urgences* ainsi que par le développement de la psychiatrie dite *de liaison*. Cette dernière forme d'activité est ainsi dénommée car elle correspond essentiellement aux consultations dans des services d'hospitalisation autres que psychiatriques et doit permettre une prise en charge globale de l'état de santé physique et psychique du patient.

D'autres formes de prise en charge ambulatoire peuvent exister, mais elles restent très marginales (démarches d'accompagnement...) et très diversement enregistrées dans les rapports de secteur.

### *Les prises en charge à temps partiel*

En psychiatrie générale, on distingue essentiellement quatre formes de prises en charge à temps partiel ; elles correspondent avec quatre types de structures différentes :

*Les hospitalisations en hôpital de jour* : des soins polyvalents et intensifs y sont prodigués durant la journée. Cette prise en charge peut se faire durant tout ou partie de la journée, au cours d'un ou de quelques jours par semaine. Les protocoles thérapeutiques sont individualisés et sont en principe révisés périodiquement pour éviter la chronicisation et préparer la réinsertion dans le milieu de vie.

*Les prises en charge dans les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)* : les CATTP ont pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Ils se différencient a priori des structures précédentes sur plusieurs points

- la venue en CATTP se fait de manière plus discontinue ;
- dans leurs activités thérapeutiques et occupationnelles, ils se situent, en principe, en aval de l'hôpital de jour, s'adressant à des patients plus stabilisés sur le plan symptomatique et orientant plus largement leur activité vers la reconstruction de l'autonomie et la adaptation sociale ;
- les équipes soignantes en général y sont en général plus réduites et moins médicalisées.

Selon les experts, malgré ces différences de principes, les modes d'utilisation des deux types de structures précités font qu'il est, en pratique, parfois difficile de distinguer des différences réelles dans la nature de leur activité. Ceci s'explique notamment par le fait que le CATTP est une formule plus souple et semble plus aisée à

mettre en place que l'hôpital de jour. En particulier, il ne requiert pas d'enregistrement de sa capacité d'accueil à la carte sanitaire. Il n'impose donc pas d'autorisation préalable de création par les autorités sanitaires, ni de fermeture de lits en gage de la création de places d'hospitalisation à temps partiel, en application des règles de la planification hospitalière. Il mobilise moins de ressources que l'hôpital de jour.

*Les prises en charge en ateliers thérapeutiques* : ces ateliers utilisent des techniques de soins particulières, notamment de groupes ergothérapeutiques, en vue d'un réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale à partir de la pratique d'activités artisanales, artistiques ou sportives. Il s'agit clairement d'une activité de réadaptation, cherchant à développer les capacités relationnelles des patients, qui peut être couplée à d'autres formes de prises en charge thérapeutiques au sein du secteur. Les personnels intervenant y sont très diversifiés (infirmiers, ergothérapeutes, éducateurs, enseignants, psychologues...). Ce sont des structures qui doivent de préférence être implantées en-dehors de l'hôpital.

*L'hospitalisation en hôpital de nuit* : elle permet une prise en charge thérapeutique en fin de journée et une surveillance médicale de nuit, et le cas échéant, en fin de semaine. Elle s'adresse à des patients qui ont acquis une certaine autonomie dans la journée mais ont besoin, sur une période donnée, d'une prise en charge la nuit et le week-end qui constituent des moments de particulière vulnérabilité et d'angoisse.

### ***Les prises en charge à temps complet***

*Les hospitalisations à temps plein* constituent le mode " traditionnel " de prise en charge des malades dans un hôpital. Celui-ci peut être un Centre hospitalier spécialisé (CHS), un Centre hospitalier général ou régional (CHG, CHR) ou un établissement privé participant au service public. Elles s'effectuent dans des lieux de soins où les patients sont placés sous surveillance 24 heures sur 24, L'hospitalisation à temps plein entraîne une coupure avec le milieu social et familial afin de prodiguer les soins intensifs nécessaires. Ses indications principales sont en principe réservées aux situations aiguës et aux malades les plus difficiles et les plus lourds.

*Les prises en charge dans les centres de post-cure* : ce sont des unités de moyen séjour

destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome. Même installés dans l'enceinte de l'hôpital, les centres de post-cure doivent être clairement différenciés des locaux d'hospitalisation à temps plein.

*Les appartements thérapeutiques* constituent des unités de soins à visée de réinsertion sociale. Par principe, installés en dehors de l'enceinte de l'hôpital, et intégrés dans la cité, ils sont mis à disposition de quelques patients pour une durée limitée. Ils sont sensés permettre au patient de mener une vie la plus normale possible mais nécessitent néanmoins une présence importante, sinon continue, de personnels soignants.

*L'Hospitalisation à domicile (HAD)* : les services d'HAD en psychiatrie organisent des prises en charge thérapeutiques au domicile du patient, associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient. Il s'agit de soins réguliers, voire

. Ce mode d'hospitalisation a pour objectif de permettre au patient de redécouvrir les gestes de la vie quotidienne dans son cadre habituel et garantit la continuité des soins.

*Les placements en accueil familial thérapeutique* ont pour but de permettre le traitement de malades mentaux de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible. Ils s'adressent à des patients pour qui une prise en charge sociale et affective est indispensable en complément du suivi thérapeutique.



**ENQUETE SUR  
L'UTILISATION DU TEMPS  
UN JOUR DONNE  
DANS TROIS C.H.S.  
(Personnels médicaux  
et personnels soignants)**

**TOME III/III – Complément au rapport**

*Rapport présenté par :*

*Hélène STROHL et Jean-Paul BASTIANELLI*

*Inspecteurs généraux des affaires sociales*

*Version occultée*

*En application des dispositions de l'article 6 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 modifiée portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal, certaines mentions de ce rapport ont été occultées, en vue de sa communication.*

*Rapport : 2007- 033P  
Mai 2007*

## SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>1</b>
<b>PREAMBULE.....</b>	<b>3</b>
<b>1- LES CONDITIONS DE L'ENQUETE.....</b>	<b>7</b>
11 - LES OBJECTIFS DE L'ENQUETE.....	9
12 - LES ETABLISSEMENTS.....	9
13 - LA METHODOLOGIE DE RECUEIL DES DONNEES.....	9
131 - <i>La fiche de relevé de tâches</i> .....	9
132 - <i>Le choix du jour de l'enquête</i> .....	10
14 - L'EXPLOITATION DES DONNEES.....	10
141 - <i>Le nombre de réponses enregistrées</i> .....	10
1411 - Pour les médecins.....	10
1412 - Pour les infirmiers et cadres de santé.....	11
1413 - Pour les aides-soignants.....	11
1414 - Pour les agents des services hospitaliers.....	11
1415 - Pour les autres catégories de professionnels.....	11
142 - <i>La méthodologie</i> .....	12
1421 - Les différents « temps ».....	12
1422 - Les particularités.....	12
15 - LES ENTRETIENS.....	13
<b>2 - LES MEDECINS.....</b>	<b>15</b>
21 - LES RESULTATS QUANTITATIFS.....	17
22 - COMMENTAIRES SUR LES RESULTATS QUANTITATIFS.....	23
221 - <i>Sur le nombre de réponses exploitées</i> .....	23
222 - <i>Sur la répartition des temps de présence des médecins</i> .....	23
23 - LE DETAIL DES ACTIVITES SOUS L'ANGLE QUALITATIF.....	24
231 - <i>Analyse par établissement</i> .....	24
232 - <i>Analyse par type d'activité</i> .....	27
233 - <i>Considérations générales</i> .....	28
2331 - Le rôle du chef de service.....	28
2332 - Le travail en équipe.....	28
2333 - L'exercice managérial.....	29
24 - LES ENTRETIENS.....	30
<b>3 - LES INFIRMIERS.....</b>	<b>39</b>
31 - LES RESULTATS QUANTITATIFS.....	41
311 - <i>L'ensemble des personnels infirmiers</i> .....	41
312 - <i>Les IDE des équipes du matin (ou de jour) des services d'hospitalisation</i> .....	45
313 - <i>Les IDE des équipes de l'après-midi des unités d'hospitalisation</i> .....	49
314 - <i>Les I.D.E des équipes de nuit des unités d'hospitalisation</i> .....	52
315 - <i>Les IDE des services et structures ambulatoires ou extra hospitaliers</i> .....	55
32- LES ASPECTS QUALITATIFS.....	58
321 - <i>Les I.D.E travaillent pour qui ?</i> .....	58
322 - <i>Les I.D.E travaillent avec qui ?</i> .....	59
3221 - Résultats d'ensemble.....	59
3222 - Les équipes de jours.....	59
3223 - Les équipes d'après midi.....	60
3224 - Les équipes de nuit.....	61
323 - <i>Le cas particulier des cadres de santé</i> .....	62



3231 – La répartition des temps de présence des cadres de santé .....	62
3232 - Analyse.....	63
33 – LES ENTRETIENS .....	65
<b>4 – LES AIDES SOIGNANTS .....</b>	<b>73</b>
41 – LES RESULTATS QUANTITATIFS .....	75
411 – <i>L’ensemble des aides soignants des équipes intra et extra hospitalières</i> .....	75
412 – <i>Les aides soignants des équipes de jour des unités d’hospitalisation</i> .....	77
413 – <i>Les aides soignants des équipes de l’après-midi des unités d’hospitalisation</i> .....	81
42 – LES ENTRETIENS .....	84
<b>5 – LES AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS .....</b>	<b>89</b>
<b>6 – LES PSYCHOLOGUES.....</b>	<b>95</b>
61 – LA PROFESSION DE PSYCHOLOGUE .....	97
611 – <i>Le champ de l’enquête</i> .....	97
612 – <i>La répartition du temps de travail des psychologues</i> .....	97
613 – <i>Le temp de “présence directe” des psychologues auprès des malades</i> .....	98
614 – <i>Les pratiques des psychologues</i> .....	99
62 – LES ENTRETIENS .....	100
<b>7 – LES ASSISTANTES SOCIALES.....</b>	<b>103</b>
71 – LA PROFESSION D’ASSISTANTE SOCIALE .....	105
72 – LES ENTRETIENS .....	108
<b>8 – LES AUTRES PROFESSIONNELS SPECIALISES .....</b>	<b>111</b>
81 – <i>QUE FONT LES AUTRES PROFESSIONNELS SPECIALISES ?</i> .....	113
82 - LES PSYCHOMOTRICIENS .....	113
83 - BIBLIOTHECAIRE, SOCIO-THERAPEUTE .....	114
84 - ERGOTHERAPEUTES .....	114
85 - KINESITHERAPEUTES.....	115
86 – SECRETAIRE MEDICALE .....	116
77 - EDUCATEURS SPECIALISES .....	117
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>119</b>
1 – ENSEIGNEMENTS METHODOLOGIQUES.....	121
2 – REMARQUES GENERALES.....	122
<b>ANNEXES .....</b>	<b>127</b>

# **PREAMBULE**



Un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie est un établissement comprenant à la fois des services d'hospitalisation à temps complet et des structures alternatives, allant de l'hospitalisation de jour (HDJ) ou de nuit (HDN), à l'hospitalisation à domicile (HAD), en passant par les dispensaires, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), les centres d'accueil et de crise (CAC) et toute la palette des structures ambulatoires..

Depuis les années 70, mais surtout à partir de 1985 date de sa légalisation, a été appliquée la politique de secteur, mode de prise en charge qui vise à intervenir, autant que possible, pour le malade dans son environnement, en privilégiant les soins ambulatoires et un hébergement dans la cité. Ce qu'on nomme la « désinstitutionnalisation » est donc ce mouvement qui a conduit à fermer des lits en psychiatrie et à ouvrir des structures alternatives.

On constate néanmoins qu'un pourcentage important des moyens en personnels reste affecté aux unités d'hospitalisation (70%) et que les prises en charge ambulatoire se sont développées de manière très diversifiée selon les endroits.

On constate également que les critiques sur la faiblesse de l'intervention de la psychiatrie publique, tant pour l'hospitalisation que pour la prise en charge ambulatoire sont légion :

- les familles se plaignent à la fois d'un "externement abusif" et d'un manque de continuité des soins entre l'intra et l'extrahospitalier ;
- les usagers se plaignent d'un manque de densité des structures alternatives ;
- les professionnels de la psychiatrie publique se plaignent d'un manque de moyens ;
- les directions administratives, du directeur de l'hôpital aux structures régionales et nationales se plaignent d'une absence de transparence sur l'affectation réelle de moyens qui paraissent ne pas avoir diminué.

Or, en matière de démographie médicale et paramédicale, la DHOS<sup>1</sup> rencontre des difficultés pour déterminer avec certitude « *la part de chaque type de personnels* »<sup>2</sup>, c'est à dire le nombre exact d'agents effectivement employés par catégories. Elle ne possède pas d'outils pour « *percevoir de manière fine les différents modes d'organisation du travail* » et vérifier la pertinence des problèmes évoqués par le rapport BERLAND sur la démographie des professions de santé et les méthodes utilisées pour y faire face. En particulier en regard de la baisse du nombre des personnels médicaux et de l'influence pour les paramédicaux de la suppression de la qualification « psychiatrie » dans leur cursus professionnel.

<sup>1</sup> DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.

<sup>2</sup> Réunion du 20 mars 2006 à la DHOS en présence : du conseiller technique du directeur de la DHOS, du chef de service responsable du pôle « organisation des soins établissements et financements », du chef du bureau « organisation de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques », de l'adjoint au chef du bureau « praticiens hospitaliers ».

Pour la DHOS il existe aussi un « *problème de divergence de données entre elle-même et les chiffres des études DREES<sup>3</sup> qui ne reposent pas sur les même réalités* ». Elle sait que les données qui lui parviennent directement « *ne sont pas toujours très objectives, car certaines sont mal renseignées* », mais elle ne sait pas mesurer avec précision les différences qui existent entre les chiffres mentionnés par la DREES et les réalités du terrain.

Selon la DHOS, dont l'objectif « *est d'augmenter le temps de présence des personnels utile auprès des patients* », le ratio « nombre de personnels de soins par lit » est actuellement le seul indicateur dont elle dispose. Par ailleurs, la DHOS constate une utilisation redondante des effectifs sur certains horaires, sans pouvoir apprécier de façon objective les limites et les conséquences de ce phénomène.

**Il est donc apparu indispensable de mener une enquête dans quelques établissements psychiatriques pour déterminer l'organisation et l'utilisation du temps de travail des personnels et répondre aux questions : qui fait quoi ? à quel moment ? au bénéfice de qui ?**

Cette enquête a été réalisée dans le cadre et pour les besoins d'une mission de l'IGAS portant sur la gestion des ressources humaines dans les CHS<sup>4</sup>.

Le présent document rassemble les résultats de cette enquête. Il comporte 8 chapitres : les conditions de réalisation de l'enquête et d'exploitation des données, les résultats concernant : les médecins, les infirmiers (et cadres de santé), les aides soignants, les agents des services hospitaliers, les psychologues, les assistantes sociales, les autres professionnels spécialisés (psychomotriciens, psychothérapeutes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, éducateurs spécialisés, secrétaires médicales)

---

<sup>3</sup> DRESS : direction de la recherche et des études statistiques

<sup>4</sup> Mission n°SA/CR/HO/2006.096

# **1- LES CONDITIONS DE L'ENQUETE**



## 11 - Les objectifs de l'enquête

L'objectif de l'enquête est de connaître le quotidien des personnels travaillant en psychiatrie (de jour comme de nuit) et les tâches qui sont les leurs auprès des malades, directement ou indirectement. Il s'agit de décrire la répartition et l'organisation des activités et de mesurer le temps qui leur est consacré.

## 12 - Les établissements

L'enquête s'est déroulée dans trois établissements :

- le CHS de Navarre à Evreux (Eure) dans les secteurs n°1, n°2, n°3 et les intersecteurs,
- l'Institut Marcel Rivière à La Verrière (Yvelines) dans le secteur n°15,
- le CHS de Ville-Evrard à Neuilly-sur-Marne (Seine-Saint-Denis) dans les secteurs n°6 et n°13.

## 13 - La méthodologie de recueil des données

Il a été proposé à tous les personnels (médecins et non-médecins) présents dans l'établissement un jour donné (y compris les équipes de nuit) de remplir une fiche de relevé de tâches.

### *131 – La fiche de relevé de tâches*

Chaque agent doit noter sur une fiche normalisée qui lui est fournie (Cf. annexe) la succession des tâches qu'il effectue durant son temps de travail. Un modèle de fiche rempli fictivement est joint à la fiche de relevé de tâches. Les fiches sont anonymes<sup>5</sup>.

Les activités doivent être toutes notées, chaque fois qu'il y a changement, y compris les appels et les réponses téléphoniques et y compris si la même tâche est réalisée plusieurs fois le même jour. Seule l'heure de début de chaque tâche ou activité doit être notée<sup>6</sup>.

Par « tâche », il convient d'entendre toute occupation du temps. Par exemple : une activité auprès de un ou plusieurs malades (entretien, soin, acte paramédical, atelier d'ergothérapie) ou une activité effectuée pour des malades en dehors de leur présence (préparation des plateaux, des semainiers, téléphone pour eux) ou une activité institutionnelle dans le service (réunion de synthèse ou d'équipe) ou dans l'établissement, ou une activité personnelle (formation, recherche, enseignement) ou une activité interstitielle (déplacement d'un endroit à l'autre de l'établissement, du secteur, pauses solitaires ou avec des collègues, échanges informels).

<sup>5</sup> Dans le corps du présent rapport ces fiches sont également nommées « questionnaire », mais il s'agit bien sûr du même document.

<sup>6</sup> Arrondie à cinq minutes. Par exemple : 10h35 pour 10h33 ou 10h30 pour 10h32.



Une fois remplie, la fiche est remise au cadre de santé qui les centralise et les transmet à la direction pour l'IGAS.

### ***132 - Le choix du jour de l'enquête***

Le choix final du jour d'enquête a été laissé à l'appréciation des établissements et plus particulièrement des chefs de service des secteurs concernés. L'objectif étant que cette journée représente l'activité ordinaire, au sens « d'habituelle », du service.

## **14 - L'exploitation des données**

### ***141 - Le nombre de réponses enregistrées***

La mission a recueilli **333 relevés de tâches remplis** dont :

- 12% émanant de médecins,
- 44% d'IDE et de cadres de santé,
- 16% d'aides soignants,
- 10% d'agents des services hospitaliers,
- 6% de psychologues,
- 3% d'assistantes sociales,
- 3% d'ergothérapeutes,
- 2,5% de secrétaires médicales,
- 1,2% de psychomotriciens
- moins de 1% de socio-thérapeutes, de kinésithérapeutes, d'éducateurs spécialisés et de bibliothécaires.

L'origine des réponses par catégories et par établissement est la suivante :

#### *1411 – Pour les médecins*

	Effectifs médicaux réels des secteurs concernés	Nombre de réponses enregistrées	Nombre de réponses exploitées pour les aspects quantitatifs
<b>CHS de Ville-Evrard</b>	20	16	15
<b>CHS d'Evreux</b>	27	19	15
<b>Institut Marcel Rivière</b>	5	5	5
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>40</b>	<b>35</b>

77% des médecins ont participé à l'enquête. 87% de leurs réponses ont été exploités pour les aspects quantitatifs.

*1412 – Pour les infirmiers et cadres de santé*

	I.D.E						Cadres de santé	TOTAL
	Equipe de jour	Equipe après-midi	Equipe de nuit	Total hospitalisation	Autres structures	TOTAL IDE		
CHS de Ville-Evrard	8	6	3	17	24	41	12	53
CHS d'Evreux	19	18	7	44	10	54	5	59
Institut Marcel Rivière	7	4	7	18	14	32	2	34
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>28</b>	<b>17</b>	<b>79</b>	<b>47</b>	<b>127</b>	<b>19</b>	<b>146</b>

62% des réponses émanent d'IDE travaillant en intra-hospitalier et 38% en extra hospitalier.

Parmi les IDE des unités d'hospitalisation, 21% des réponses proviennent des agents travaillant la nuit et 79% la journée (matin ou après-midi).

*1413 – Pour les aides-soignants*

	Equipe de jour	Equipe après-midi	Equipe de nuit	TOTAL
CHS de Ville-Evrard	5	1	2	8
CHS d'Evreux	19	12	8	39
Institut Marcel Rivière	5	0	1	6
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>53</b>

*1414 – Pour les agents des services hospitaliers*

	Equipe de jour	Equipe après-midi	Equipe de nuit	TOTAL
CHS de Ville-Evrard	1	2		3
CHS d'Evreux	14	7		21
Institut Marcel Rivière	9		1	9
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>34</b>

*1415 – Pour les autres catégories de professionnels*

	CHS de Ville Evrard	CHS d'Evreux	Institut Marcel Rivière	TOTAL
Assistante sociale	5	4	1	10
Psychologue	12	2	4	19
Psychomotricien	1		3	4
Sociothérapeute			2	2
Ergothérapeute	5		6	11
Kinésithérapeute			3	3
Educ. Spécialisé	1	2		3
Secrétaire médicale		2	6	8
Bibliothécaire			1	1
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>26</b>	<b>60</b>

## 142 - La méthodologie

### 1421 – Les différents « temps »

La mission a utilisé des grilles (Cf. annexe) regroupant, par convention, les activités et en distinguant plusieurs catégories de « temps ».

- Le « **temps personnel** » est celui qui ne concerne que l'agent : temps de repas (s'il n'est pas thérapeutique), de pause, d'enseignement, de formation, d'évaluation individuelle par un supérieur hiérarchique.
- Le temps de « **présence directe auprès du malade** » comprend :
  - pour les médecins, les temps consacrés aux soins et aux activités thérapeutiques (entretiens, consultations, prescriptions, visites à domicile) ;
  - pour les non médicaux, les temps consacrés aux soins, aux activités thérapeutiques et ceux consacrés au nursing et aux tâches logistiques (repas, nettoyage des locaux etc...)
- Le temps de « **présence indirecte auprès des malades** » regroupe les temps utilisés pour les synthèses, les transmissions, les réunions formelles ou informelles au sein du service, les contacts avec les familles, la gestion des dossiers, le téléphone, les tâches administratives etc.
- Le temps « **institutionnel** » est consacré aux réunions des instances officielles dans ou hors de l'établissement, aux visites de structures extérieures, au travail d'intérêt général pour les médecins.

### 1422 – Les particularités

Pour l'exploitation des données la mission a adopté les définitions et conventions suivantes :

- Les « IDE » sont à la fois les infirmiers diplômés d'Etat et les infirmiers spécialisés en psychiatrie. Les concernant, ont été successivement analysés les temps de présence de :
  - l'ensemble des personnels infirmiers,
  - des IDE des services d'hospitalisation
    - équipe du matin
    - équipe de l'après-midi
    - équipe de nuit
  - des IDE des services extra hospitaliers (visites à domicile)
  - des IDE des structures ambulatoires (CMP, CATTP, hôpitaux de jour)
- Un sort particulier a été réservé aux cadres et cadres supérieurs de santé, dont la totalité est issue du corps des IDE et qui travaillent en liens directs avec celles-ci.

- A la catégorie aides-soignants ont été ajoutés, par commodité et parce que leurs fonctions sans être identiques concourent aux mêmes objectifs, les auxiliaires de vie et les aides médico psychologiques.
- L'activité des aides-soignants de nuit n'a pas été étudiée dans le détail dans la mesure où leurs tâches sont durant cette période (à l'exception de la distribution des médicaments) quasiment identiques à celles des infirmiers.
- L'analyse générale des temps de présence des agents des services hospitaliers a été réduite, d'une part parce que cette catégorie de personnels est très inégalement représentée dans les établissements (certains ayant recours à des entreprises extérieures pour les activités de nettoyage et d'entretien) et, d'autre part, parce que leur présence est quasi inexistante dans les unités extra hospitalières et la nuit.
- S'agissant des assistantes sociales, des psychologues et des autres professionnels spécialisés (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, sociothérapeutes, éducateurs spécialisés, secrétaires médicales) leurs tâches sont très variées et morcelées dans le temps. Il n'a pas été possible de bâtir une grille d'analyse d'exploitation synthétique des données, similaire à celle utilisée pour les autres catégories de personnels. L'analyse de leur activité a donc été effectuée plus sous l'angle qualitatif que quantitatif, en se référant davantage aux comptes rendus d'entretiens.

## 15 – Les entretiens

La mission a procédé à des entretiens selon les modalités suivantes :

- chaque secteur, ou unité, visité ont désigné un représentant de chaque catégorie de personnels présents, y compris les médecins. La mission n'est pas intervenue dans le choix de ces personnes ;
- chacun des professionnels désignés a eu une entrevue individuelle avec un inspecteur de la mission ;
- chacun de ces professionnels a décrit l'organisation habituelle de son travail et/ou d'une journée (ou semaine) « type » .

L'objectif poursuivi est, au-delà des aspects chiffrés, « d'illustrer » la réalité des tâches réalisées et la manière dont les agents apprécient et ressentent leur travail.

Dans ce document sont rapportés 32 comptes-rendus d'entretien (sur une cinquantaine effectuée). Ils ne reflètent pas l'exhaustivité des situations, mais ils permettent de donner des « éclairages » sur des réalités souvent mal connues. Ils concernent :

- 9 médecins
- 6 IDE
- 2 cadres de santé
- 4 aides soignants
- 4 psychologues
- 3 assistantes sociales
- 1 psychomotricien

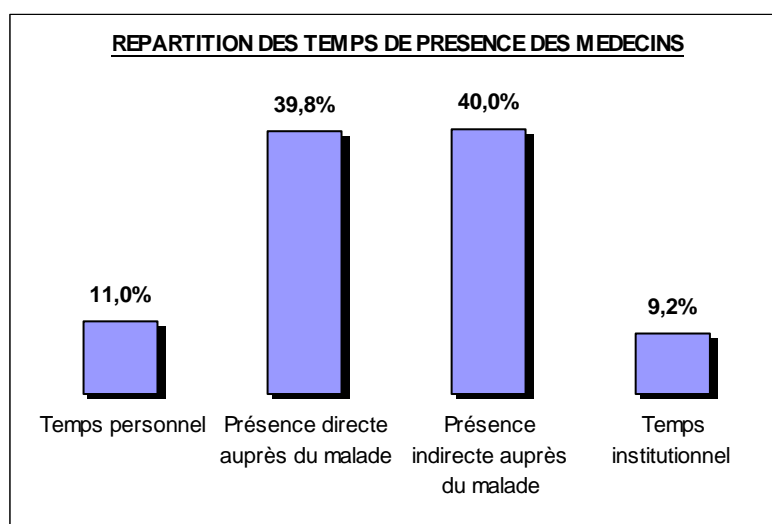
- 1 kinésithérapeute
- 1 secrétaire médicale
- 1 éducateur spécialisé.

## **2 – LES MEDECINS**



## 21 – Les résultats quantitatifs

ACTIVITES	TEMPS PASSE EN %
<b>Temps personnel</b>	<b>11,0%</b>
Arrivée – Prise de fonction	0,4%
Pause	1,6%
Repas personnel	7,5%
Enseignement – Formation – Recherche	1,5%
<b>Présence directe auprès du malade</b>	<b>39,8%</b>
Consultation – Rendez-vous médical	12,4%
Entretien individuel avec patient hospitalisé	17,1%
Entretien avec IDE	1,4%
Entretien avec assistante sociale	0,1%
Entretien avec psychologue	0,3%
Visite médicale dans le service	3,1%
Soins individuels – Prescriptions individuelles	0,4%
Visites à domicile	1,9%
Intervention dans une autre unité	3,4%
<b>Présence indirecte auprès du malade</b>	<b>40,0%</b>
Transmissions – activité interstitielle	3,4%
Synthèse de prise en charge – Réunions	8,7%
Temps avec les familles	2,0%
Temps avec l'équipe en intra (hors synthèse) Echanges informels	2,9%
Temps administratif (dossiers, courriers certificats)	13,8%
Gestion de la file et négociations administratives	0,8%
Téléphone	3,1%
Trajet (pour l'extra)	3,0%
Visite de structures externes	1,6%
Visiteurs médicaux	0,5%
<b>Temps institutionnel</b>	<b>9,2%</b>
Réunions des diverses instances	4,4%
Travail d'intérêt général	4,7%
<b>Temps total passé</b>	<b>100%</b>

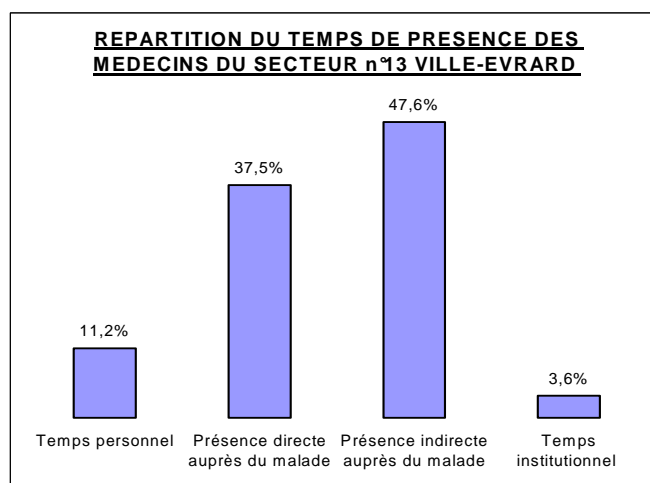
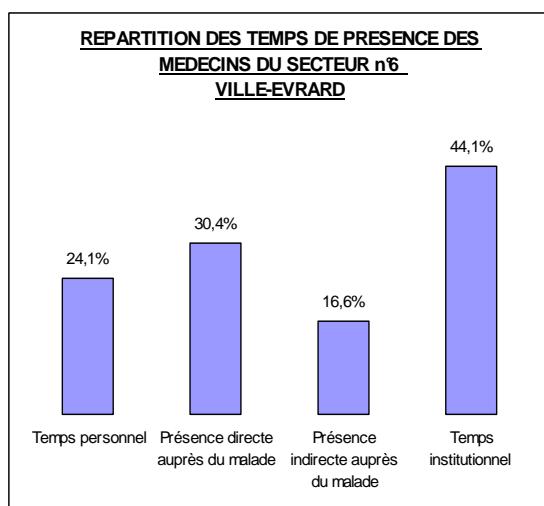
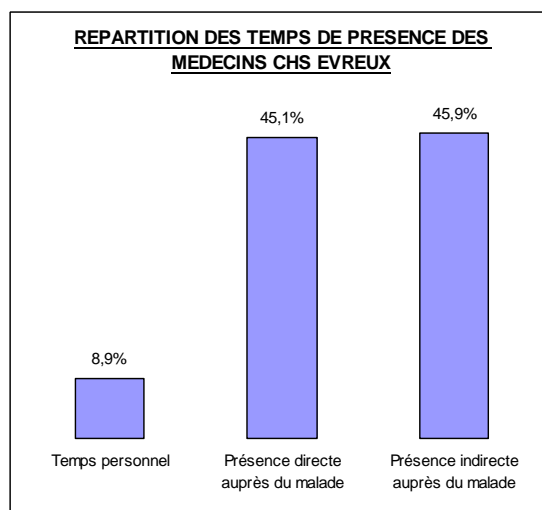
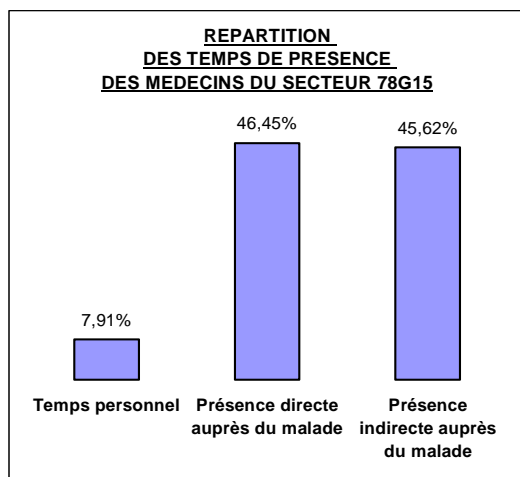


Globalement on observe (Cf. graphiques ci-dessus) que :

- le temps « personnel » est de l'ordre de 9 %,
- le temps « institutionnel » de 11%,
- les temps de présence « directe » et « indirecte auprès du malade » sont du même ordre de grandeur : 40% chacun.



Les résultats par établissement ne sont pas identiques, même si on occulte ceux du secteur n°6 de Ville Evrard qui sont par trop particuliers (Cf. graphiques ci-dessous).

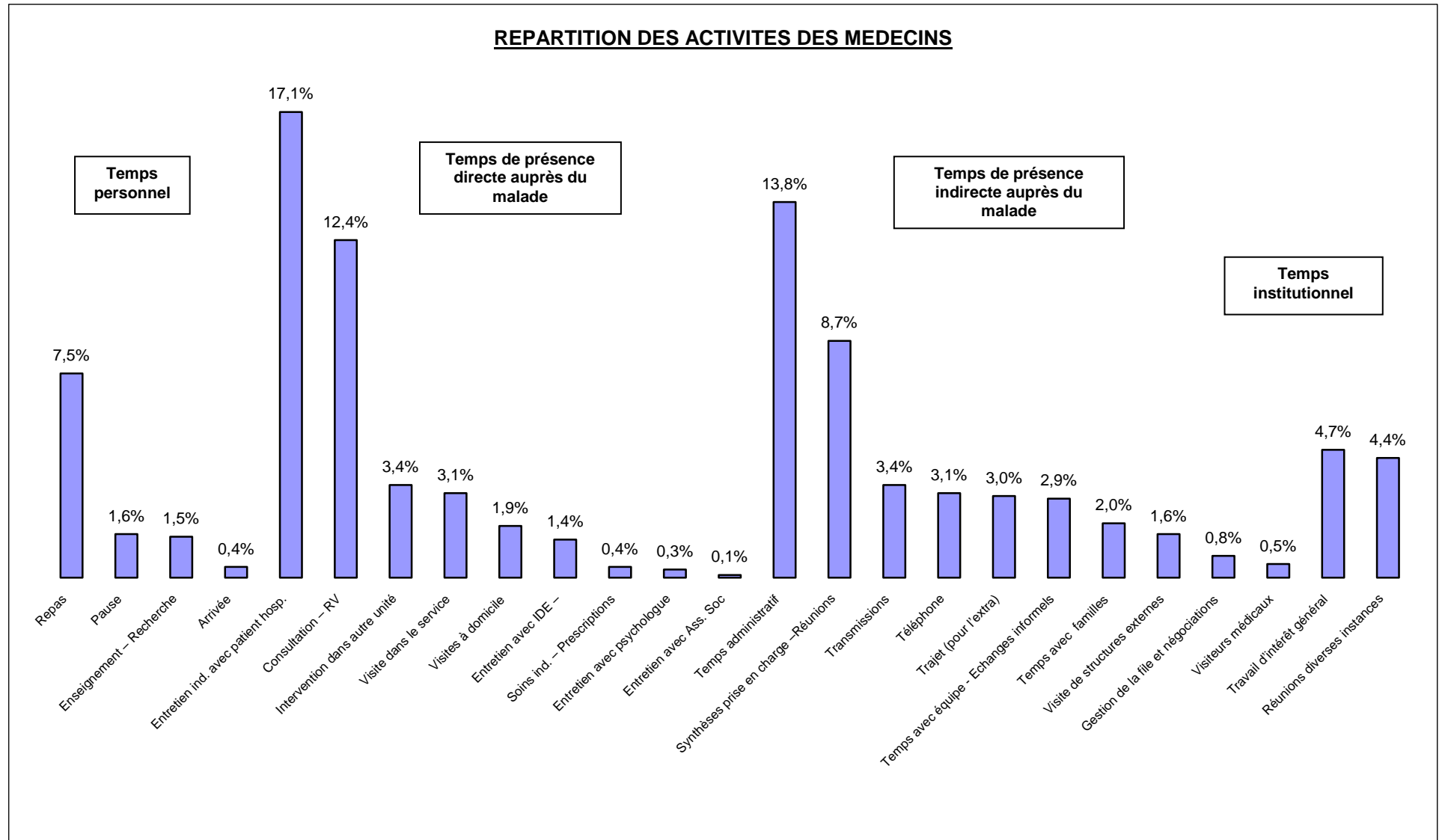


Les répartitions des temps de présence, dans les secteurs où l'organisation, le volume d'activité, voire le niveau de qualification des médecins sont proches (CHS Evreux – IMR par exemple) apparaissent similaires :

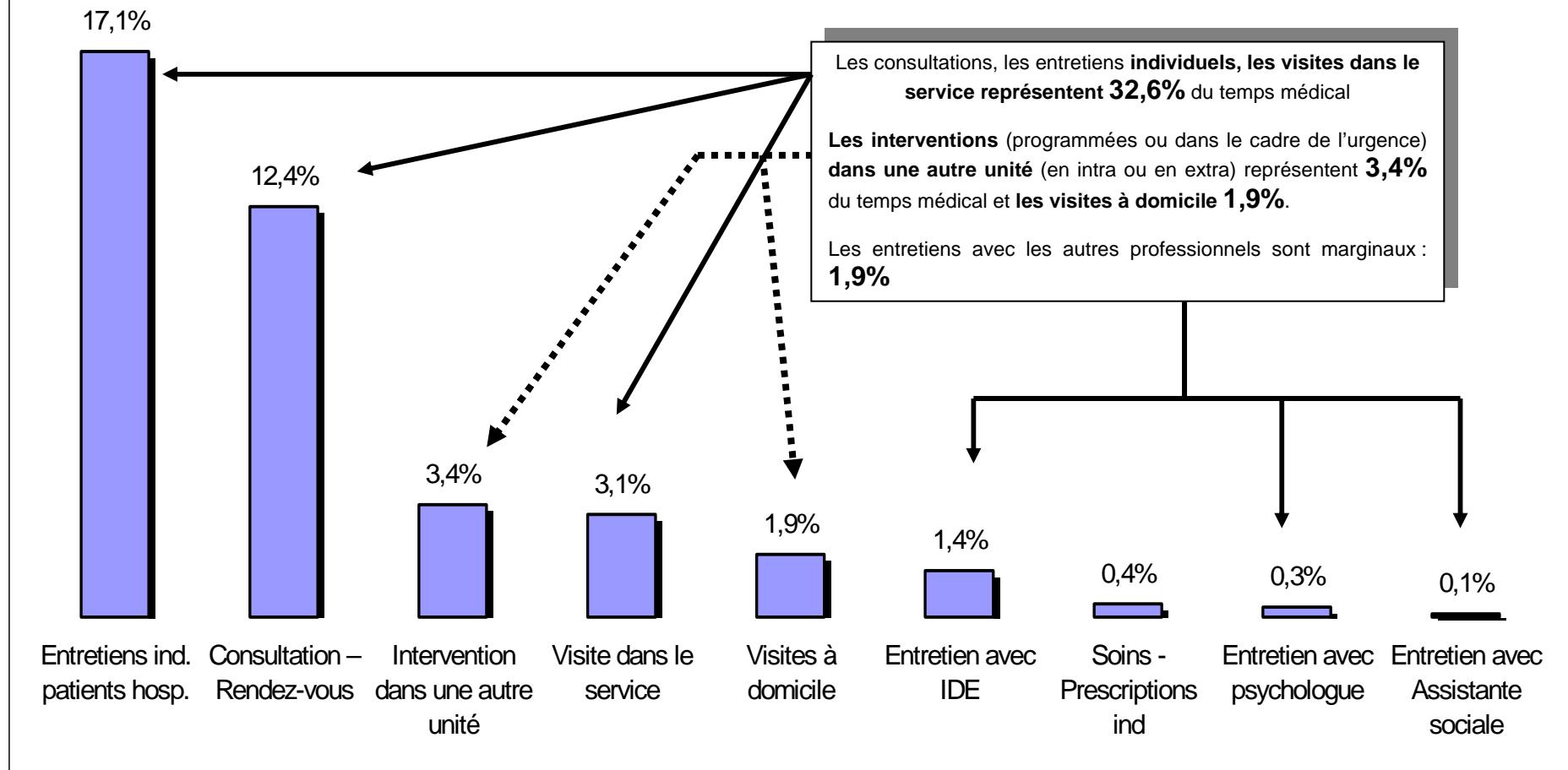
- temps « personnel » entre 8 et 9%,
- temps de « présence directe et indirecte » entre 45 et 46%,
- pas de temps « institutionnel ».

Dans le détail, on observe qu'en moyenne (Cf. graphique ci-dessous) :

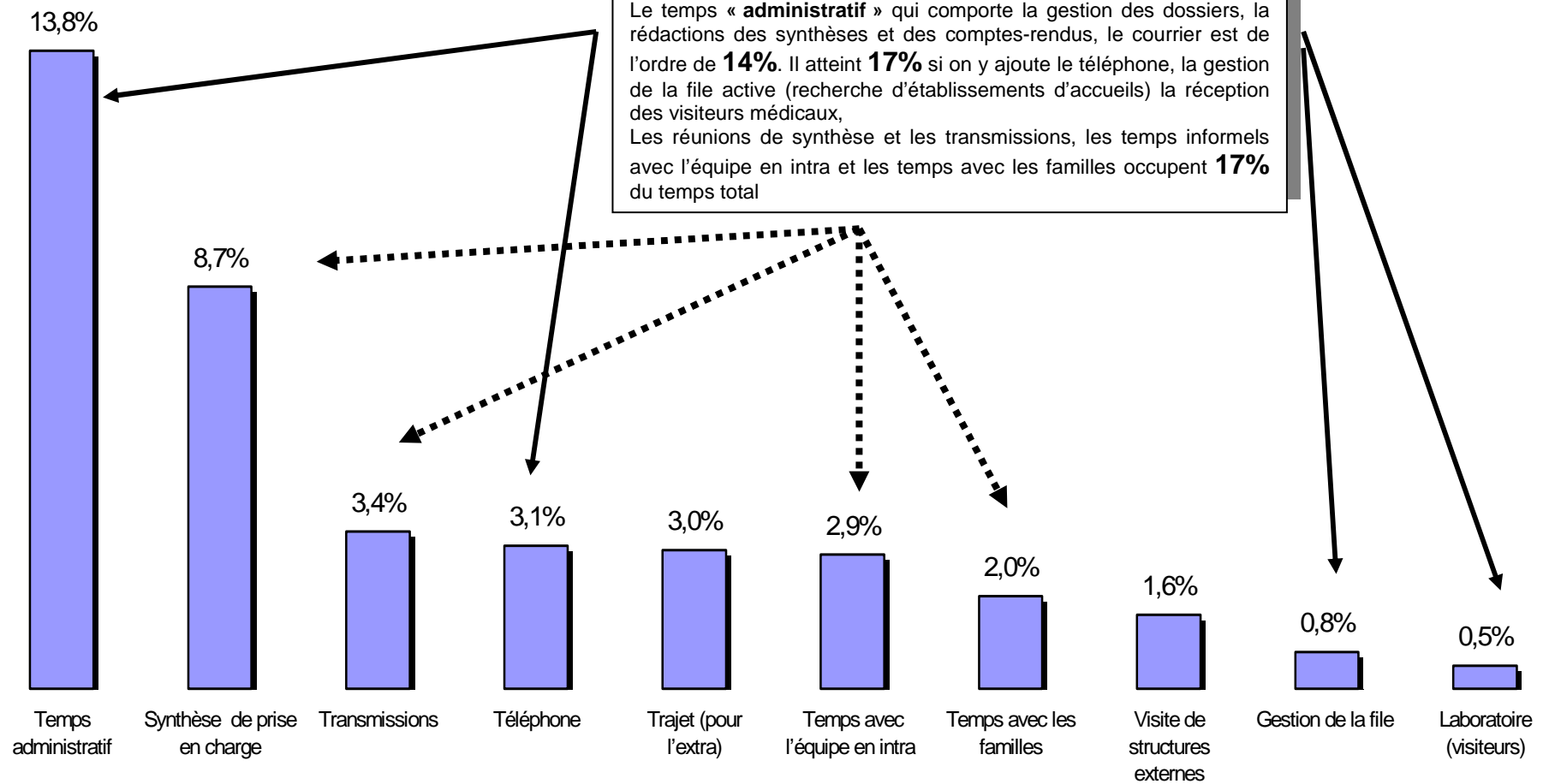
- s'agissant du temps « personnel » :
  - le temps de repas représente environ 7,5% du temps total,
  - les temps d'enseignement ou de formation sont marginaux (1,5%) ;
  
- s'agissant du temps de présence et de l'activité « directe auprès des patients » :
  - les entretiens formels avec les patients hospitalisés, les consultations ou rendez-vous, les visites médicales dans le service, les prescriptions et soins individuels, représentent environ le tiers de l'activité,
  - les interventions extérieures (visites à domicile, interventions dans d'autres services de l'établissement) 5,5%,
  - les entretiens avec les professionnels du service à propos de cas particuliers de malades occupent environ 2% du temps ;
  
- s'agissant des temps de présence « indirecte » :
  - le temps administratif et le téléphone obèrent environ 17% du temps,
  - mais la gestion administrative de la file (recherche de place) moins de 1%,
  - les synthèses de prise en charge, les transmissions ou les échanges informels avec les autres professionnels du service, les réunions internes occupent 15% du temps,
  - les temps de trajet (pour les activités extra hospitalières) 3%,
  - les temps passés avec les familles 2%,
  - les activités exceptionnelles (visites de structures extérieures, réception des visiteurs médicaux) 2% ;
  
- s'agissant du temps « institutionnel » :
  - le temps consacré aux travaux d'intérêt général représente 4 à 5% du temps total,
  - et celui pour les réunions « institutionnelles » 4 à 5%.



## REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE DIRECTE DES MEDECINS AUPRES DES PATIENTS



## REPARTITION DES TEMPS DE PRESENCE INDIRECTE DES MEDECINS AUPRES DES PATIENTS



## 22 - Commentaires sur les résultats quantitatifs

### *221 – Sur le nombre de réponses exploitées*

Le nombre de réponses exploitées (35) peut paraître a priori relativement faible et par conséquent l'échantillon non significatif parce que trop réduit et insuffisamment diversifié, ne permettant pas de tirer des conclusions statistiques définitives. Par ailleurs, la méthodologie, quoique simple et classique, a été soumise à des experts qui l'ont validée, mais n'a pas été assez testée préalablement en situation.

Toutefois on observe que :

- à Evreux, les 2/3 des médecins présents dans l'établissement ont répondu, 83% des réponses ont pu être exploitées ;
- à Ville Evrard, pour le secteur n°13 tous les médecins présents ont répondu et environ 50% de ceux du secteur n°6 ;
- à l'IMR tous les médecins présents ont répondu.

Les réponses émanent de 7 secteurs (ou intersecteurs) qui dépendent de trois établissements de tailles différentes situés dans trois départements distincts.

On peut donc considérer que, même si l'échantillon n'est pas scientifiquement irréprochable, si la méthode de questionnement est « rustique », les résultats enregistrés donnent des indications significatives sur l'activité et l'organisation du temps des médecins.

### *222 – Sur la répartition des temps de présence des médecins*

Les activités (ou les séquences d'activités) des médecins apparaissent relativement diversifiées et « morcelées » dans le temps.

On observe par exemple que chaque médecin effectue en moyenne :

- au CHS d'Evreux : de **7 à 8** séquences d'activités (amplitude de 1 à 12)
- au CHS de Ville-Evrard – secteur n°13 : de **19 à 20** séquences d'activités (amplitude de 9 à 27)
- au CHS de Ville-Evrard – secteur n°6 : **10** séquences d'activités (amplitude 4 à 20)
- à l'IMR : de **23 à 24** séquences d'activités (amplitude 10 à 33)

Les différences importantes s'expliquent pour partie par la manière dont les questionnaires ont été remplis. Mais ces résultats traduisent bien à la fois la diversité et la multiplicité des activités des médecins et les « ruptures » de tâches qui existent au cours d'une journée.

## 23 - Le détail des activités sous l'angle qualitatif

L'exploitation des fiches de relevé de tâches remplies par les médecins, pour connaître et évaluer le détail des activités au plan qualitatif, pose quelques difficultés, parce qu'elles sont imparfaitement renseignées. Seuls deux secteurs ont répondu de manière exhaustive, celui de l'Institut Marcel Rivière et le secteur n°13 de Ville Evrard.

D'autre part, dans quelques cas, le traitement des données offrait peu d'intérêt, le praticien étant en congé de maladie, en congé annuel, ou toute la journée en activité d'intérêt général ou encore occupé entièrement par les réunions institutionnelles dans l'établissement.

Reste qu'il était possible aux chefs de service de changer le jour de l'enquête, si celui-ci leur paraissait atypique.

Telle qu'elle apparaît, cette enquête traduit aussi la volonté, plus ou moins grande, des chefs de service de rendre compte de l'activité de leurs équipes, de l'intégration des médecins dans un processus de travail collectif, ou au contraire de leur extrême indépendance.

Elle permet de dégager des tendances fortes, en synthétisant simplement de manière comparative l'activité médicale offerte aux patients des différents secteurs.

### 231 – Analyse par établissement

#### ➤ Le CHS d'Evreux

L'établissement d'Evreux ne disposant que d'une ressource médicale très restreinte, la mission a agrégé les résultats, somme toute d'ailleurs peu différents, des 4 secteurs adultes, qui ont tous répondu.

A Evreux, un jour donné, 19 questionnaires ont été recueillis, mais seuls 13 sont exploitables qualitativement, du fait de deux congés, de trois médecins exerçant des soins somatiques et d'un questionnaire mal rempli.

Ces treize médecins, ont dispensé, seuls, presque 10 heures au total en entretiens individuels, pour 27 malades, soit 22 minutes par malade. Ils ont également dispensé près de 44 heures d'entretiens en présence d'un ou plusieurs autres professionnels, le plus souvent un infirmier, pour plus de 94 malades (un médecin n'a pas noté le nombre de malades), à raison donc de 25 minutes par malade.

Cinq médecins ont passé plus de 4 heures en réunion de synthèse sur un cas. Les durées peuvent varier de 2 à 45 minutes, de même que le nombre de patients concernés par ces synthèses (de un à tous les malades).

Dix médecins ont consacré plus de 14 heures à la rédaction de synthèses, rapports, observations au dossier du malade, certificats médicaux divers et ce pour plus de 27 malades.

Enfin, trois médecins ont conduit un entretien chacun avec 3 familles, pour des durées de 35 minutes en moyenne.

On peut donc estimer le temps passé au travail clinique direct pour un malade, en et hors sa présence, à 73 heures et demi.

Les transmissions et échanges informels ont occupé plus de 6 heures et demi et sont relatés par six médecins. Trois médecins mentionnent 3 réunions institutionnelles pour 30 minutes chacune.

Deux médecins seulement mentionnent un travail de gestion : l'un y inclut tout le courrier et l'estime à plus de 6 heures, l'autre à 30 minutes.

➤ L'Institut Marcel Rivière

A l'institut Marcel Rivière, les cinq médecins du secteur 78 G 15 ont renseigné le questionnaire.

L'un travaille à l'unité d'hospitalisation à temps plein, et les quatre autres en extra-hospitalier, sur les 2 CMP, l'hôpital de jour, en liaison avec le réseau de santé mentale Yvelines Sud et avec la consultation extra-hospitalière de la MGEN, avenue Wagram à Paris.

Ces cinq médecins ont assuré, seuls, 13 heures de consultation pour 29 malades, soit 26 minutes de durée moyenne.

La visite de tous les malades de l'UHTP (unité d'hospitalisation temps plein) mobilise un médecin pendant une heure un quart, pour tous les malades présents (28 le jour du relevé de tâches).

Enfin 15 malades ont bénéficié d'un entretien individuel pratiqué par un médecin accompagné d'un autre professionnel, 3 médecins y ont ainsi consacré un peu plus de six heures.

Les réunions de synthèse sur un cas ont concerné 7 malades, pour des durées et dans des configurations professionnelles très variables : de 5 minutes avec un ou deux professionnels en post-entretien à 90 minutes avec neuf professionnels pour une grande réunion de synthèse évaluation d'un cas.

La rédaction des observations, dossiers, certificats a mobilisé quatre médecins pour un peu plus de 3 heures en tout, pour 29 malades.

Il n'y a pas eu d'entretien avec les familles ce jour là.

Les réunions et échanges collectifs hors de la présence des patients ont occupé quatre médecins pour deux heures un quart en tout, et concernaient tous les patients vus ou présents.



De plus trois médecins ont participé ou animé une réunion institutionnelle chacun, que celle ci soit restreinte (3 participants) ou importante (12 participants), et ce pour une durée moyenne et équivalente de 70 minutes chaque fois.

Enfin les réunions et les appels téléphoniques avec l'extérieur ont mobilisé trois des médecins, pour des temps courts pour des échanges avec d'autres médecins (2 fois 10 minutes) et pour un entretien long, de presque deux heures, avec 6 professionnels du réseau.

➤ CHS de Ville-Evrard – secteur n°13

Dans le secteur n°13 de Ville-Evrard, dix médecins ont répondu. C'est le seul secteur dans lequel l'emploi du temps du chef de service apparaît aussi atypique. Certes un temps est consacré à la clinique individuelle, mais on constate une dispersion de l'activité entre l'animation de réunion d'équipe, les échanges cliniques avec tous types de professionnels du service, le travail très récurrent d'échange avec le cadre supérieur de santé (en début, en mi-journée et en fin de journée) ainsi que le travail avec la direction de l'établissement, les services économiques, la direction des soins. Enfin, police et DDASS s'adressent au chef de service.

Les dix médecins qui ont tous rendu une réponse exploitable ont occupé leur temps de la façon suivante :

- 11 heures ont été consacrées à un entretien individuel par le médecin seul, par six médecins pour 28 malades ;
- 15 heures et demi ont été consacrées à un entretien individuel avec un autre professionnel par neuf médecins pour 32 malades.  
60 malades ont donc été vus individuellement pendant une durée moyenne de presque 30 minutes ;
- trois médecins ont reçu ou parlé au téléphone pendant 50 minutes en tout avec 3 familles ;
- 7 malades ont fait l'objet de réunions de synthèse sur leur cas, pour un peu plus de trois heures, avec trois médecins et 10 professionnels non médicaux,
- six médecins ont passé 6 heures trente à rédiger observations et certificats.

Dans ce service neuf médecins ont consacré 11 heures aux transmissions et échanges, parfois en équipe complète, parfois en petit comité.

Deux heures ont été consacrées par deux médecins à des réunions institutionnelles.

Les relations avec l'extérieur ont concerné 7 malades et ont occupé 3 heures pour trois médecins.

Le reste du temps, consacré au management et aux relations avec l'administration ressortit de l'activité de la chef de service pour près de 3 heures et pour les relations avec l'extérieur pour une demi-heure chacun pour deux médecins.

Deux médecins ont été occupés par la visite d'un laboratoire, un médecin a eu une activité institutionnelle. (deux fois 40 minutes).

➤ CHS de Ville-Evrard – secteur n°6

L'exploitation des questionnaires du secteur n°6 de Ville Evrard ne permet sans doute de rendre compte de l'activité de ses médecins que de façon très imparfaite.

Sur les quatre questionnaires exploitables, un médecin a vu 9 malades en 2 heures et demi, et trois médecins ont vu 13 malades en presque quatre heures en présence d'un autre professionnel. Deux médecins ont fait état de 40 minutes consacrées à de la rédaction pour 4 malades.

Les transmissions et échanges ont occupé presque 5 heures, les réunions avec les équipes une heure et demi. Un des médecins a consacré 3 heures à une activité extérieure (comité médical à la DDASS).

### **232 – Analyse par type d'activité**

L'analyse par type d'activité (Cf. tableaux en annexe) permet de mettre en évidence qu'en règle générale, quel que soit l'établissement:

- le temps d'un entretien individuel, qu'il soit effectué par le praticien seul ou que celui-ci soit accompagné par un IDE et quel que soit le nombre de médecins exerçant dans l'établissement, est de l'ordre de 20 à 30 minutes par malade. Mais comme il s'agit d'une activité prioritaire, compte tenu du nombre de praticiens dans une structure, le temps que consacre chacun d'eux à cet exercice peut passer de 1 heure 30 à 3 heures 30 ;
- le temps consacré par les médecins à la rédaction des observations ou des certificats n'excède pas 35 minutes, soit environ 10 minutes pour chaque cas<sup>7</sup> ;
- chaque médecin consacre environ une heure pour les réunions de synthèse et d'analyse des prises en charge, ce qui revient à dire que l'examen de chaque situation de malade représente entre 20 et 30 minutes ;
- les entretiens avec les familles de malades (lorsqu'ils existent) sont de l'ordre de 30 minutes par cas individuel. Chaque médecin y consacre en moyenne environ une heure par jour ;
- le temps passé en réunions, transmissions, échanges formels ou informels sur les malades est variable. Selon les établissements, chaque médecin leur consacre d'une demi-heure à une heure et demi ;
- des observations de même nature sont faites pour le temps dédié par les praticiens aux réunions institutionnelles.

---

<sup>7</sup> Dans un établissement toutefois, les résultats enregistrés sont trois fois supérieurs, ce qui ne doit pas être interprété comme la marque d'une attitude plus consciencieuse, mais plutôt comme une réponse masquant d'autres difficultés.

### **233 – Considérations générales**

Même si la faiblesse du taux de réponse dans certains secteurs (notamment le secteur n°6 de Ville-Evrard) ne permet pas de tirer de ces questionnaires de renseignements représentatifs, leur exploitation ne manque pas d'enseignements.

#### *2331 – Le rôle du chef de service*

Sur les 7 secteurs, il n'y en a qu'un, voire deux, dans lesquels l'emploi du temps du chef de service reflète un vrai travail managérial : partage du temps entre la clinique (dont il tire sa légitimité), le travail d'échange clinique (en grand staff et échanges constants avec les soignants, médecins, psychologues, cadres de santé, infirmiers), l'animation des réunions d'équipe (équipe complète, y compris les personnels d'exécution) et le travail de collaboration régulier avec le cadre supérieur de santé, chargé lui aussi d'une fonction managériale, notamment dans la mise en place de l'organisation matérielle et humaine des décisions médicales adoptées. Ce management interne est alors complété par le travail effectué dans l'établissement, en échanges avec les différentes directions. A l'extérieur, c'est le responsable du service qui est l'interlocuteur connu des services de l'Etat : santé, police, justice.

Cette description recoupe d'autres constats effectués notamment dans les établissements de Thuir et de Bassens pour un ou deux des secteurs contrôlés.

#### *2332 – Le travail en équipe*

La pénurie de ressources médicales empêche toute organisation des soins, voire tout travail en équipe.

Le cas d'Evreux est particulièrement illustratif, dans lequel les réunions d'équipe, les échanges des médecins avec les autres professionnels, la direction médicale font particulièrement défaut, les emplois du temps des médecins étant entièrement occupés, pour ceux d'entre eux, les plus nombreux, qui travaillent à la hauteur de ce qui est requis, par le travail clinique. Sur les 19 médecins qui ont répondu dans cet établissement, 13 seulement ont effectué un travail psychiatrique ce jour. Pour l'essentiel consacré à la consultation individuelle, en présence d'un infirmier en grande majorité. Treize malades seulement ont fait l'objet d'une réunion de synthèse, 27 d'un compte rendu, observation ou certificat ; dans cet établissement, chaque médecin consacre moins d'une demi-heure aux échanges interprofessionnels sur les malades et le temps consacré aux réunions inter institutionnelles y est plus faible pour quatre secteurs que pour chacun des trois autres secteurs enquêtés. Avec les faibles ressources médicales qualifiées dont il dispose, cet établissement peine à trouver une organisation qui permette de mettre au service des usagers des équipes pluriprofessionnelles, managées par une expertise médicale indispensable. La consultation médicale individuelle par binôme médecin – infirmier occupe 86% du temps de travail, reportant l'essentiel du travail de management d'équipe sur un cadre de santé peu en prise avec les décisions médicales. Le temps de travail collectif fait défaut.

Le cas de l'Institut Marcel Rivière, qui dispose de ressources à peine supérieures est cependant différent, sans doute parce qu'il peut recourir pour les malades du secteur aux ressources médicales du reste de l'établissement. Les médecins consacrent certes un temps important aux entretiens individuels (plus de 3,5 heures dans une journée par médecin contre

4 heures à Evreux, 2 heures à Ville-Evrard dans les deux secteurs enquêtés), mais d'une part, ils mènent la grande majorité de ces entretiens seuls (du fait d'un taux très faible de personnels non médicaux dans cet établissement) tout en animant de nombreuses synthèses de cas (7 pour un seul secteur contre 13 pour l'ensemble des secteurs concernés à Evreux) ainsi que des réunions institutionnelles, internes aux équipes (3 réunions pour un seul secteur contre 3 pour quatre secteurs à Evreux et d'un temps plus important, une heure contre trente minutes), voire des réunions de travail avec le réseau.

### *2333 – L'exercice managérial*

C'est la présence des médecins et leur implication au quotidien qui fait la cohésion des équipes et permet aux malades, aux interlocuteurs extérieurs et à la direction de l'établissement de travailler avec une équipe soudée.

Au contraire de ce qui pourrait apparaître, cette autorité au quotidien ne ressortit pas d'un pouvoir mandarin, mais d'une implication dans un travail collectif. Il est à regretter à cet égard que l'organisation de la gouvernance hospitalière en psychiatrie ne tienne pas compte de cette liaison nécessaire entre tous les membres d'une équipe de travail, reprenant un découpage en tuyaux d'orgues qui n'est pas en congruence avec la réalité. C'est ainsi que les CME, composées uniquement des praticiens hospitaliers, élisant toujours un chef de service comme président, ne reflètent que le pouvoir médical et non pas l'effectivité de l'exercice de l'autorité. Elargir cette assemblée consultative à des représentants plus diversifiés des secteurs, permettrait peut-être de désigner un conseil exécutif qui serait une vraie instance de pilotage de l'établissement, dans l'allocation et le soutien au travail de chaque secteur et dans la mise en place d'un travail intersectoriel.

Il est clair que dans l'état actuel de la diversité de l'exercice managérial des fonctions de chef de service et de l'autorité médicale dans les différentes structures, un tel conseil a du mal à piloter des organisations complexes et humainement difficiles à commander.

## 24 – Les entretiens

La mission s'est entretenue avec de nombreux médecins d'affectation, de formation et de statuts différents pour qu'ils relatent la réalité de leur quotidien. A l'issue de ces entretiens la mission a réalisé des comptes-rendus, dont quelques uns sont rapportés ci- après.

### **Entretien n°1 : Docteur... médecin, praticien attaché associé** **Hôpital de jour et CMP**

#### **Statut et affectation**

*Son activité directe envers les patients est réalisée en hôpital de jour et au CMP. A l'hôpital de jour, il effectue les entretiens d'admission, et est à la disposition de l'équipe. Au CMP, il réalise des consultations de psychiatrie.*

*Il fait dix demi-journées par semaine, et effectue 3 gardes par mois.*

*S'il travaille le vendredi ou le samedi, il ne prend pas de récupération, mais on lui paie la différence (en heures supplémentaires) ou il bénéficie de jours de congé. Au cours des quatre derniers mois, il a eu 8 jours de récupération, mais il préférerait être payé.*

#### **Déroulement d'une semaine type**

**Lundi** : récupération de garde du dimanche.

**Mardi** : examen de 4 patients de l'unité 1A et de 7 patients de l'unité F.

**Mercredi** : idem mardi.

*En général, il voit chaque patient au moins deux fois par semaine, parfois trois. Sur ces 7 patients de l'unité F, certains peuvent être occupés à des activités, auquel cas, il ne les prend pas ce jour là en consultation. Ces patients ne seraient pas capables de venir à l'hôpital de jour.*

**Jeudi** : 9h30 – 12h30 et 14h- 17h (parfois 18h) : consultation sur rendez-vous au CMP pour 16 à 18 patients, à raison de 15 minutes pour les patients connus et de 30 minutes pour ceux qui viennent pour la première fois. Délai d'attente pour une consultation : 2 à 3 semaines, mais il reste toujours la possibilité d'avoir recours à l'hôpital en cas d'urgence.

**Vendredi matin** : hôpital de jour : le docteur... voit des patients pour leur visite de pré-admission (en moyenne 6 patients par mois) et fait le point avec les patients qui fréquentent ce jour là l'hôpital de jour, s'entretient avec l'équipe.

**Vendredi après midi** : visite à l'unité d'hospitalisation.

#### **Réunions institutionnelles**

*A l'hôpital de jour, réunion vendredi tous les quinze jours (car la réunion se passe une semaine le vendredi, l'autre le jeudi).*

*Au CMP : pas de réunion institutionnelle.*

*A l'unité temps plein : lundi matin : staff, sauf s'il a été de garde la nuit du dimanche au lundi (une fois tous les deux mois).*

*Dans le service A2 : en tant que de besoin, réunion de synthèse médecins, infirmières.*

*Dans l'unité F : réunion avec la chef de service, le dernier vendredi de chaque mois.*

*Au niveau de l'établissement : rien.*

**Entretien n°2 : Docteur... médecin psychiatre, praticien associé**  
**Unités d'hospitalisation**

**Statut et affectation**

*Le docteur... est médecin psychiatre, praticien associé au secteur, affecté à l'unité intersectorielle au long cours et « un peu » à l'unité de court séjour.*

**Au lit du malade**

*Le docteur... suit les patients hors secteur de l'unité au long cours et de l'unité de court séjour. Cela représente, à ses dires, beaucoup de patients, car les autres secteurs ne reprennent jamais leurs patients hospitalisés préalablement dans l'unité au long cours.*

*Activité : il « passe » deux fois par jour dans l'unité au long cours, pour s'enquérir des problèmes, réajuster des traitements, régler des problèmes de vie collective.*

*Il passe à l'unité de court séjour quand il a des patients à y voir et en tous cas une fois par jour. Il va voir les patients difficiles, « car l'unité intersectorielle d'accueil leur en envoie souvent et l'équipe n'est pas habituée à recevoir des personnes en crise ».*

*Il effectue deux consultations au CMP, une un matin et une un après midi, partagées avec les autres médecins du secteur.*

*Si un patient a besoin d'être vu de manière urgente, il peut le voir le jour même ou le lendemain.*

*Il pratique des consultations psychiatriques, mais pas de psychothérapies, celles-ci sont parfois ordonnées, mais il manque de temps « psychologue ».*

**Gardes**

*Il les fait sur place, s'il y a un certificat à faire, on appelle le PH d'astreinte. Il y a environ 4 à 5 admissions par garde.*

**Réunions**

*A l'unité au long cours : une fois par mois, , réunion institutionnelle de 13h30 à 14h30 .*

*A l'unité de court séjour : une fois par semaine, de 11h à 12h, les médecins de l'unité avec la chef de service.*

*Un lundi par mois, staff général du secteur, médecins, infirmiers, cadres de santé extra et intra.*

*Dans l'établissement : il a participé il y a un an, à un groupe sur la pédopsychiatrie.*

**Entretien n°3 : Docteur... psychiatre temps plein  
CMP et Hôpital de jour**

**Statut et affectation**

Madame... exerce à plein temps, à raison d'un mi-temps pour le CMP et d'un mi-temps pour l'hôpital de jour.

**Fonctionnement du service**

Elle dit avoir une file active « personnelle » de 120 à 130 patients (patients de l'hôpital de jour et du CMP). L'hôpital de jour possède actuellement 45 places, les patients viennent aux jours pour lesquels on leur donne rendez vous. Il est rare que l'indication ne soit pas bonne ou que l'indication étant bonne, le patient ne vienne pas. L'hôpital de jour accueille des patients du secteur, mais aussi de secteurs qui relèvent d'un autre établissement.

Les patients, qu'ils soient de la journée, du matin ou de l'après midi, déjeunent sur place ; tous les médicaments leur sont fournis. Les horaires « d'ouverture » sont maintenant de 9h30 à 16h30 ; longtemps le CMP fonctionnait plus tard, mais comme il n'y a plus de secrétaire, passées 17h15, il arrive que le médecin qui consulte jusqu'à 19h, soit seul dans le bâtiment avec un patient.

**Accueil de l'urgence**

Pour madame..., il y a une différence entre le patient qui se présente sans rendez vous et une urgence. Si le patient est adressé ou demande un rendez vous urgent, il est en général reçu le jour même ou le lendemain. S'il se présente sans rendez vous, il est accueilli d'abord par un infirmier, puis éventuellement orienté. Hors urgence : les patients doivent venir aux rendez vous donnés. Les patients schizophrènes doivent suivre leur rendez vous, s'ils ne viennent pas, on les appelle pour leur proposer un rendez vous 48 heures plus tard ; pour les névrotiques, il y a une possibilité de négociation. Les visites à domicile ne se font plus beaucoup et le médecin intervient uniquement pour aller chercher une HO ou une HDT.

**Management du service**

Une réunion d'équipe toutes les 4 à 6 semaines pour HdJ et CMP

Une réunion clinique par semaine, de deux heures pour chacune des structures.

**Soins directs des malade, travail individuel**

95% des patients suivis sont des schizophrènes qui ont été pour un long séjour en hôpital à temps plein. Ce sont des patients stabilisés, mais fragiles. Madame D. réalise des entretiens psychiatriques classiques : bilan, diagnostic, évaluation. Elle reçoit les familles. Elle prépare les patients à la disparition des parents.

**Vie de l'établissement**

Madame... est membre de la commission médicale du CLIN et participe à la conférence nationale des présidents de CME.

**Entretien n°4 : Docteur... psychiatre contractuel à temps plein**  
**Unité d'hospitalisation.**

**Statut et affectation**

*Ce médecin est contractuel plein temps (37heures) ; Pour ce pavillon de 26 lits, exercent deux médecins : 1 ETP et 1 temps partiel.*

*Le planning des médecins est élaboré chaque semaine par le médecin directeur et une fois la semaine passée, transmis à la direction.*

*La garde (hormis la garde de nuit et le dimanche, payés en plus) est comptée dans le temps de travail à raison de 24 heures le samedi comptées comme dix heures. Par trimestre, elle réalise 2 samedi et un dimanche de garde ou deux dimanches et un samedi.*

*Depuis novembre 2003, elle a le statut de praticien de droit privé.*

**Management du service**

*Lundi : 9h15 : transmission jusqu'à 10h. Les infirmières, arrivées à la relève de la garde, transmettent au médecin ce qui s'est passé pendant le week-end.*

*Lundi 14h-15h : réunion d'équipe, médecin, infirmiers, aide-soignants.*

*Exceptionnellement lundi ou mardi matin, de dix heures à douze heures, une réunion de synthèse.*

*Jeudi matin : 9h15 – 10h : réunion avec ergothérapeutes et kinésithérapeutes à propos des nouvelles prises en charge et des retours dans le service.*

**Soins directs des malade, travail individuel**

*Tous les jours, sauf celui de la « grande visite », entretiens individuels avec les malades jusqu'à 12h, parfois avec leur famille, et les éducateurs.*

*Mardi après midi, entretiens avec les patients qui nécessitent un peu plus de temps que la visite du matin (soit les patients qui n'étaient pas très bien, soit des patients suivis en psychothérapie, thérapie comportementale et cognitive).*

*Mercredi matin : entretiens et Mercredi après –midi : travail jusqu'à 15-16heures.*

*Jeudi : entretiens, plus les urgences.*

*Temps des entretiens : durée très variable, de dix minutes pour un grand psychotique suivi depuis dix ans à 45 minutes pour une dépression avec TS.*

**Soins directs des malades, travail en équipe**

*Une fois par semaine, de 10 à 12heures, visite de toutes les chambres des malades avec l'infirmière, la psychologue, le cadre de santé ...*

*Réunion soignants-soignés : jeudi après midi de 13h30 à 14h.*

**Coordination sur le service, le secteur**

*A l'heure du repas : outre le repas (dont la durée est variable) traitement de divers dossiers, entretiens téléphoniques notamment avec d'autres médecins.*

*Lundi : 15h-16h30 : réunion clinique avec les médecins pour la coordination avec le secteur pour décider de l'entrée et de la sortie des patients. Si des patients posent des problèmes particuliers, réunion étendue à la, ou les, psychologues, les ergothérapeutes ou kinésithérapeutes.*

*Mercredi entre 13h et 14h : réunion avec les autres médecins du secteur.*

*Mercredi, jeudi et vendredi : une heure de réunion d'accréditation*

**Formation, recherche**

*De 12h à 14h : une fois par semaine, staff avec le médecin chef, tous les médecins et un ou des invités : formation, recherche.*

*De 12h à 13h : médecin directeur : réunion des médecins, psychologues.*

*Activités extérieures : consultation à Minkowska de 15h à 18h30.*



**Entretien n°5 : Docteur... psychiatre, praticien hospitalier**  
**Centre d'accueil et de crise et CMP**

*Cette praticienne hospitalière travaille à plein temps, soit 10 demi-journées.*

**Activités d'intérêt général**

*Elle effectue 2 demi-journées par semaine, l'une dans un CAT (le jeudi matin), l'autre à la faculté dans un enseignement en ergothérapie (le mercredi matin).*

**Horaires de travail**

*Lundi : 9h-17h.*

*Mardi : 9h-19h dont permanence de 17h à 18h30.*

*Mercredi matin : faculté ; mercredi après midi : repos.*

*Jeudi : 9h-17h.*

*Vendredi : 9h – 17h.*

*Les gardes sont effectuées soit le mardi soir, soit le vendredi soir de telle sorte qu'il n'y a pas de repos compensateur le lendemain. Ce sont les internes du service qui font la garde de nuit au CAC. La garde de nuit de ce médecin PH temps plein s'effectue dans l'unité d'hospitalisation temps plein.*

**Organisation d'une journée de travail**

*Matin : information sur les patients hospitalisés depuis la veille ou pendant le week-end au CAC ; recueil des appels, visite des urgences hospitalisées.*

*9h-9h30 : staff avec infirmiers, psychologues... La psychologue participe à des visites, elle est utilisée pour une aide à l'évaluation et pour l'aide du patient à la parole.*

*Les **lundi, mardi, jeudi et vendredi**, elle assure des consultations tout l'après midi au CMP le mardi elle assure une consultation toutes les demi-heures, les autres jours une toutes les heures pour pouvoir être disponible pour l'accueil urgent au CAC.*

**Entretien n°6 : Docteur... psychiatre, praticien hospitalier**  
**CMP**

*Docteur.... Psychiatre, analyste lacanien. Effectue 10 demi-journées.*

**Activités d'intérêt général**

*Il effectue 2 après-midi d'intérêt général.*

*Recherche philosophique, réalise une thèse sur Canguilhem.*

**Les tâches**

*Effectue des consultations au CMP : consultations classiques de psychiatrie, quelques patients en analyse, du psychodrame analytique pour quelques patients au vécu traumatique.*

*Activités communautaire initiées par le chef de secteur : lycées.*

*Participation à la gestion (par une association de patients) des appartements.*

**Gardes**

*Participe aux gardes dans l'unité d'hospitalisation temps plein, deux fois par mois, vendredi soir ou samedi, sans récupération.*

*Peut lire et travailler sa philo.*

### **Entretien n°7 : Docteur..., psychiatre, praticien hospitalier**

#### **CMP**

##### **Fonction**

*Madame... est médecin psychiatre du CMP . Son activité principale est la consultation. Elle prend un rendez vous toutes les 30 minutes, mais peut intercaler entre deux rendez- vous l'accueil d'une urgence. D'autant que souvent les patients ne viennent pas à leur premier rendez vous.*

*Elle effectue la plupart des consultations seule, dans le souci de donner une réponse assez rapide (et donc de ne pas attendre que deux personnes soient libres).Parfois, quand une consultation vient après une VAD ou qu'elle en ordonne une, un point est fait avec l'infirmier. Parfois, en tant que de besoin, l'assistante sociale assiste au rendez vous. Peu de patients sont orientés vers les psychologues, sauf s'ils relèvent de psychothérapies. Le premier accueil est effectué par un psychiatre. Madame... a une file active de 200 à 240 patients.*

##### **Déroulement d'une semaine**

***Lundi** : consultation à partir de 9h 10 jusqu'à 12h30, 12h45.*

*12h30 à 13h30 : réunion institutionnelle.*

*14h – 18h30,19h : CAC intersectoriel.*

***Mardi** : 9h – 19 h : consultations. Un mardi par mois réunion infirmières / médecin de synthèse de cas a lieu de 15h à 17h30 .*

***Mercredi** : 9h-14h : consultation. Périodiquement : permanence de 17h à 18h30.*

***Judi** : Matin : consultations. Après midi : CAC jusqu'à 18h30. Périodiquement : réunion de synthèse, intra/extra au pavillon de l'unité d'hospitalisation du secteur.*

***Vendredi** : 2 vendredi par moi : le matin, réunion entre médecins et cadres. Le reste du temps consultations jusqu'à 17h,17H30.*

##### **Autres activités**

***Gardes** : le docteur... effectue 4 gardes par mois, soit sur le site de l'unité d'hospitalisation, soit au CAC intersectoriel, souvent le vendredi, sans repos compensateur le lendemain.*

*Les gardes de Week-end sont de 12h sur le premier site et de 9h sur le deuxième site.*

##### **Activités de santé communautaire**

*Viennent s'ajouter à ces activités directement liées à la prise en charge des malades, les activités dans la communauté : des réunion dans la ville (non répertoriées), des rapports avec le CMPP qui suit les enfants sur le même secteur (par exemple : la semaine précédente une patiente étant décédée, elle s'est rapprochée du CMPP pour discuter du devenir des enfants).*

*Le secteur paraît à ce médecin sous doté en praticiens hospitaliers, si bien que tout leur temps est pris par la consultation et qu'il ne leur en reste pas assez pour former les jeunes infirmiers, les psychologues etc.*

##### **Participation à la vie de l'établissement**

*Le docteur.... anime et participe à des réunions institutionnelles et à des activités sur l'établissement.*

*Elle est membre de la CME (1 matinée par mois) ; elle n'est pas membre des réunions de la Fédération (ce n'est que le médecin chef qui y va) ; elle participe une fois par mois à un séminaire organisé par un psychologue du service sur l'établissement, portant cette année sur « Manie et mélancolie », avec des études de cas, le jeudi de 11 h à 12h30.*

**Entretien n°8: Docteur... Médecin, faisant fonction d'interne**  
**Unité d'hospitalisation**

**Statut et affectation**

*Ce médecin est psychiatre de formation.. Il travaille dans ce service depuis trois mois, après avoir été de novembre à fin avril dans un autre secteur du même établissement.*

**Activités**

*Le docteur... exerce dans l'unité temps plein, tous les jours de 9h à 17h, et de 17h à 18h30 quand il est de permanence (la garde commence à 18h30, il y a toujours un médecin de permanence entre 17h et 18h30). Il est également de permanence le samedi matin, périodiquement, selon les besoins.*

**Organisation du travail**

***Lundi** : 9H-10h ou 10h30 : « grand » staff avec tous les soignants, autour du chef de service ; discussion sur les malades, ce qui s'est passé la nuit, les événements particuliers, les projets thérapeutiques. Le staff est chargé trois jours par semaine (lundi, mercredi, vendredi) et allégé (transmissions) les autres jours.*

*Entretiens avec les patients ensuite : « ici toujours avec un infirmier ».*

*File active : sous sa responsabilité, une dizaine de patients dont un en sortie d'essai. (les patients en sortie d'essai fréquentent l'unité d'hospitalisation, pas le CMP, pour leur traitement, injection retard).*

*Le docteur... examine en moyenne 4 à 5 patients par jour, à raison d'une demi-heure par entretien, le premier entretien prenant plus de temps.*

*Lundi soir : synthèse pour discuter des cas qui posent problème, à partir de 14h, 14H30, tout l'après midi*

***Mardi** : matin : 9h-9h30 : transmission ; à 11h30 : réunion de tous les médecins du secteur, théoriquement entre 12h30, 13h et 14H.*

***Mercredi** : matin, grand staff.*

***Jedi** : 9h-9h30 : transmission.*

***Vendredi** : grand staff.*

*Le docteur... participe aux séminaires de formation des internes, au niveau de toute la région, soit au minimum deux après midi par semaine de formation.*

**Gardes :**

*Durée : de 18h30 à 9h en semaine, de 9h à 9h le week-end.*

*Samedi : de 12h le samedi au dimanche 9h. Dimanche : de 9h le dimanche au lundi 9H.*

*Le docteur... ne récupère pas le temps de garde. Il est rémunéré au tarif de 80 € la garde en semaine et le dimanche double. Il fait en moyenne une garde par semaine, à l'accueil des urgences, le médecin senior étant à l'hospitalisation.*

*Ce sont les internes qui reçoivent les patients en HL et les somatiques non compliqués, et s'il s'agit d'une HDT ou d'une HO, ils préviennent le médecin senior.*

*Le nombre de patients accueillis est variable selon les sites. Dans le cas particulier il s'agit purement d'un service d'accueil psychiatrique. Le nombre de patients accueillis en garde varie entre 0 et 2.*

**Entretien n°9 : Docteur... psychiatre, praticien hospitalier**  
**Unité d'hospitalisation, CMP, CATTP**

**Statut et affectation**

*Le docteur... est praticien hospitalier depuis 1995 dans l'établissement et a toujours été dans le même secteur.*

*Il travaille dans les deux unités d'hospitalisation et au CMP/CATTP.*

*Il suit tous les malades de son sous secteur.*

*Il estime que si ce secteur fonctionne bien, ce n'est pas tant qu'il bénéficie de plus de PH que les autres (3 postes contre 2,5 pour un autre secteur) mais que les personnels sont pérennes.*

**Semaine**

*Le docteur... travaille 10 demi-journées par semaine, dont une passée en activité d'intérêt général à la Maison du handicap.*

*Les matins sont d'ordinaire consacrés à l'intrahospitalier, aux visites des deux pavillons d'hospitalisation (où il suit actuellement 9 malades).*

**Les après midi :**

*lundi : CMP ;*

*mardi : consultation pour le CMP au CHS ;*

*mercredi : intra, visites des familles ;*

*jeudi : intra ou consultations au CMP si les rendez vous sont trop nombreux ;*

*vendredi : maison du handicap.*

**Réunions**

*CMP/CATTP : une fois par mois mardi ou jeudi après midi : réunion d'équipe.*

*Intra hospitalier : une fois par mois, réunion d'équipe une unité d'hospitalisation (chaque médecin fait sa réunion avec le cadre).*

*Réunion tous les 15 jours, médecins et psychologues.*

*Réunion du CATTP : une fois par mois, mardi ou jeudi.*

*Les réunions soignants/soignés se déroulent sans médecin.*

*Au niveau de l'établissement : il participe à la CME et aux travaux de la mission nationale d'appui en santé mentale, et à ceux de l'accréditation.*



## **3 – LES INFIRMIERS**



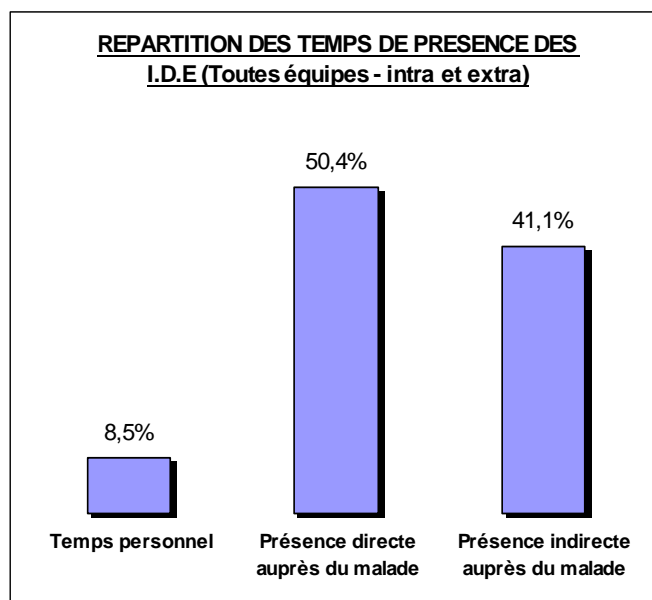
## 31 – Les résultats quantitatifs

Les résultats quantitatifs concernent successivement : l'ensemble des personnels infirmiers, les équipes de jour, d'après-midi et de nuit des unités d'hospitalisation et les équipes des structures ambulatoires.

### 311 – L'ensemble des personnels infirmiers

« L'ensemble » des personnels infirmiers signifie que tous les agents de cette catégorie de toutes les structures (intra et extra) et toutes les équipes (jour, après-midi et nuit) ont été pris en compte.

La répartition globale des temps de présence est la suivante :



On observe que :

- le temps « personnel » est de l'ordre de 8,5 % du temps total de présence des IDE,
- le temps de « présence directe » auprès du malade est de 50,5%,
- le temps de « présence indirecte » auprès du malade est de 41%.

Le détail de ces différents « temps » est le suivant :



<b>ACTIVITES</b>		<b>TEMPS PASSE en %</b>
<b>Temps personnel</b>		<b>8,5%</b>
Dont	Arrivée – Prise de fonction	1,1%
	Pause	3,3%
	Formation	0,3%
	Repas de l'agent	3,8%
<b>Présence directe auprès du malade</b>		<b>50,4%</b>
Dont soins et Activités thérapeutiques	Préparation des médicaments	3,6%
	Distribution des médicaments	4,1%
	Animation – atelier	5,7%
	Entretien individuel	10,3%
	Accompagnement des malades	3,1%
	Tournée surveillance – recherche de patients	2,5%
	Soins individuels – injections	3,3%
	Temps de veille	3,6%
	Soins somatiques	0,8%
	Visite du médecin – entretien avec médecin	2,2%
	<b>Sous-total</b>	<b>39,2%</b>
Dont soins de nursing et activités logistiques	Préparation des repas	0,6%
	Distribution des repas	0,7%
	Aide au repas – surveillance des repas	2,1%
	Repas thérapeutique	1,5%
	Desserte des repas	0,3%
	Réfection de lits	0,5%
	Réfection des chambres	0,2%
	Aide au lever	0,9%
	Aide à la toilette et à l'habillage – change	1,3%
	Accompagnement aux consultations ou autres	0,4%
	Distribution – tabac – produits	0,4%
	Nettoyage – Rangement	2,3%
	<b>Sous-total</b>	<b>11,2 %</b>
<b>Présence indirecte auprès du malade</b>		<b>41,1%</b>
Dont	Transmissions	11,7%
	Synthèse en intra – réunions dans service	7,0%
	Temps avec les familles	0,3%
	Temps avec l'équipe en intra (hors synthèse)	2,2%
	Temps hors de la structure	0,6%
	Temps administratif (dossiers, plannings, certificats, commandes repas ou matériels..)	8,1%
	Gestion de la file et négociations administrative.	0,1%
	Courses	0,6%
	Téléphone	4,1%
	Trajet (pour l'extra)	3,9%
	Ouvertures des portes – fermetures	0,6%
	Formation des élèves	1,9%

Ces éléments n'ont qu'une valeur indicative, dans la mesure où ils sont la résultante d'un ensemble de situations parfois très différentes, puisque, par exemple, sont agrégés les temps de présence des personnels intra et extra hospitaliers, ou celui des personnels de jour et de nuit.

Comme le montre le graphique ci-dessous, les activités des IDE sont extrêmement fractionnées, avec plus d'une trentaine d'actions différentes.

On observe également que 11% du temps de travail de l'ensemble des IDE concerne des tâches qui ne relèvent **pas de leur compétence exclusive** (comme la réfection des lits, le nettoyage et le rangement, l'aide à la toilette et l'habillage, la préparation, la distribution ou la desserte des repas), c'est à dire qu'elles ne sont pas les seules, a priori, à pouvoir les réaliser, même si on peut admettre que dans quelques cas, elles apportent une plus-value à la qualité de l'action.

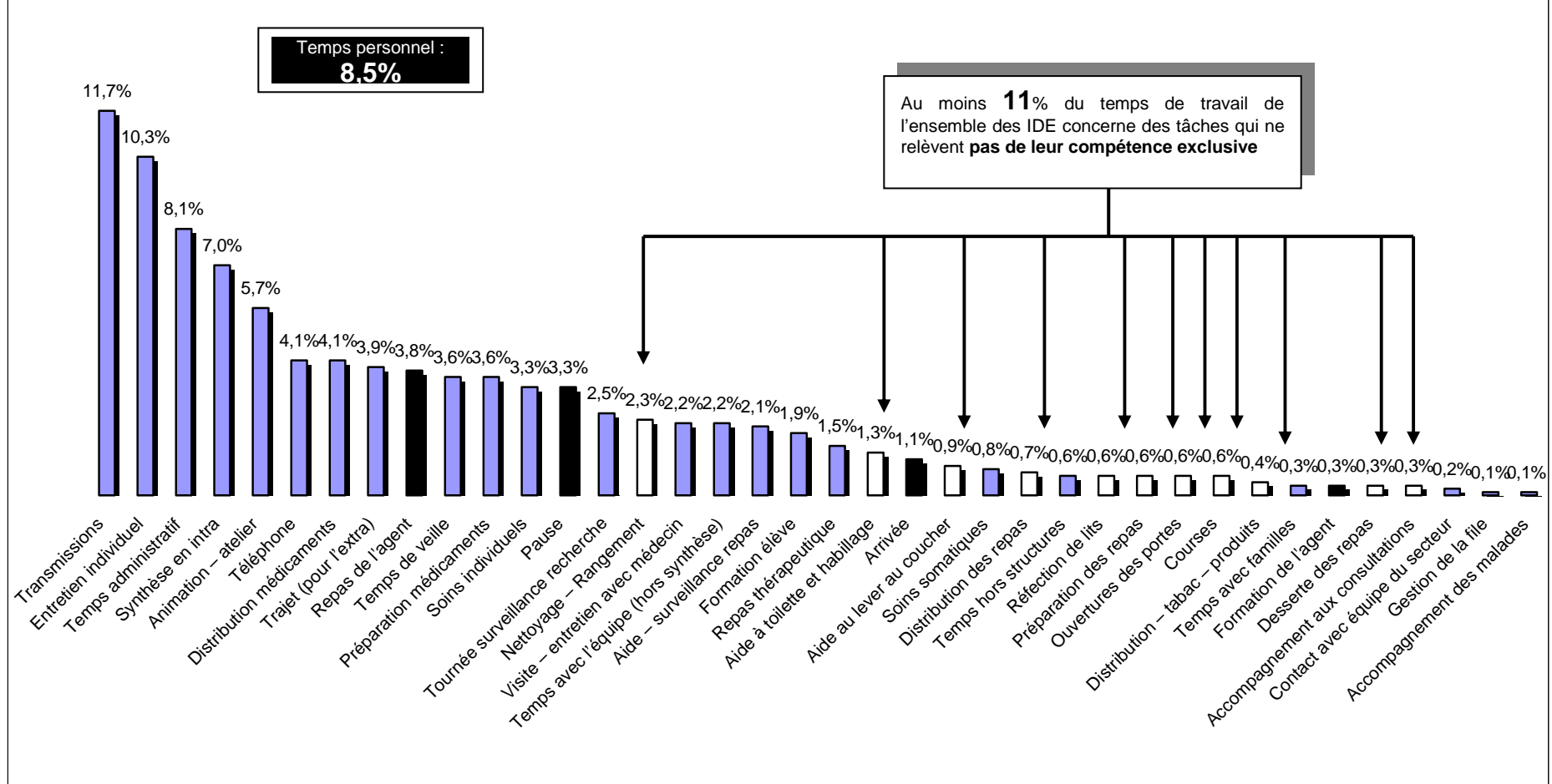
Numériquement ce sont les transmissions, orales ou écrites, qui avec 17% occupent le plus le temps des IDE, ce qui est notablement différent de ce qui se passe dans les autres services « aigus » et qui contribue vraisemblablement à renforcer l'idée très répandue selon laquelle « *on ne travaille pas beaucoup en psychiatrie* ».

Le "temps de veille" concerne surtout les équipes de nuit et à un degré moindre celles de l'après-midi. Il correspond au temps d'attente entre deux tournées de surveillance. Dans le type de regroupement des activités proposé ici, le temps de veille apparaît relativement faible (3,5%) ne serait-ce que parce qu'il ne concerne qu'un nombre limité d'IDE, alors que pour les équipes de nuit il est proportionnellement beaucoup plus important en volume.

Le même type de remarque peut être faite pour les temps de trajet qui n'intéressent qu'une partie des IDE, celles travaillant dans ou pour les structures extra hospitalières.

Le temps "hors structures" correspond aux activités de "renfort" pratiqués dans certains établissements au profit de services momentanément en difficulté, du fait de l'agitation d'un patient.

**REPARTITION DES ACTIVITES DE L'ENSEMBLE DES I.D.E**  
**(Toutes équipes - extra et intra)**

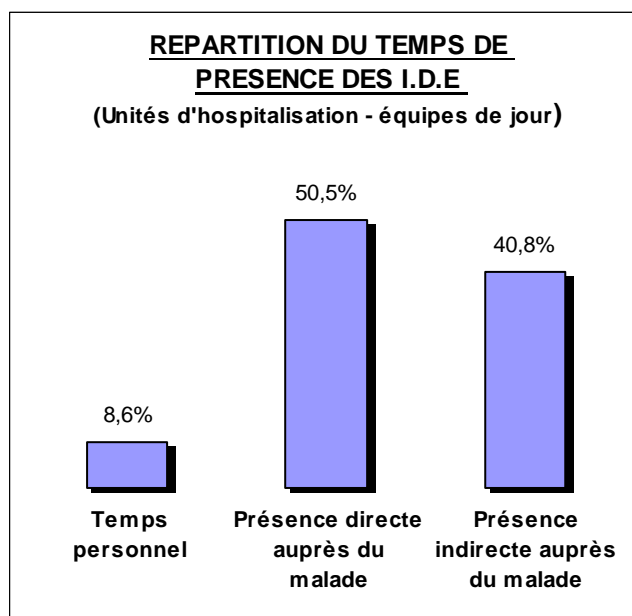


### ***312 – Les IDE des équipes du matin (ou de jour) des services d’hospitalisation***

Les « équipes du matin » sont celles qui commencent le travail le matin, c’est à dire en majorité entre 6 heures 30 et 7 heures. Mais il existe également des horaires avec une prise de fonction plus tardive (entre 7 heures et 10 heures). La durée de présence au travail est en règle générale de 8 heures par jour.

La plupart des agents travaillent en horaire continu, mais quelques uns sont en horaires coupés. Seuls les temps de présence effectifs ont été pris en compte, quelle que soit l’amplitude de la journée de travail. Les IDE qui commencent leur journée après 11 heures sont considérés comme faisant partie des équipes de l’après-midi.

La répartition des temps de présence des IDE des personnels des équipes de jour des unités d’hospitalisation (tous établissements confondus est la suivante) :

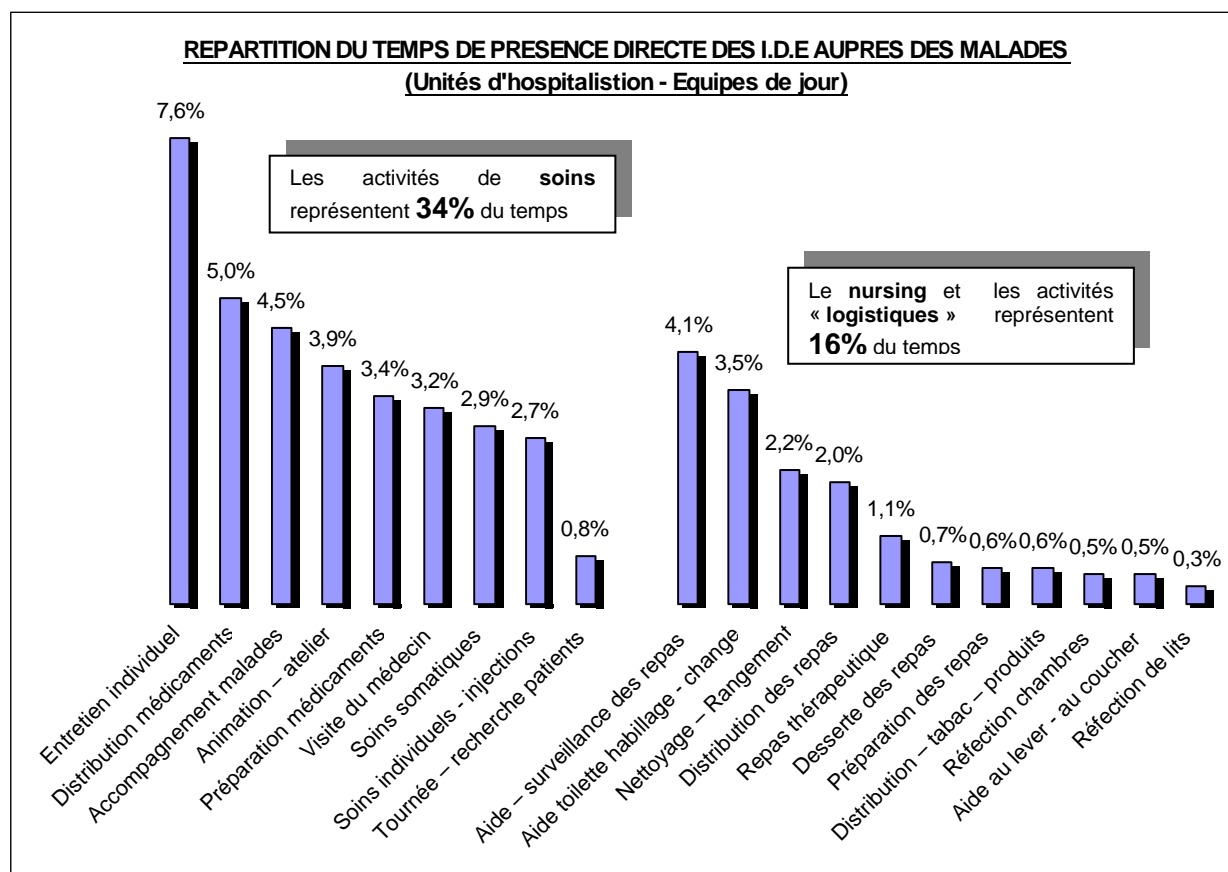


Globalement, la répartition des temps de présence des IDE des équipes de jour des unités d’hospitalisation est pratiquement identique à celle constatée pour l’ensemble des IDE, toutes structures confondues.

Le détail de ces activités est le suivant :

<b>ACTIVITES</b>		<b>TEMPS PASSE en %</b>
<b>Temps personnel</b>		<b>8,6%</b>
Dont	Arrivée – Prise de fonction	1,1%
	Pause	2,4%
	Repas de l'agent	5,1%
<b>Présence directe auprès du malade</b>		<b>50,5%</b>
Dont soins et activités Thérapeutiques.	Préparation des médicaments	3,4%
	Distribution des médicaments	5,0%
	Animation – atelier	3,9%
	Entretien individuel	7,6%
	Accompagnement des malades	4,5%
	Tournée surveillance –recherche de patients	0,8%
	Soins individuels	2,7%
	Soins somatiques -	2,9%
	Visite du médecin – entretien avec médecin	3,2%
	<b>Sous-total</b>	<b>34,2%</b>
Dont soins de nursing et activités logistiques	Préparation des repas	0,6%
	Distribution des repas	2,0%
	Aide au repas – surveillance des repas	4,1%
	Repas thérapeutique	1,1%
	Desserte des repas	0,7%
	Réfection de lits	0,3%
	Réfection des chambres	0,5%
	Aide au lever	0,5%
	Aide à la toilette et à l'habillage – change	3,5%
	Distribution – tabac – produits	0,6%
	Nettoyage – Rangement	2,2%
<b>Sous-total</b>	<b>16,3%</b>	
<b>Présence indirecte auprès du malade</b>		<b>40,8%</b>
Dont	Transmissions	15,0%
	Synthèse en intra – réunions	7,4%
	Temps avec les familles	0,5%
	Temps avec l'équipe en intra (hors synthèse)	1,6%
	Contact avec l'équipe du secteur	0,2%
	Temps administratif (dossiers, plannings, certificats, commandes repas ou matériels..)	7,5%
	Courses	1,0%
	Téléphone	2,6%
	Trajet (pour l'extra)	3,0%
	Ouvertures des portes – fermetures	0,5%

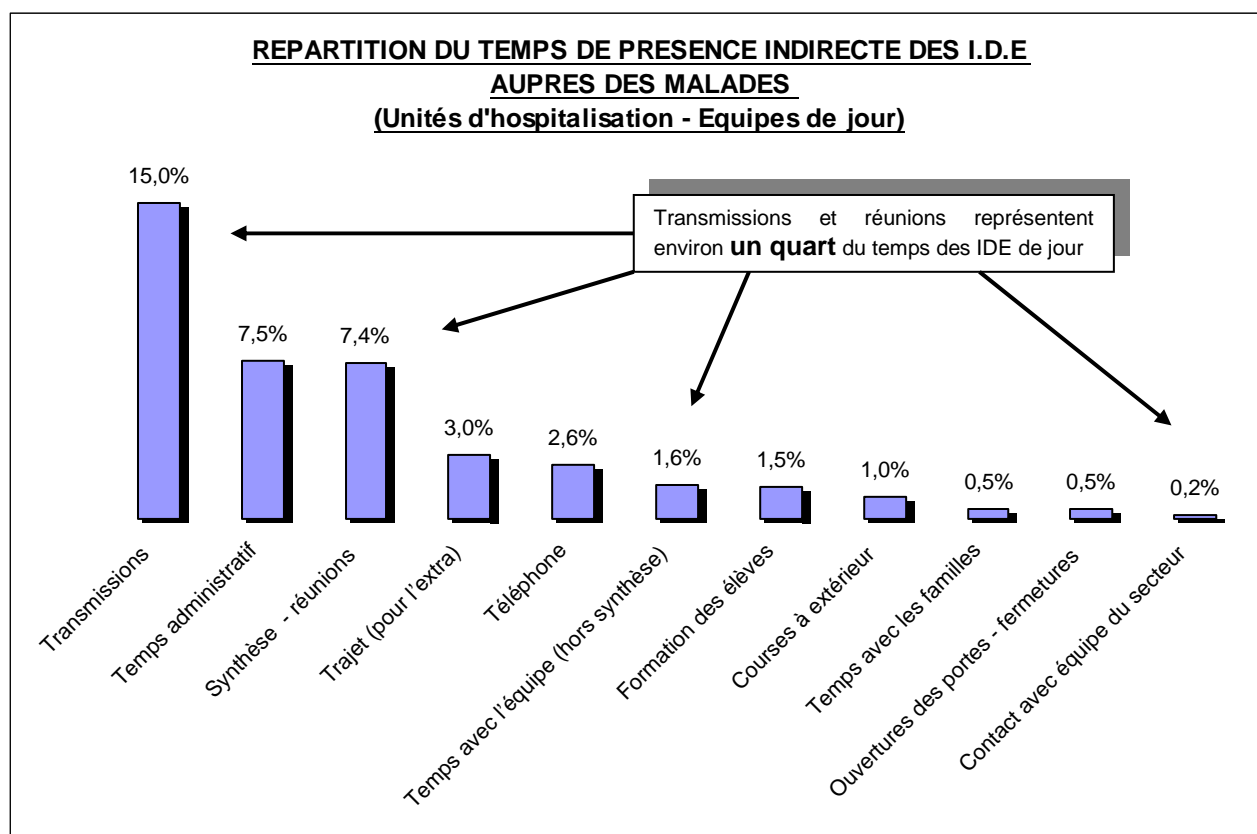
Dans le temps « personnel », le temps consacré au repas est de 5% environ et 2,5% pour les pauses. Le temps de prise de fonction paraît marginal (1%) mais il est vraisemblable qu'il a été inclus souvent lors des relevés de tâches sous la rubrique « transmissions – passage de consignes ».



L'analyse du temps de « présence directe » des IDE des équipes de jour auprès des patients montre que :

- le temps consacré aux activités de soins ou activités thérapeutiques est le plus important en volume mais ne représente cependant que 35% ; les activités qui ressortissent plus du nursing et de l'accompagnement s'élèvent à 16% ;
- les activités sont très fractionnées, aucune ne dépasse 8% ;
- la principale activité concerne les entretiens individuels (menés par l'IDE seul ou avec le médecin). Si on y ajoute le temps passé à l'accompagnement de la visite du médecin dans le service, les soins individuels, les soins somatiques, les injections, au moins 18% du temps de présence sont consacrés à une relation directe avec le patient;
- la préparation – distribution des médicaments et des traitements n'occupent que 9% du temps, alors que ces actions souvent citées comme emblématiques de l'activité des IDE ;
- l'animation d'activités thérapeutiques collectives n'apparaît que pour 4% du temps, ce qui est relativement faible, même si on admet que cette activité concerne plus l'extra-hospitalier ;
- l'accompagnement ou la recherche de malades occupent 5% du temps ;

- les activités de nursing ou les activités logistiques sont nombreuses, mais sont marginales, au regard du temps qui est consacré (souvent inférieur à 1%) à chacune d'elles. Le plus souvent les IDE apportent une « aide » aux autres membres de l'équipe. Pour autant, en cumul, ce sont 16% du temps des IDE qui pourraient sans doute être occupés différemment.



Sous la rubrique « transmissions » sont comptabilisés les temps effectifs de transmissions, orales ou écrites, entre les équipes ou entre professionnels. Ils occupent 15% du temps de présence des IDE. Si on y rajoute le téléphone le pourcentage atteint 18%.

Sous la rubrique « temps administratifs » sont recensés la tenue des plannings, des dossiers, le temps informatique, les commandes, les certificats, la rédaction des comptes-rendus etc.. Si on ajoute le téléphone, le temps consacré par les IDE à ces tâches « de bureau » est de l'ordre de 10%.

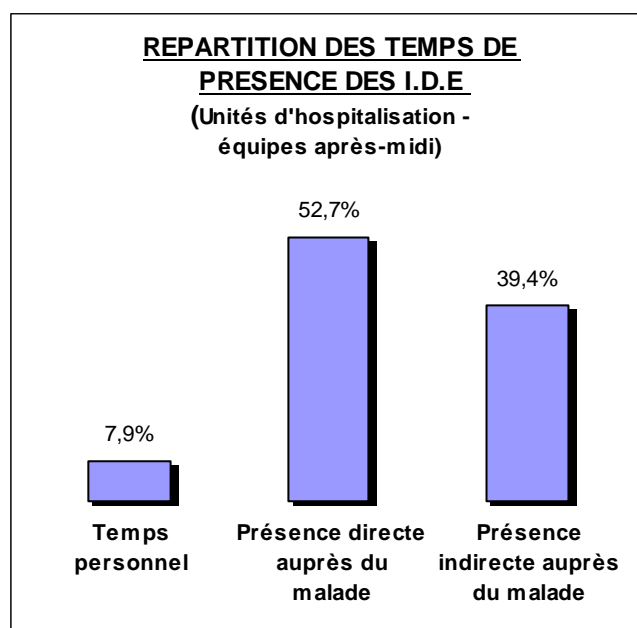
Le temps de formation des élèves représente seulement 1,5% du temps des IDE. En réalité, ce temps est plus important si on considère que le fait de montrer aux élèves les pratiques ne coupe pas formellement le temps de travail des professionnels, mais le ralentit considérablement.

Le temps consacré aux « courses à l'extérieur », c'est à dire le déplacement d'une infirmière pour aller porter (ou chercher) par exemple des examens de laboratoire ou des médicaments à la pharmacie de l'établissement, bien que marginal (1%) est cependant illustratif de situations inappropriées qu'il conviendrait de corriger.

### 313 – Les IDE des équipes de l'après-midi des unités d'hospitalisation

Comme dit précédemment, sont considérées comme étant « de l'après-midi » les IDE qui prennent leur service après 11 heures du matin (hors équipe de nuit). Le plus souvent l'horaire pratiqué commence aux alentours de 14 à 15 heures et se termine entre 20 et 22 heures.

La répartition détaillée des temps de présence de ces équipes est le suivant :



Ces résultats sont légèrement différents de ceux des équipes de jour :

- le temps « personnel » est moins important, d'environ 1%,
- le temps de « présence directe » plus élevé (+3%),
- le temps de « présence indirecte » moins élevé (- 1%).

Le détail des activités est le suivant :

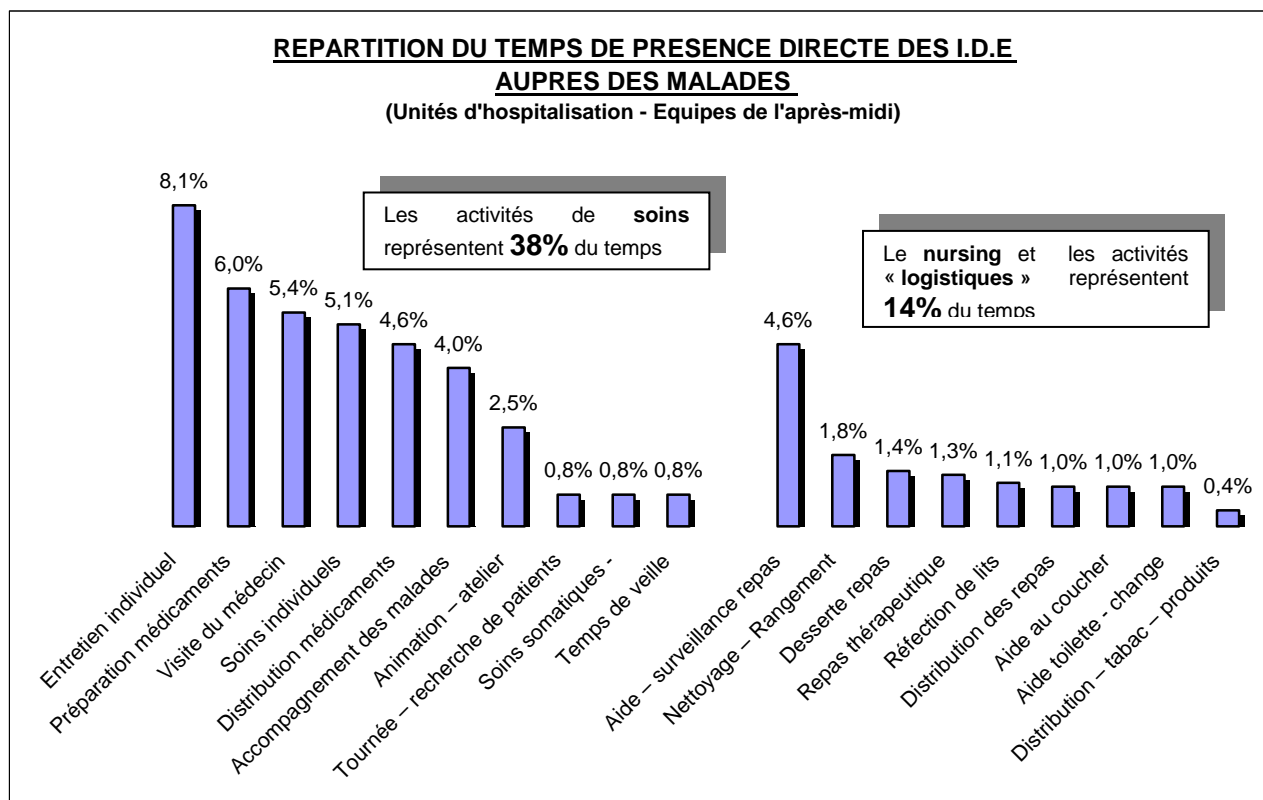


<b>ACTIVITES</b>		<b>TEMPS PASSE en %</b>
<b>Temps personnel</b>		<b>7,9%</b>
Dont	Arrivée – Prise de fonctions	1,7%
	Pause	4,2%
	Repas de l'agent	2,0%
<b>Présence directe auprès du malade</b>		<b>52,7%</b>
Dont Soins Activités thérapeutiques.	Préparation des médicaments	6,0%
	Distribution des médicaments	4,6%
	Animation – atelier	2,5%
	Entretien individuel	8,1%
	Accompagnement des malades	4,0%
	Tournée surveillance –recherche de patients	0,8%
	Soins individuels – injections	5,1%
	Veille	0,8%
	Soins somatiques	0,8%
	Visite du médecin – entretien avec médecin	5,4%
	<b>Sous-total</b>	<b>38,1%</b>
Dont Soins de nursing Activités logistiques	Préparation des repas	0,9%
	Distribution des repas	1,0%
	Aide au repas – surveillance des repas	4,6%
	Repas thérapeutique	1,3%
	Desserte des repas	1,4%
	Réfection de lits	1,1%
	Aide au lever	1,0%
	Aide à la toilette et à l'habillage – change	1,0%
	Distribution – tabac – produits	0,4%
	Nettoyage – Rangement	1,8%
	<b>Sous-total</b>	<b>14,5%</b>
<b>Présence indirecte auprès du malade</b>		<b>39,4%</b>
Dont	Transmissions	13,3%
	Synthèse en intra – réunions	5,3%
	Temps avec les familles	1,0%
	Temps avec l'équipe en intra (hors synthèse)	0,6%
	Temps hors de la structure	0,5%
	Temps administratif (dossiers, plannings, certificats, commandes repas ou matériels..)	8,1%
	Gestion de la file et négociations administratives	0,1%
	Courses	0,8%
	Téléphone	2,8%
	Trajet (pour l'extra)	2,5%
	Ouvertures des portes – fermetures	0,9%
	Formation des élèves	3,5%

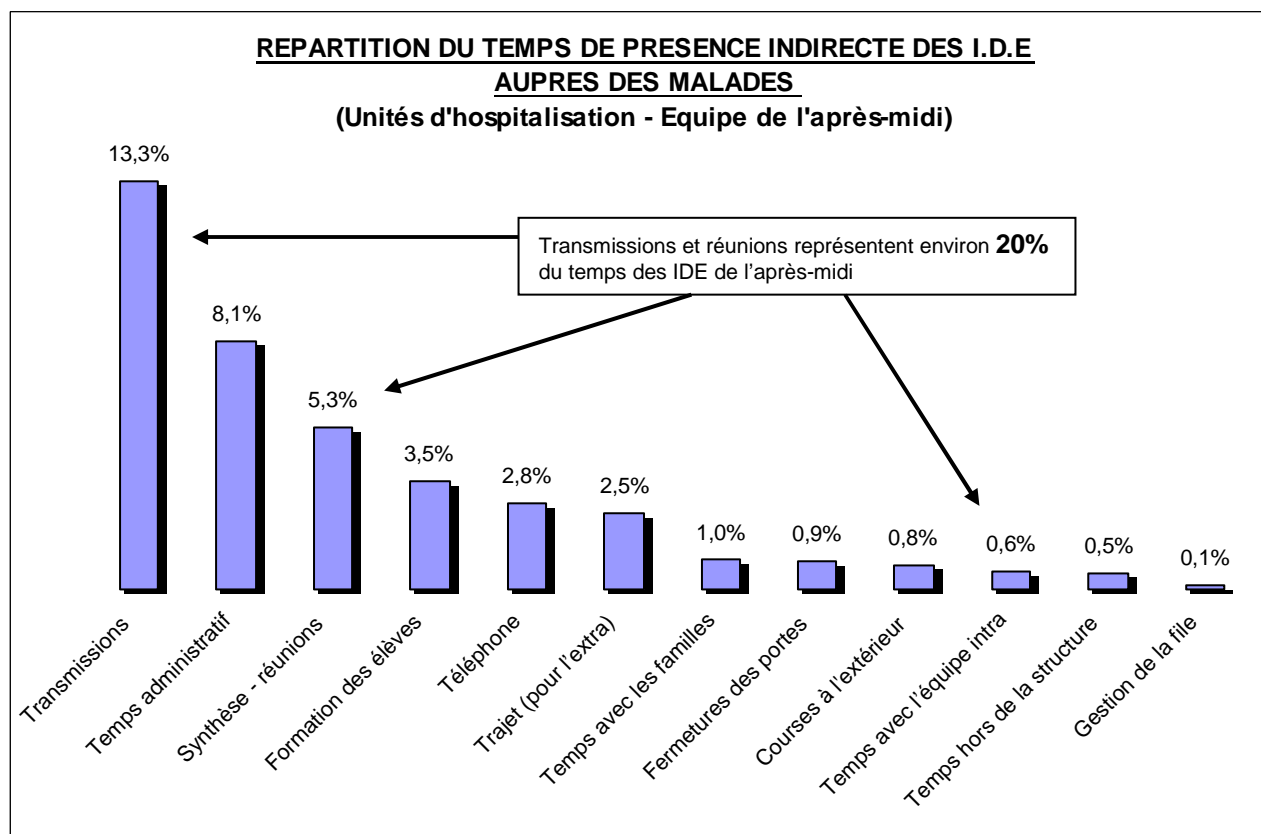
La répartition des temps de présence « directe » auprès des malades (Cf. graphique ci-dessous) et notamment pour les soins et les activités thérapeutiques, montre que, par rapport aux IDE des équipes de jour, les durées sont en hausse, globalement (+4%) et pour les activités essentielles :

- les entretiens : +1%,
- la préparation et la distribution des médicaments : +2,5%, mais il faut noter qu'il y a deux périodes de prises de traitements sur cette séquence,
- les soins individuels et somatiques : +3%.

En revanche la part pour l'animation et les ateliers est en baisse (-1,5%).



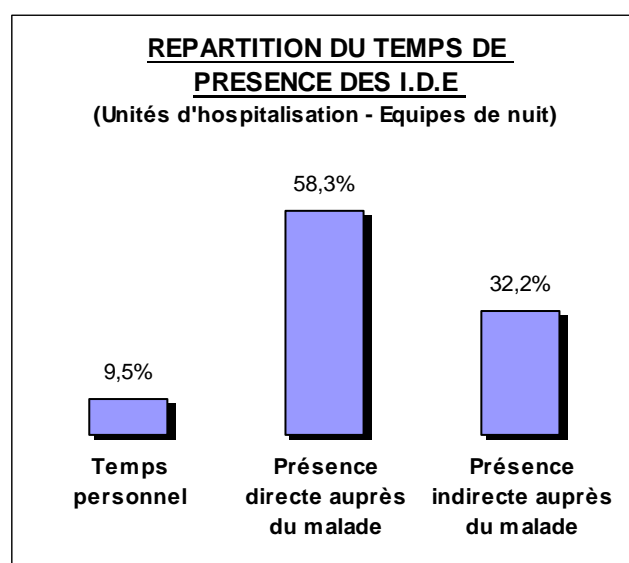
Les soins de nursing et les activités logistiques occupent moins de 15% du temps, dont 9% pour le repas. Il est à noter un temps de repas « thérapeutique », certes faible (de l'ordre de 1,5%) mais qui n'apparaît pas pour les autres équipes en hospitalisation.



Pour les équipes de l'après-midi, le temps de « présence indirecte » représente 40% du temps total. Il se décompose en 20% pour les transmissions et les diverses réunions, 10% pour la partie administrative et le téléphone (y compris la gestion de la file active), 4% pour la formation des élèves, 1% pour les familles et le reste pour des activités pour lesquelles on n'est pas assuré que l'intervention d'une IDE soit absolument indispensable (cours à l'extérieur ou fermeture des portes).

### ***314 – Les I.D.E des équipes de nuit des unités d'hospitalisation***

La répartition du temps de présence des IDE des équipes de nuit (qui effectuent le plus des horaires de 10 voire de 12 heures, avec des prises de fonction entre 20 et 21 heures) est la suivante :



Si le temps « personnel » est légèrement supérieur aux constats effectués pour les autres équipes (+1%) le temps de « présence direct » auprès du malade apparaît beaucoup plus important, avec près de 60%.

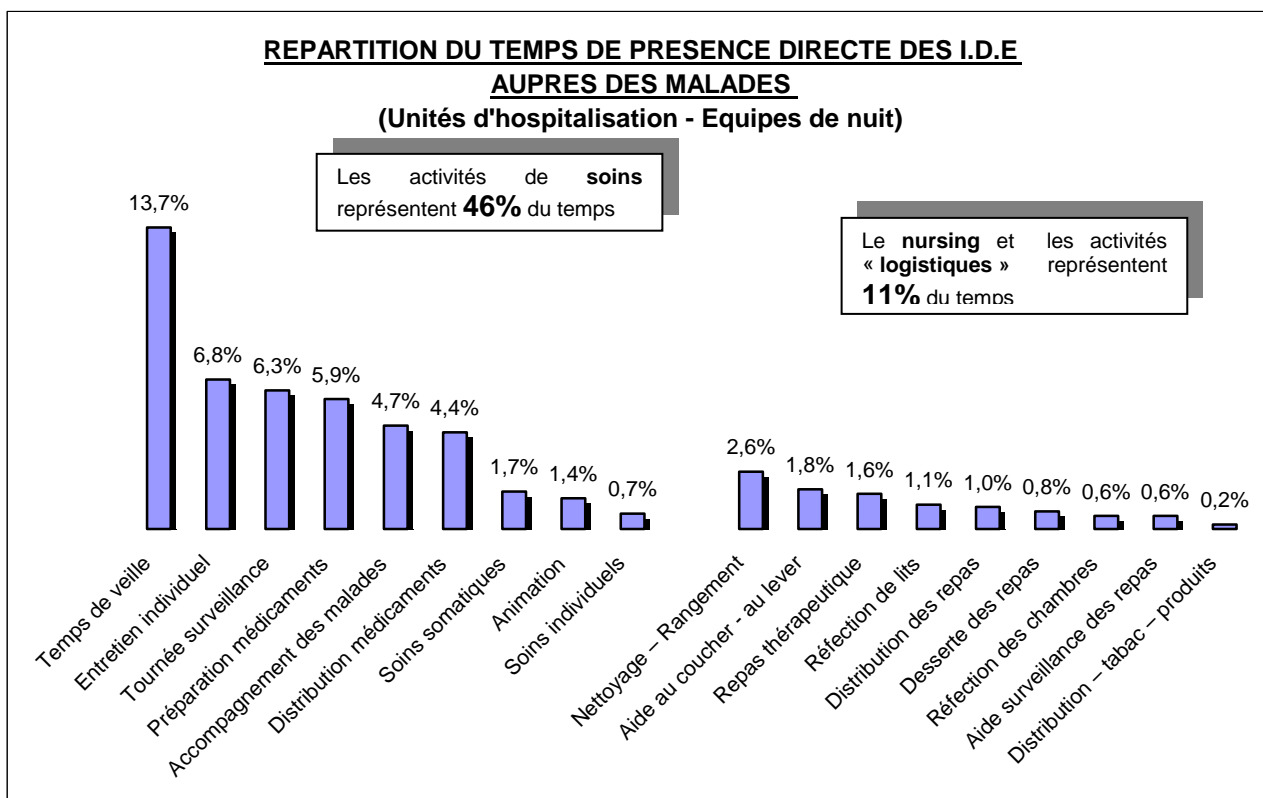
Ceci s'explique par le fait que, par convention, la mission a classé dans cette rubrique le temps des « tournées » de surveillance et surtout le temps de « veille », c'est à dire le temps d'attente entre deux tournées. Si on exclut le temps de veille, le temps de « présence directe » s'établit aux alentours de 45%.

Le détail des activités est le suivant :

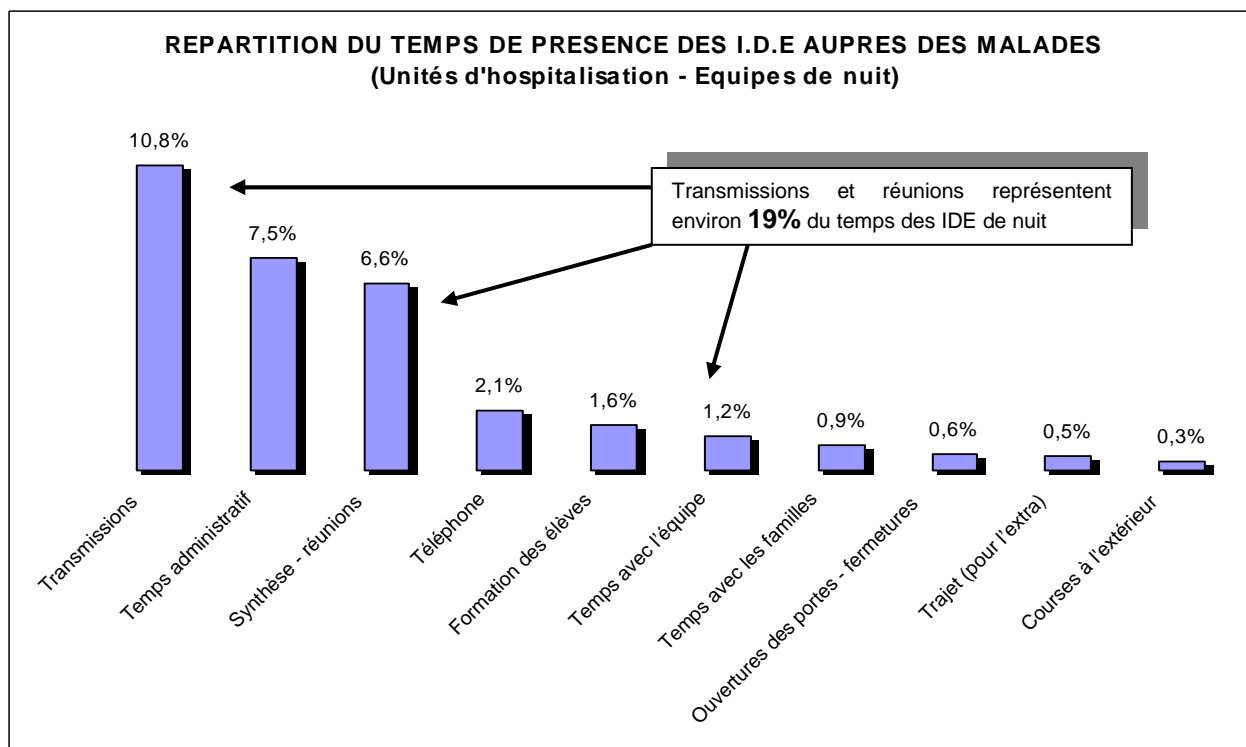
<b>ACTIVITES</b>		<b>TEMPS PASSE EN %</b>
<b>Temps personnel</b>		<b>9,5%</b>
Dont	Arrivée – Prise de fonctions	1,0%
	Pause	4,0%
	Formation	0,9%
	Repas de l'agent	3,5%
<b>Présence directe auprès du malade</b>		<b>58,3%</b>
Dont Soins Activité Thérapeutique.	Préparation des médicaments	5,9%
	Distribution des médicaments	4,4%
	Animation	1,4%
	Entretien individuel	6,8%
	Accompagnement des malades	4,7%
	Tournée surveillance –recherche de patients	6,3%
	Soins individuels – injections	0,7%
	Temps de veille	13,7%
	Soins somatiques	1,7%
	<b>Sous-total</b>	<b>45,7%</b>
Dont Nursing Logistique	Préparation des repas	0,7%
	Distribution des repas	1,0%
	Aide au repas – surveillance des repas	0,6%
	Repas thérapeutique	1,6%
	Desserte des repas	0,8%
	Réfection de lits	1,1%
	Réfection des chambres	0,6%
	Aide au lever – au coucher	1,8%
	Distribution – tabac – produits	0,2%
	Nettoyage – Rangement	2,6%
<b>Sous-total</b>	<b>11,0%</b>	
<b>Présence indirecte auprès du malade</b>		<b>32,2%</b>
Dont	Transmissions	10,8%
	Synthèse en intra – réunions	6,6%
	Temps avec les familles	0,9%
	Temps avec l'équipe en intra (hors synthèse)	1,2%
	Temps administratif (dossiers, plannings, certificats, commandes repas ou matériels..)	7,5%
	Courses	0,3%
	Téléphone	2,1%
	Trajet (pour l'extra)	0,5%
	Ouvertures des portes – fermetures	0,6%
	Formation des élèves	1,6%

Le temps de “présence directe”, hors les tournées et la veille (Cf. graphique ci-dessous) est consacré essentiellement aux entretiens individuels et aux accompagnements de malades (12%) et à la préparation et la distribution de médicaments (11%), les temps de soins individuels ou somatiques étant plutôt rares (2%).

Cette répartition montre la particularité du travail de nuit en psychiatrie : peu actif en général mais pouvant l'être de manière imprévisible. La nuit “moyenne” est peu “fatigante” mais l'effectif infirmier de sécurité reste indispensable.



Les IDE de nuit effectuent peu d'activités logistiques : l'aide au repas (3%) en représente l'essentiel, auxquels s'ajoutent les repas thérapeutiques (1,6%) qui apparaissent dans le cas particulier aussi bénéfiques pour les patients que pour les malades. L'aide au coucher, les changes, la réfections des lits et des chambres n'occupent que 3,5% du temps.



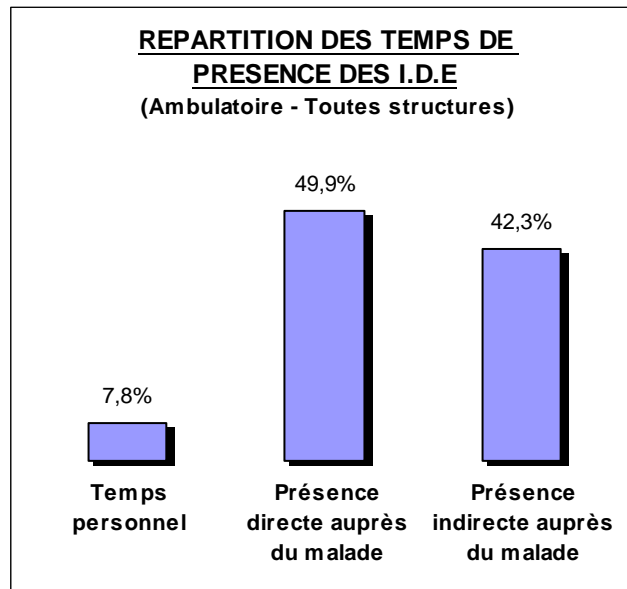
Plus de la moitié du temps de présence indirecte auprès des malades des IDE de nuit est constitué par les transmissions et les réunions (18,5% sur 32%). Le temps administratif et le téléphone représentent 10%, la formation des élèves 1,5% et les contacts avec les familles 1%. La présence téléphonique participe au suivi des malades non hospitalisés, mais suivis en ambulatoire. Elle est essentielle.

### ***315 – Les IDE des services et structures ambulatoires ou extra hospitaliers***

Par services et structures ambulatoires il convient d’entendre toutes les unités qui ne sont pas d’hospitalisation.

En règle générale les IDE de ces unités pratiquent un horaire « de jour » qui commence le plus souvent aux alentours de 8 heures pour se terminer entre 16 et 18 heures.

La répartition des temps de présence est la suivante :

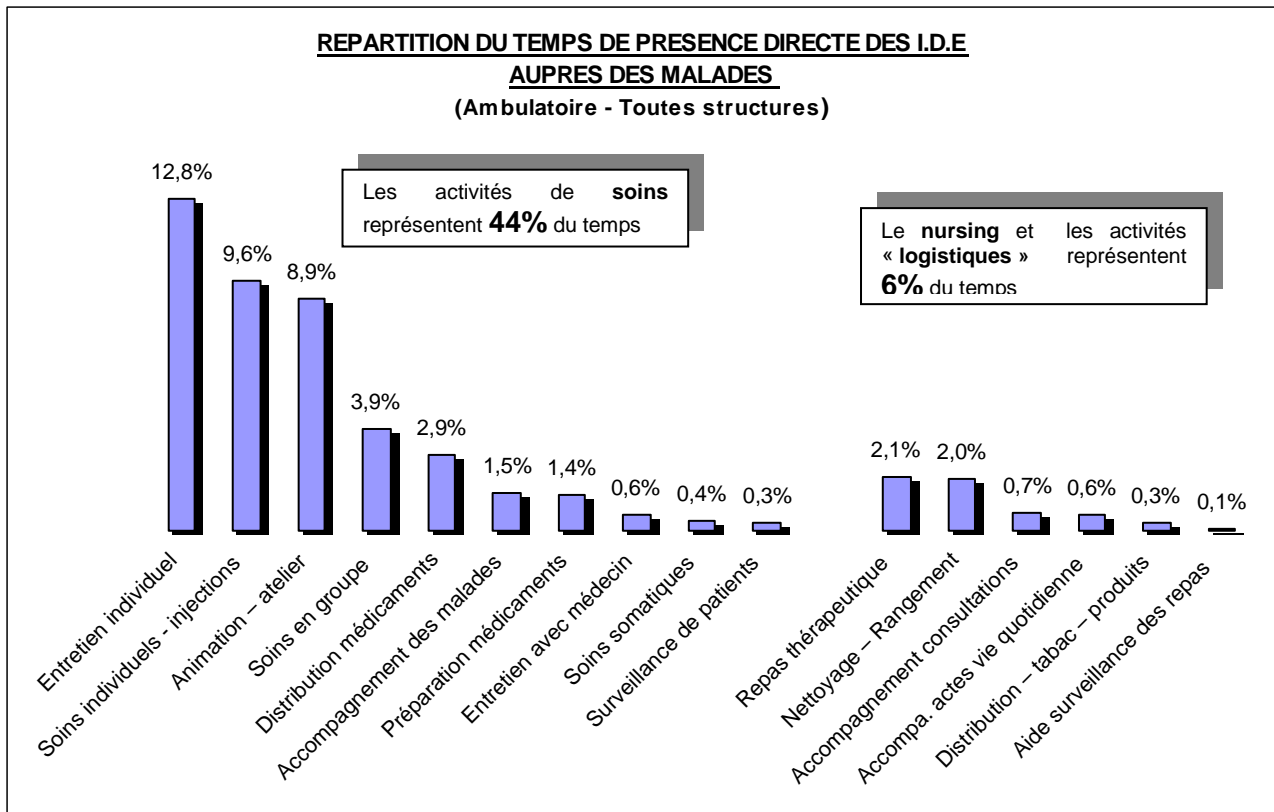


Le temps “personnel” est de l’ordre de 8% et le temps de “présence directe” auprès du malade atteint 50%, c’est à dire qu’ils sont équivalents à ceux des IDE des équipes de jour des services d’hospitalisation.

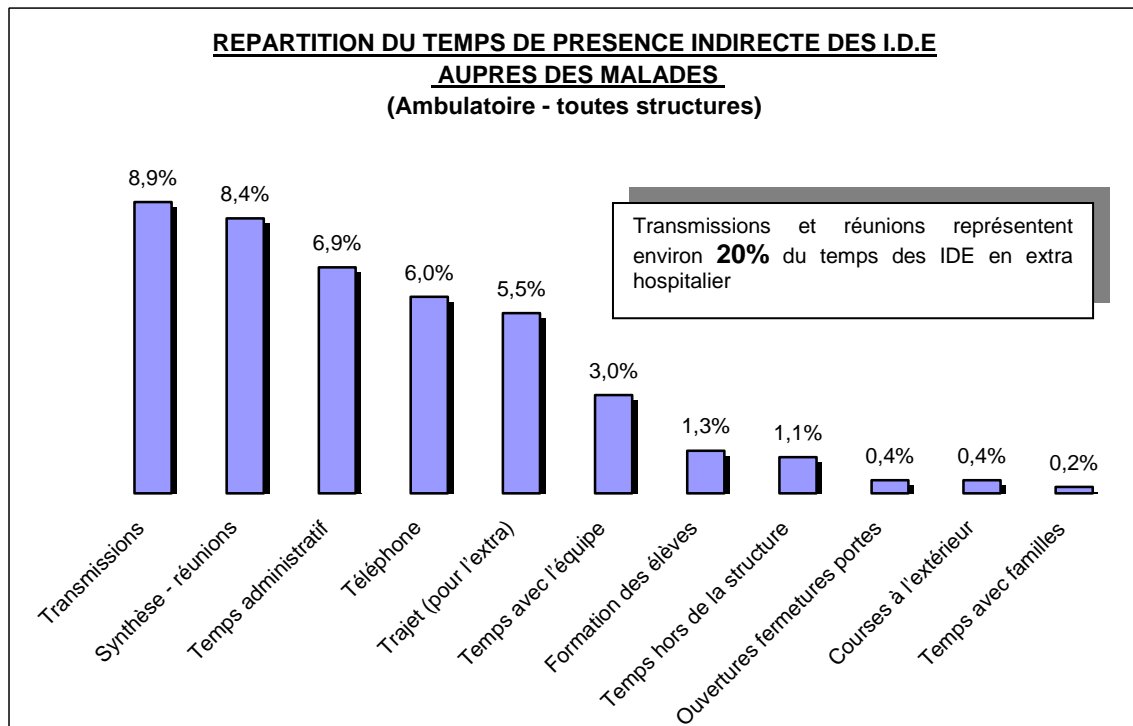
Le détail des temps de présence est le suivant :

<b>ACTIVITES</b>		<b>TEMPS PASSE%</b>
<b>Temps personnel</b>		<b>7,8%</b>
Dont	Arrivée – Prise de fonction	1,0%
	Pause	2,8%
	Formation	0,1%
	Repas de l'agent	3,9%
<b>Présence directe auprès du malade</b>		<b>49,9%</b>
Dont Soins Activité Thérapeutique.	Préparation des médicaments	1,4%
	Distribution des médicaments	2,9%
	Animation – atelier	8,9%
	Entretien individuel	12,8%
	Accompagnement des malades	1,5%
	Surveillance	0,3%
	Soins individuels – injections	9,6%
	Soins en groupe	3,9%
	Soins somatiques	0,4%
	Entretien avec médecin	0,6%
	<b>Sous-total</b>	<b>43,7%</b>
Dont Nursing Logistique	Préparation des repas	0,3%
	Aide au repas – surveillance des repas	0,1%
	Repas thérapeutique	2,1%
	Accompa. actes de la vie quotidienne	0,6%
	Accompagnement aux consultations	0,7%
	Distribution – tabac – produits	0,3%
	Nettoyage – Rangement	2,0%
	<b>Sous-total</b>	<b>6,2%</b>
<b>Présence indirecte auprès du malade</b>		<b>42,3%</b>
Dont	Transmissions	8,9%
	Synthèse en intra – réunions	8,4%
	Temps avec les familles	0,2%
	Temps avec l'équipe en intra (hors synthèse)	3,0%
	Temps hors de la structure	1,1%
	Temps administratif (dossiers, plannings, certificats, commandes repas ou matériels..)	6,9%
	Courses	0,4%
	Téléphone	6,0%
	Trajet (pour l'extra)	5,5%
	Ouvertures des portes – fermetures	0,4%
	Formation des élèves	1,3%

Le temps consacré aux activités thérapeutiques est naturellement le plus important (44%) comparé aux soins de nursing et aux activités logistiques (6%). Les entretiens individuels (13%), les ateliers et l'animation (9%) constituent les "piliers" de l'activité, qui comporte également des séquences importantes pour les soins qu'ils soient individuels (10%) ou de groupes (4%).



Le temps de “présence indirecte” des IDE auprès des malades (CF. graphique ci-dessous) est consacré principalement aux transmissions et aux réunions (20%) aux tâches administratives et au téléphone (13%)





Les temps de trajet ne paraissent pas excessifs en volume (6%) mais certains pourraient sans doute être légèrement diminués dans la mesure où le départ et le retour des véhicules se font toujours depuis l'établissement siège alors que d'autres modes d'organisation pourraient être envisagés.

### 32– Les aspects qualitatifs

La mission a abordé l'aspect qualitatif en partant de deux interrogations :

- les I.D.E. travaillent pour qui ? Il s'agit dans ce cas d'apprécier dans quelles proportions les I.D.E s'occupent de plusieurs patients en même temps ou d'un seul malade en particulier ;
- les I.D.E travaillent avec qui ? C'est à dire, pour la réalisation des actions, les I.D.E travaillent-elles seules, avec la totalité du groupe de professionnels présents, ou avec seulement l'un ou plusieurs d'entre eux ?

Les résultats ci-dessous portent uniquement sur les personnels des services d'hospitalisation.

#### *321 – Les I.D.E travaillent pour qui ?*

Si on considère l'ensemble des IDE (toutes équipes jour, après-midi, nuit confondues) on constate qu'environ 30% (28,7%) de leur temps d'activité<sup>8</sup> est consacré à des cas individuels isolés, et que chaque cas, en moyenne, mobilise environ un quart d'heure (16,5 minutes).

Les constats pour les trois catégories d'équipes sont légèrement différents :

- pour les équipes de jour les résultats sont très proches des résultats d'ensemble (26,8% du temps et 15 minutes par patient) ;
- pour les équipes de l'après-midi, le temps moyen consacré à chaque malade varie peu (14,3 minutes) par rapport à celui des équipes du matin, mais les IDE consacrent plus du tiers de leur temps à cette catégorie de patients (34,2%) ;
- pour les équipes de nuit le travail « individuel » baisse (22,7%), la plupart des malades dorment, les infirmiers sont naturellement moins sollicités. En revanche, le temps consacré aux cas isolés augmente de presque 100% par rapport aux situations de jour (27 minutes) les I.D.E se retrouvant souvent seules pour résoudre des problèmes parfois plus graves.

---

<sup>8</sup> Hors temps « personnel » tel que défini précédemment.

### 322 – Les I.D.E travaillent avec qui ?

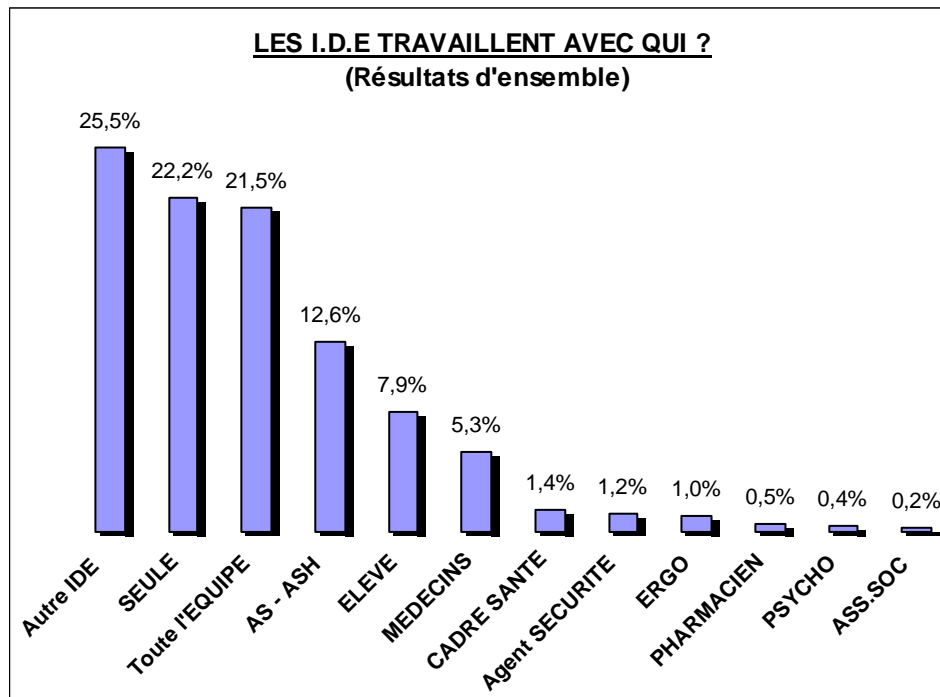
#### 3221 – Résultats d'ensemble

Chaque IDE ne travaille pas toujours, toute la journée, seule. Certaines activités requièrent la présence de la totalité des personnels présents, d'autres l'intervention simultanée d'autres professionnels.

Si on considère l'ensemble des équipes (jour, après-midi, nuit) on observe, qu'en moyenne, au cours d'une journée, les IDE des services d'hospitalisation travaillent (Cf. graphique ci-dessous) :

- avec une (ou plusieurs autres) IDE, pendant 25% de leur temps,
- seules, pendant 22%,
- avec toute l'équipe, pendant 22%,
- avec les aides-soignantes ou les ASH pendant 13%.

L'activité avec les élèves occupe un temps qui n'est pas négligeable (8%) alors que celui avec les médecins est réduit (5%) et qu'il est encore plus marginal avec toutes les autres catégories.

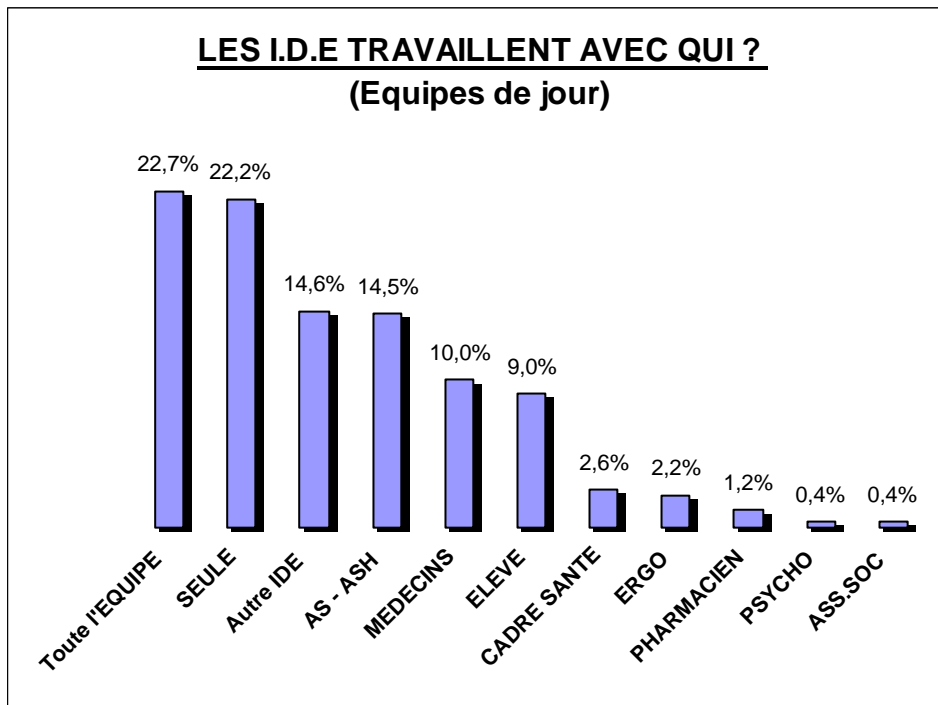


#### 3222 – Les équipes de jours

Pour les IDE de jour, les résultats sont du même ordre de grandeur pour le travail effectué en équipe, ou seule, ou avec les aides-soignantes et les ASH, ou avec les élèves (Cf. graphique ci-dessous).

Les différences sont plus sensibles s'agissant d'autres professionnels : pour les médecins le pourcentage de travail en commun grimpe à 10%, pour les autres IDE il baisse au contraire à 14%.

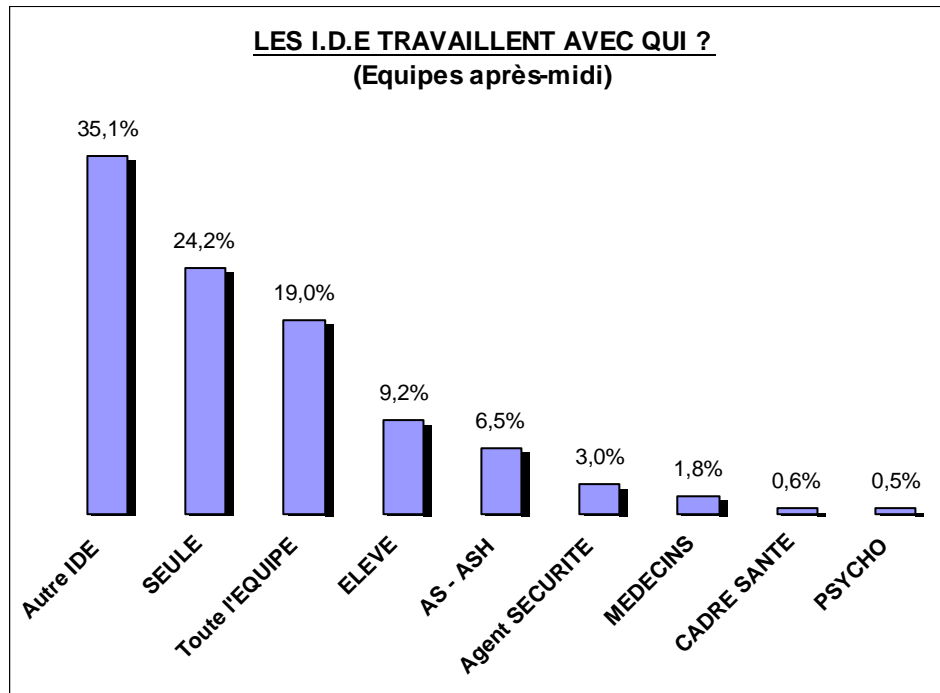
L'intervention des psychologues et assistants de service social demeure très marginale (0,5%).



### 3223 – Les équipes d'après midi

Pour les IDE des équipes de l'après-midi les résultats sont très différents (Cf. graphique ci-dessous).

Pour la moitié de leur temps, les IDE de l'après-midi travaillent en binôme avec une (ou plusieurs autres) autre IDE (35% du temps) ou seule (24% du temps).

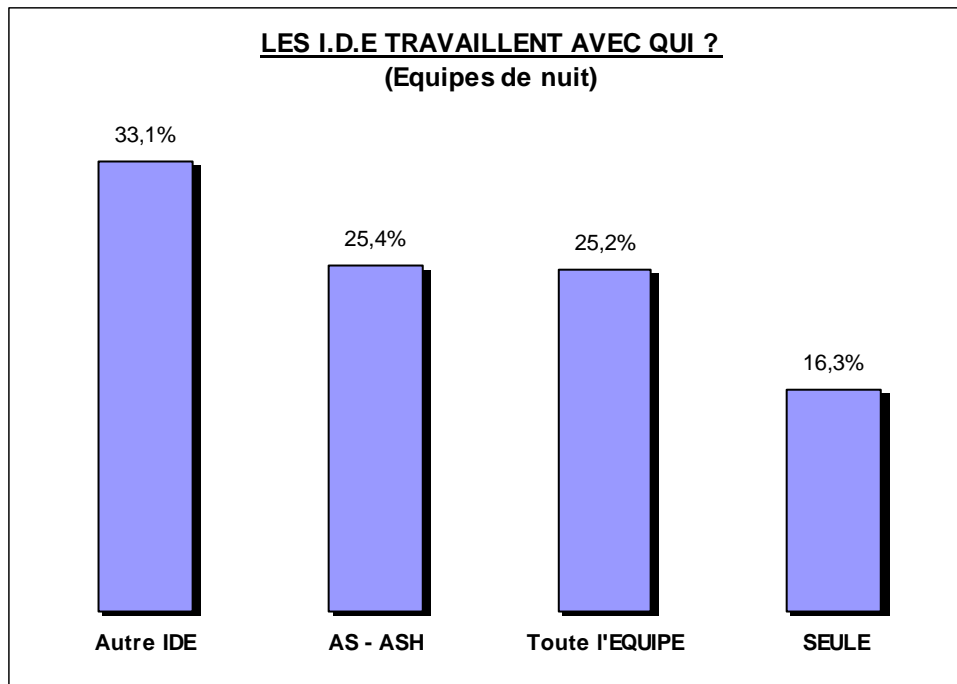


Le temps passé en compagnie des élèves se maintient au même niveau (9%), ce qui est normal, celles-ci restant dans le service toute une « journée ». Celui passé avec les médecins baisse très sensiblement (1,8%) tout aussi logiquement. Les IDE passent moins de temps en compagnie des aides-soignantes et des ASH (6,5%) ce qui s'explique pour partie par le faible nombre d'agents de ces catégories présents l'après-midi.

En revanche, apparaît un temps passé avec les « agents de sécurité » (3%). En effet, le recours à cette catégorie de personnel (lorsqu'il existe dans l'établissement) qui vient de l'extérieur du service est plus fréquent (sinon indispensable) en fin d'après-midi, ou en début de soirée, lorsqu'il y a des difficultés, ou des malades agités, alors que le nombre d'agents présents et disponibles est moins important que le matin.

### 3224 – Les équipes de nuit

Les équipes de nuit ont des effectifs réduits. Très souvent il n'y a que deux, voire trois, agents présents par unité. Le terme « d'équipe » est en ce sens un peu trompeur. Les résultats enregistrés sont donc logiques, qui montrent (Cf. graphique ci-dessous) que les IDE de nuit ne travaillent seules que pour 16% de leur temps de présence.



### ***323 - Le cas particulier des cadres de santé***

#### *3231 – La répartition des temps de présence des cadres de santé*

L'enquête a porté sur un nombre relativement réduit de cadres et cadres supérieurs sur l'ensemble des trois établissements : 19 cadres ont répondu, dont un en congé annuel.

Le découpage du temps de travail des cadres de santé a été réalisé selon une « grille » légèrement différente de celle utilisée pour les autres personnels non médicaux, avec les items suivants:

- temps « d'administration » : c'est à dire un temps pendant lequel les cadres effectuent différentes tâches administratives de type établissement des plannings, gestion des congés, déclaration d'accidents de travail, réponse à la messagerie, lecture et passage des consignes écrites ;
- temps « de management direct » : temps pendant lesquels les cadres de santé ont des échanges verbaux avec d'autres professionnels, à propos des malades ou du fonctionnement du service, l'accueil et la mise au courant de nouveaux professionnels, l'évaluation de personnels ; ce temps comprend aussi le temps de concertation avec les supérieurs, le médecin chef ;
- temps « de soins » : il comprend les soins dispensés seul ou avec d'autres professionnels aux patients, y compris la distribution de cigarettes, d'argent de poche ;

- temps de « travail institutionnel » : il comprend l'encadrement des stagiaires, la participation à la vie de l'établissement (CME..), les diverses formations et autres évaluations de l'établissement, l'accréditation, l'hygiène sécurité ;
- temps « non actif » : regroupe le temps de repas, de pause et de trajets.

Le détails des données recueillies est rassemblé dans le tableau suivant :

	CHS Evreux		IMR		CHS Ville –Evrard secteur n°13		CHS Ville –Evrard secteur n°6	
	Temps en minutes	%	Temps en minutes	%	Temps en minutes	%	Temps en minutes	%
Gestion des plannings	585	9%	130		165		10	
Administration, gestion de la file	445	6%	95		170		240	
Echange doc, consignes écrites, messagerie	910	12%	25		65		40	
<b>Total administration</b>	<b>1940</b>	<b>26%</b>	<b>250</b>	<b>26%</b>	<b>400</b>	<b>20%</b>	<b>290</b>	<b>18%</b>
Echanges verbaux	725		145		175		120	
Réunions d'équipes	320		175		595		170	
Temps interstitiel	305		25		10		45	
Acte GRH	1155		30		175		235	
Echange CS/CSS	255		150		210		95	
Echange CS/médecin chef service ou unité	235		5		65		65	
<b>Total management Direct</b>	<b>2995</b>	<b>40%</b>	<b>530</b>	<b>55%</b>	<b>1230</b>	<b>62%</b>	<b>730</b>	<b>45%</b>
	214		280		308		243	
Soins directs patient seul	290				50		70	
Soins avec d'autres professionnels	620		70		60		190	
<b>Total soin</b>	<b>910</b>	<b>12%</b>	<b>70</b>	<b>7%</b>	<b>110</b>	<b>6%</b>	<b>260</b>	<b>16%</b>
Collectif (form., hygiène sécurité, accrédité)	0		30		10		130	
DRH/DSI/DG/D...	280		10		40		00	
<b>Relations avec l'extérieur</b>	<b>190</b>				70		00	
<b>Total institutionnel</b>	<b>470</b>	<b>6%</b>	<b>40</b>	<b>4%</b>	<b>120</b>	<b>6%</b>	<b>130</b>	<b>8%</b>
<b>Temps « non actif » trajets, repas...</b>	<b>1115</b> dt repas 365		<b>80</b>		<b>140</b>		145	
<b>Total présence cadres</b>	<b>7430</b>		<b>970<sup>9</sup></b>		<b>2000</b>		1620	
<b>Temps présence par ayant répondu</b>	531		485		494		540	

### 3232 - Analyse

La répartition des activités des cadres de santé sur une journée est relativement comparable sur les quatre sites : une petite part d'activité de soin, seul ou avec d'autres, plus importante quand la densité des soins est forte (Ville Evrard secteur n° 13) ou quand le secteur est très pauvre en soignants (Evreux). La part de temps consacré, seul ou avec d'autres au soin est plus importante dans l'extrahospitalier : les cadres y effectuent en particulier des visites d'évaluation à domicile.

Le travail administratif dont la gestion des plannings et celle de la file (de patients) occupe d'autant plus de temps que l'établissement est en sur occupation et manque de personnels et de lits (Evreux). Néanmoins ce temps (28 % dans ce cas, mais 26%, 20% et 18% pour les autres) est moins important que le ressenti des cadres. Il est inégalement important selon les cadres, ceux de l'intra hospitalier passant plus de temps à gérer les plannings, qui sont moins réguliers et font appel à plusieurs équipes (de jour, d'après midi et de nuit) avec plusieurs types d'horaires, que les plannings presque routiniers des CMP et

<sup>9</sup> Plus temps de repas de 20 et 30 minutes, au self de l'établissement, commun avec les malades, les temps de trajet.

CATTP (9h – 17h). Dans un secteur, l'activité de gestion administrative, notamment la confection des plannings occupe plus de 40% du temps des cadres de santé. La mission a d'ailleurs constaté que les plannings prévisionnels y étaient fréquemment modifiés, par les agents eux-mêmes. C'est donc moins la difficulté à gérer la pénurie qui induit cette sur administration que le défaut d'autorité des cadres de santé.

L'activité des cadres de santé est très morcelée, traduisant logiquement leur rôle de liaison entre les différents professionnels, entre les différentes structures d'un secteur et entre les secteurs et les différentes directions de l'établissement. Dans certains cas, ce morcellement extrême traduit une absence de synthèse et de continuité, imputable d'une part à la sur occupation (ainsi dans une unité d'accueil, les sollicitations internes et externes sont constantes et c'est le cadre qui les reçoit et les gère) mais d'autre part une certaine faiblesse de l'autorité. Il existe ainsi des cadres « virevoltant », qui ont déclaré changer 40 fois d'activité dans la journée, la moyenne changeant quand même au moins vingt fois d'activité, sans compter les interruptions pour répondre au téléphone (entre 5 et 10 coups de téléphone parfois).

Le cadre de santé est logiquement en lien avec la direction des finances, celle des ressources humaines, celle qui s'occupe des travaux et la direction des services de soins infirmiers.

Néanmoins, cette liaison paraît plus bureaucratique que fonctionnelle, le cadre est plus sollicité pour distribuer et remplir des états divers et transmettre des consignes que pour manager une unité ou un service de manière intégrée à un projet global.

Le travail conjoint du cadre supérieur de santé avec le médecin chef de service est assis sur des rencontres régulières dans certains secteurs ; dans la plupart des cas, il s'agit d'échanges entre les cadres de santé des unités et les médecins y exerçant, plus que d'un exercice conjoint du management du service.

### 33 – Les entretiens

#### **Entretien n°10 –Infirmière CMP et HDJ**

*Mme... est infirmière dans cet hôpital de jour, au CATTP depuis un an.*

#### **Champ d'activité**

*Tout l'extrahospitalier d'un demi secteur: Hôpital de jour, CMP, CATTP, VAD et appartements de transition.*

#### **Emploi du temps**

*Lundi matin : une fois par mois, participe au staff du secteur. Les soignants de l'extra préparent la réunion ensemble. Ils parlent des malades sortis d'hospitalisation depuis peu ou de patients ré hospitalisés.*

*Les autres lundi matins : VAD, seule, ou à deux, selon les malades. Pour les infirmières, les VAD se font au rythme des injections retard, 15, 21 ou 30 jours et concernent 30 patients environ. Puis elle s'entretient avec les patients, prépare leur semainier pour certains, on leur enseigne à le faire.*

*Mme... travaille en réseau avec le service de soins à domicile de la ville et les tuteurs. Il arrive qu'ils fassent des VAD en commun, ou s'arrangent pour se partager la semaine, certains patients n'ayant que ces contacts.*

***Lundi midi** : repas de l'HDJ apporté par l'hôpital, chauffé sur place, pour 6 à 7 patients.*

***Lundi après-midi** : CATTP et une partie de l'HDJ. Pour le CATTP et pour l'hôpital de jour, organisation d'activités : par exemple théâtre avec un animateur plus un infirmier, deux fois par mois pour 6 patients de 14h à 16h.*

***Mardi matin** : VAD. En moyenne 9 à 10 par matinée. Repas non thérapeutique sur place.*

***Mardi après-midi** : chant à la MJC avec l'hôpital de jour. Il y a une représentation organisée avec eux dans une maison de retraite. Concerne jusqu'à 10 à 12 patients.*

***Mercredi** : hôpital de jour toute la journée, 9h – 16h30 (présence de la psychologue).*

***Mercredi matin** : groupe de parole fermé, 6 patients, un infirmier, un psychologue. Repas thérapeutique.*

***Mercredi après-midi** : groupe mémoire menée par une collègue et la psychologue ; organisation d'activités plus occupationnelles et plus occasionnelles.*

***Jeudi matin** : VAD (les personnels repartent toujours du CHS, transmissions orales au PC).*

***Jeudi après midi** : sorties extérieures, pêche, bowling. Egalement réunions d'équipe, en alternance avec le vendredi, un jeudi sur deux, le matin.*

***Vendredi matin** : réunion une fois sur deux. Un intervenant en dessin est présent toute la journée. Une fois par mois, réunions soignants soignés. Les autres vendredi, en sus du dessin le matin, l'après midi, groupe presse.*

*Deux fois par semaine, visite aux appartements de transition. Les patients de ces appartements de transition fréquentent 4 jours sur 7 l'hôpital de jour. Il arrive qu'ils se fassent réhospitaliser le soir ou le week-end*

*Mme... déplore la solitude des patients le soir et le week-end et trouverait judicieux que les soignants de l'intra puissent leur faire un petit signe le week end.*



### **Entretien n°11 -Infirmier CMP et CATTP**

Il dit : « qu'il a eu la chance de faire partie du groupe infirmier à l'initiative du CMP/CATTP de ce secteur, de participer au groupe de travail et maintenant d'y travailler. » Il dira plusieurs fois que « c'est du bonheur de travailler comme ça ».

Il dit aussi : « c'est confortable d'avoir le même cadre, le même médecin depuis le début de ce projet et de renouveler l'équipe petit à petit ». « Dans cette équipe, on peut prendre beaucoup d'initiative, des risques, on sait que les collègues seront là pour l'alerte. C'est très différent du travail en intra, et justement dans le métier d'infirmier psy, plus on vieillit, plus on peut prendre d'initiative, plus on est à l'aise ». Dans cette équipe, « ils sont libres, mais supervisés, tout en travaillant, ils font ce qu'ils aiment faire ».

#### **Champ d'activité**

Tout l'extrahospitalier du sous secteur qui couvre 40 km au sud de la ville : CMP, CATTP, VAD et travail dans la communauté. Cet infirmier fait 5 demi-journées de CATTP, de l'accueil infirmier en CMP et des visites à l'extérieur. Au CATTP, il anime des activités, le CATTP proposant deux activités par demi-journée.

#### **Emploi du temps**

Les horaires de travail sont 8h30 – 17 h, du lundi au vendredi.

**Matin** : 8h30, prise de service au PC du secteur, auprès du cadre supérieur de santé, transmissions sur le week-end, réhospitalisations, sorties prévues ... Coups de fil donnés par des patients suivis en extra à l'intra, le week-end. En profitent pour aller chercher des fournitures en tant que de besoin.

9h – 9h15 : accueil des patients, café, thé, parlent de l'actualité. (4 infirmiers sur 5 plus le cadre, qui fait aussi des soins infirmiers. 1 ou 2 infirmiers se détachent souvent du groupe pour parler avec un patient qui a besoin d'un entretien.

9h30 – 10h30 : activité CATTP, suivie de 15' de rangement.

10h45 : attente des taxis, petits groupes de discussion.

11h30 : les patients s'en vont.

11h30 – 12h : synthèse de la matinée, transmission.

Chaque semaine on donne aux patients le programme de la semaine suivante, « on fait ce qui a été prévu, comme dans la réalité. Ainsi si on a prévu un pique-nique et qu'il pleut, on se débrouille. Ce professionnel n'a pas l'air de se plaindre de devoir pique-niquer dans la voiture sur le parking, il dit « qu'on trouve toujours une solution intéressante. »

Certaines activités ont dû être abandonnées, car elles sont trop loin de la réalité des patients, ainsi l'équitation.

Repas : tous les deux mois, repas convivial avec les patients. Tous les quinze jours, repas diététique avec activité diététique.

Sinon, une demi-heure de coupure pour le repas pris sur place (avec gamelle. Permet les échanges sans patient. C'est un temps où les soignants peuvent parler de leurs difficultés personnelles avec les patients, ce qui renforce la cohésion de l'équipe.

**Après-midi** : le plus souvent au CMP.

Consultations avec le médecin, le psychologue, qui consultent toujours avec un infirmier pour le chef de secteur, selon pour le chef de l'extra-hospitalier. Parfois aussi des consultations avec l'assistante sociale et le diététicien.

Entretiens infirmiers seuls : ce sont plutôt des filtrages.

Injections retard : données au cours de la consultation médicale ou après par l'infirmier.

#### **Autres activités :**

**Visites à domicile.** Elles sont toujours faites sur prescription médicale, le cadre demande toujours quel sens a la visite.

**Visites dans les maisons de retraite** : réalisées une fois par semaine par l'infirmier, une fois par mois, avec le médecin. Ils vont voir l'équipe soignante, puis ils font le tour de leurs patients, puis des autres pensionnaires, 5 à 6 minutes par pensionnaire. Ils s'entretiennent ensuite avec les équipes du CHS, notamment avec le médecin et le psychologue pour déterminer les actions à mener pour soutenir l'équipe de la maison de retraite.

**Travail en réseau** : avec la MJC, avec des groupes de jeunes en stage de réinsertion, avec les

gendarmes, avec les pompiers. Quand les gendarmes signalent un patient qui paraît un peu « limite », ils interviennent tout de suite, ou fait appel à un médecin local (dans ce cas ils voient le patient dans la journée).

**Visites aux familles d'accueil :** une famille (à 60 km) accueille 3 patients. La fille de cette famille d'accueil a pris la suite de sa mère, mais il faut la soutenir.

#### **Points difficiles ou à améliorer**

Les départs en formation pourraient être mieux programmés (à tour de rôle).

Les équipes commencent à ressentir les effets des trafics de drogue. Mais elles ne sont informées que par les pompiers ou la MJC. Il y aurait des efforts à faire dans la prévention.

Les infirmiers auraient besoin d'une formation pour recevoir des adolescents et jeunes adultes psychotiques avec le psychiatre et le psychologue. Ils devraient faire évoluer les activités du CATTP pour eux.

#### **Articulation intra/extra**

Bonne articulation dans l'organigramme de soins. La cadre supérieure est bien présente aussi sur l'extra, les soutient. Ils rencontrent tous les matins le médecin au PC.

Réunion une fois par mois avec les deux équipes des unités de soin d'hospitalisation.

Contacts informels le matin, passent voir les patients, l'équipe dans les deux unités de soins.

Ils peuvent prévenir le vendredi par exemple d'une menace suicidaire et ainsi l'équipe hospitalisera s'il le faut. Les médecins ne leur en veulent jamais d'un excès de prudence.

#### **Réunions établissements**

CSSI ; CLIN ; CTE.

Commission droit à l'image, télé consultation, consolidation des savoirs.

Sur le projet d'établissement : « nous, on voulait une articulation du projet du SSI avec le projet médical. Pas un projet autonome. On n'était pas hostile à faire un projet, mais il fallait le rédiger après le projet médical. On ne considère pas qu'on sait mieux qu'eux, le médecin est l'ingénieur, l'infirmier le technicien. »

Le psychologue ? « un technicien supérieur. Il peut se mettre en superviseur si on le lui demande. Il peut remplacer parfois le médecin. »

### **Entretien n°12 - Infirmière CMP et Hôpital de jour**

Madame... est infirmière de liaison entre l'intra et l'extrahospitalier

Elle s'occupe de l'accueil téléphonique, des urgences, de la prise en charge des nouveaux patients, de la programmation des rendez-vous.

#### **Organisation du travail infirmier :**

Pour la file active, il y a un agenda collectif, qui retrace les rendez vous planifiés, les injections retard, les réunions de synthèse dans les autres pavillons, les rendez-vous avec les psychologues, les actions avec les partenaires, les heures et activités de CATTP, les thérapies familiales, les actions collectives de prévention.

Puis chacun a un agenda personnel. S'ajoutent à cela les urgences.

Madame... fait des journées de 7h ou 8h qui se découpent par exemple ainsi :

9h : Café.

9h30 : Réunion à la mairie, travail sur « la réussite éducative, dans l'espace territorial » avec le médecin scolaire, l'infirmière scolaire, les éducateurs de rue, les animateurs de périscolaire. Des études de cas sont réalisées, des échanges ont lieu pour trouver les orientations et répertorier les offres sur la ville.

Une fois par mois, dans un hôpital local, accueil de familles de cérébrolésés ou atteints de maladie neurovégétative dégénérative, de 12h à 20h.

12h30 : déjeuner.

14h-17h : accueil téléphonique (Par exemple : appel pendant une heure d'une patiente, puis discussion de ce cas, rédaction des comptes rendus d'entretien). Fabrication d'une invitation pour une excursion pour le CATTP. Organisation d'une réunion.

### **Entretien n°13 –Infirmière CAC, CMP, Foyer de post-cure**

#### **Horaires de travail**

Les horaires de travail sont organisés en plages de 12h, soit : 8h – 20h, soit 20h – 8h.

#### **Equipe de jour**

8h : transmission avec l'équipe de nuit.

Préparation des petits déjeuners servis en salle à manger du CAC.

Salle de soins : préparation des traitements et en même temps accueil des patients qui arrivent quotidiennement, pour des tests (diabétiques), des prises de médicaments.

Aide aux patients faibles à faire leur toilette.

Réponses au téléphone, notamment aux médecins généralistes, aux hôpitaux avec qui le CAC est en relation, aux assistantes sociales de ville, aux foyers et aux patients eux-mêmes qui sont à domicile ou dans des foyers et qui téléphonent quand ils sont angoissés.

Vers 9h arrivent les médecins du CMP.

Arrivée des malades de tout le secteur pour les injections retard.

Cette année il y a eu 400 nouveaux cas au CMP, l'infirmière pense que la file active augmente du fait des difficultés sociales.

Puis visite des patients hospitalisés, qui sont vus tous les jours par un médecin et un infirmier.

En même temps accueil des urgences, le premier accueil étant infirmier.

Repas : tout le monde déjeune à la salle à manger.

Après le repas, traitement des malades.

L'après - midi, réception des familles. Celles-ci demandent souvent « qu'on garde leur malade ».

Soins infirmiers pour le CMP, entretiens infirmiers pour les malades du CAC.

Repas : à 19h.

Le traitement de nuit est donné par l'équipe de nuit.

#### **Equipe de nuit**

Arrivée à 20h : transmission avec l'équipe de la journée.

Dîner du personnel sans les malades.

Les malades du foyer restent seuls.

22 h : une infirmière reste au CAC, l'autre monte au post cure.

Distribution des médicaments aux malades des deux structures, prise de tension si nécessaire.

Ronde de surveillance de la mise au lit (par exemple : deux patientes du foyer de post cure ont besoin d'être mises au lit. Quand les préparatifs sont terminés l'infirmière du foyer appelle sa collègue du CAC qui monte l'aider). Ensuite, ronde pour s'assurer de l'endormissement des patients.

Il y a une infirmière et un interne au CAC. L'interne doit se lever pour chaque entrant.

Il y a plus de patients le jour que la nuit, la nuit ce sont surtout des appels téléphoniques. Il existe des situations particulières : par exemple avant de partir le matin (à 8h) l'infirmière lève, fait faire sa toilette, donne son traitement à une femme qui est encore en foyer postcure, mais qui travaille dans un CAT.

#### **Participation à des réunions**

Staff tous les matins avec le médecin.

Tous les mois, réunion sur l'organisation entre les infirmiers de jour et ceux de nuit, à 18h30.

Les infirmiers ne participent pas aux staff du secteur.

### **Entretien n°14 –Infirmier unité d'hospitalisation temps plein**

*Cet infirmier travaille 38 heures par semaine, soit de 7h à 15h, soit de 13h à 21h. Il effectue également des remplacements de nuit sur le CAC du secteur, ce qui génère des journées de récupération.*

#### **Organisation du travail**

*7h : transmission avec l'équipe de nuit, le plus rapidement possible, juste entre infirmiers et aides soignants.*

*Puis « parfois on peut se poser avant de s'y mettre, à d'autres moments, il faut s'y mettre tout de suite ».*

*Préparation des traitements, des prises de tension, des plateaux, de la chambre d'isolement, surveillance du petit déjeuner au self de l'unité.*

*Suivant les patients : nursing, aide à la toilette, à l'habillement etc.*

*En général ce sont les aides soignants qui exécutent ces tâches, mais selon le volume des charges de travail, il s'instaure une collaboration. En général les AS sont 4 et les IDE 12, dont certains à temps partiel.*

*9h – 9h30 : staff. Sinon, tour rapide avec les médecins.*

*Puis participation aux entretiens individuels avec les trois médecins.*

*Eventuellement réponses aux demandes des patients, accompagnement des malades à l'extérieur (consultations, démarches).*

*Les VAD ne se font pas le matin, plutôt à l'interéquipe.*

*Préparation des traitements de midi.*

*Chambre d'isolement : en général surveillance visuelle, au moins toutes les heures, et « un œil dessus chaque fois qu'on passe devant ». Visite au moins 4 fois par jour, plus entretien si de besoin. Distribution du repas effectué par l'infirmier.*

*En ce moment la plupart des patients mangent au self : une surveillance est seulement assurée.*

*En plus des patients hospitalisés, les soignants de l'unité continuent à suivre certains patients qui vont aussi au CMP, au CATTP ou au CAC.*

*Les HO en sortie d'essai sont vus à l'unité intra, systématiquement, y compris pour leurs injections retard. Par exemple, un malade en HO (L-122-1), vient demander une permission pour aller passer un week-end chez son frère à 200 km. L'infirmier interroge le médecin chef, qui accorde la permission, mais en avertissant la DDASS.*

*S'agissant des patients à l'extérieur, suivis par l'équipe intra, il existe un cahier sur lequel sont notés pour le mois et pour chacun, le planning, les activités, les entretiens, le traitement.*

*13h : transmissions.*

*13h – 21 h : Beaucoup d'activités. Chaque infirmier anime une activité par semaine, de manière à ce qu'il y ait une activité tous les jours. Par exemple : Mardi : théâtre de 14h à 16h 30 ; Mercredi : activité piscine (qui ne se fait plus) après midi : informatique ; Jeudi : presse, de 14h à 16h et Association sportive de l'établissement de 14h à 16h 30, avec des soignants de l'unité ; Vendredi : musique, expression corporelle.*

*Selon les activités, les patients (dont la DMS est courte) reviennent, même quand ils sont sortis ; ainsi le groupe théâtre fonctionne avec des anciens patients hospitalisés, ainsi que le groupe musique (plutôt des patients du foyer de post cure que de l'unité d'accueil), la revue de presse mêle les ex et les intra, l'informatique touche surtout les anciens malades. Les ordinateurs sont d'ailleurs prévus aussi pour servir à des activités psychologiques, pour de la réhabilitation des capacités cognitives après des épisodes délirants.*

*16h : goûter, soit dans le petit jardin, soit en salle de repos. Un goûter est aussi servi dans la chambre d'isolement.*

*Puis, soins, réponses aux demandes des patients, souvent très angoissés, agités, qui ont des problèmes somatiques, et qui doivent être rassurés par exemple après une visite de leur famille qui les a perturbés.*

*Le statut du patient (droit aux visites, régime des sorties, autorisation d'user du téléphone) est consigné dans son dossier médical. Il est discuté en équipe, parfois l'infirmier peut le restreindre en fonction des événements.*

***Comment cet infirmier IDE a-t-il appris son métier ?***

*Il a effectué tous ses stages optionnels en psychiatrie ; il y a effectué beaucoup de vacations comme aide soignant ; il a été en contact avec des infirmiers psychiatriques, qui de manière informelle lui ont appris le métier ; il discute beaucoup avec ses collègues («entre nous») des prises en charge, quand il y a quelque chose de difficile à vivre. Par exemple, quinze jours après son arrivée, un patient inconnu s'est mis à tout casser. Il était inaccessible à la discussion. Il a fallu prendre la décision de le mettre en chambre d'isolement. Il y avait deux médecins, mais c'étaient des internes et la décision (certes difficile) de le mettre en chambre d'isolement a été prise trop tardivement. Par la suite l'équipe a discuté de ce qu'il aurait été souhaitable de faire pour une prise de décision plus rapide.*

#### **Ses rapports les autres professions**

*Avec les médecins, la collaboration est bonne. Il y a toujours un infirmier présent à un entretien médecin. Il y a explication, discussion des prises en charge avec le médecin.*

*Avec les psychologues, la collaboration est bonne, car ils travaillent avec les médecins en entretien et le psychologue du service est un très bon clinicien.*

*Avec l'assistante sociale : « Elle peut plus aider à revoir les papiers : sécurité sociale, RMI, AAH ; de plus elle connaît un réseau d'assistantes sociales à l'extérieur et peut ainsi aider les patients ».*

*La différence infirmier - aide soignant : l'infirmier fait, et lui seul peut le faire, tout ce qui est sur prescription médicale (injections, préparations médicales). Dans le service même, comme les aides soignants connaissent bien la psychiatrie, il n'y a pas de grosse différence.*

*Il y a aussi collaboration avec les trois ergothérapeutes et un psychomotricien, qui travaillent sur le CATTP, ainsi qu'avec l'aide soignant qui suit les activités sportives sur l'établissement.*

### **Entretien n°15 - Infirmier CMP**

*Cet infirmier travaille 35 heures par semaine, avec 18 jours de RTT.*

*Il est infirmier depuis 1997 sur l'extrahospitalier, travaille au CMP, au CATTP et pour un quart de son temps pour l'association des appartements associatifs. Auparavant il travaillait en intra hospitalier. Il habite près de l'établissement.*

*Au CMP, il pratique des horaires de 9h à 17h. Après 17h, le téléphone est transféré sur l'unité d'hospitalisation, puis sur le CAC.*

*Il y a dix ans, quand il est arrivé sur le secteur extrahospitalier, il y avait 1 surveillant et 1,8 infirmiers, maintenant, il y a 3,8 infirmiers, plus un surveillant temps plein. A l'époque le surveillant faisait également fonction d'infirmier, ce que continue d'ailleurs à faire l'actuelle cadre.*

#### **Organisation du travail**

##### **Lundi**

*A 9h, avant de venir au CMP, il fait une visite à domicile (9h à 9h 30) selon les prévisions de la semaine, notées sur le livre de rendez-vous du service.*

*9h45 – 12h30 : grand rendez-vous, réunion du CATTP : on parle de patients.*

*14h – 16 h : CATTP ; s'ils sont trois soignants, l'un d'eux fait une sortie avec des patients, type bowling, sinon il reste pour l'accueil.*

*16h – 17 h : CMP : Injections retard, écritures, transmissions ciblées.*

##### **Mardi**

*Activités centrées sur le CMP. Tout en s'occupant de l'association des malades, il réceptionne le courrier CAF, s'occupe des loyers, des rapports avec la mairie, des tuteurs.*

##### **Mercredi**

*9h - 12H : VAD dans les appartements associatifs (7 personnes) toujours effectuées à 2 agents.*

*Après-midi : visites de patients en maisons de retraite, accompagnement des patients aux courses (avec éducatrice), préparation des piluliers.*

##### **Jeudi**

9h - 10h : appartements associatifs, puis CMP : consultations avec les médecins, effectue les injections : 48 patients sous traitement retard (à 28 jours ou 14 jours par mois) soit environ 80 injections par mois (4 par jour à raison de 20 jours d'ouverture par mois).

Le temps d'une injection dure environ 15 minutes (préparation du patient et accompagnement postérieur) et peut aller dans certains cas jusqu'à 30 minutes. Toute injection s'accompagne d'une prise de tension.

Quand un patient inscrit pour son injection retard, ne vient pas, un courrier lui est adressé. Sans réponse dans les 48 h, ils lui téléphonent. S'il y a échec, ils préviennent le médecin et vont le voir.

La plupart des patients qui bénéficient d'injection retard sont stabilisés et consentants.

Jeudi après midi 14h- 16h30 : réunion avec les soignants de l'intra.

S'ajoutent à ces tâches : la participation aux consultations avec le médecin, le mardi et le mercredi et une réunion médecins infirmiers une fois par mois.

S'ajoute également l'encadrement des élèves infirmiers, activité qui lui tient à cœur : au bout des deux premières semaines de stage, il invite la stagiaire au restaurant pour faire le bilan.

Mais en général, l'équipe est petite, mobile, elle se transmet bien les informations, elle commence à écrire, pour que son travail soit mieux considéré.

Cet infirmier trouve que le travail ainsi organisé est varié, ludique, et il espère que les patients y trouvent leur compte.

### **Entretien n°16 – Cadre de santé dans une unité d'hospitalisation au long cours**

#### **Statuts**

Cadre de santé depuis 1993, en MCO et depuis 1999 en psychiatrie (depuis l'ouverture dans l'unité au long cours).

Elle n'exerce ses fonctions de cadre de santé que sur cette unité. Elle participe au remplacement du cadre supérieur du secteur pendant ses absences (à tour de rôle avec les autres cadres de santé du secteur).

#### **Point de vue sur l'unité**

« Ce sont des patients qu'on voit différemment. On a réussi à bien les stabiliser. On peut commencer à envisager des sorties pour quelques-uns. Par exemple certains pourraient aller dans des foyers occupationnels, mais certains médecins (elle vise un médecin du service, nommé) sont peu dynamiques. Il y a des conventions avec les maisons de retraite, les foyers occupationnels, mais il faudrait les revivifier ».

Il y a beaucoup de patients hors secteur. Quand les patients sont en vacances, leurs lits sont occupés, idem s'ils sont à l'hôpital. Les deux chambres d'isolement sont utilisées comme chambres, il y a souvent 32 patients.

Pour améliorer la situation, il ne faudrait plus utiliser les chambres d'isolement comme des lits et il faudrait que chaque secteur reprenne ses patients.

#### **Horaires, charge de travail**

Elle travaille à la journée, de 8h30 à 17h, 17h30. Elle rencontre les équipes de nuit, deux fois par an. Elle effectue une coupure à midi, pour déjeuner au self, d'une demi-heure à trois quarts d'heure.

#### **Matin**

Elle prend connaissance des événements survenus précédemment et porte des documents papiers au PC.

Elle s'occupe de la gestion des plannings des soignants. L'effectif minimum est de 5 soignants, dont au moins 1 infirmier (les autres sont AS et AMP) avec un roulement en 3 – 2, c'est à dire : 4 fois un cycle : 3 jours de travail, deux jours de repos, 1 fois un cycle : 5 jours de travail, 1 RTT obligatoire et 2 jours de repos.

Il y a trois horaires des personnels : 6h45 – 14h15 ; 13h15 – 21h15 ; 21h – 7 h  
Le planning prévisionnel est affiché et sert de guide. Quant il y a des changements, ce qui est fréquent, le planning est « corrigé ». Ce suivi est fait au jour le jour, et occupe beaucoup de temps.

#### **Réunions**

Réunions d'équipe : de 13h30 à 14h30 pour les transmissions.

Synthèse médicale, une fois par mois, voire 1 mois et demi.

Réunions de synthèse avec l'extrahospitalier. Elle y revendique son « identité intersectorielle », pour améliorer son budget, pour les formations, les activités...

Réunion de synthèse du secteur : n'y va pas.

Réunion de l'unité : on y parle de mutations.

Participe aussi aux réunions du CLIN, de la CRU.

#### **Animation de l'équipe**

Elle dit qu'ils font beaucoup d'animations dans l'unité : par exemple, des aides soignantes emmènent les malades en sortie le soir (le cadre de santé leur permet de récupérer ces heures sur les journées) ils font des visites à domicile dans des maisons de retraite, dans des familles d'accueil. Les visites sont encadrées toujours par deux personnes, dont une infirmière. Un aide soignant travaille à la journée (pas en horaires postés) pour accompagner les patients de jour, à des activités, des sorties, du sport adapté, acheter des cigarettes.

### **Entretien n°17 – Cadre de santé dans une unité d'hospitalisation**

#### **Les tâches principales**

A l'arrivée du cadre, le matin à 9h, l'équipe est en train de servir le petit déjeuner.

Pendant ce temps le cadre se renseigne sur ce qui s'est passé auparavant et organise le travail en conséquence le cas échéant.

9h – 10h : les médecins font une visite avec l'équipe infirmière et l'assistante sociale.

Selon ce cadre de santé, les entretiens médicaux devraient être plus fréquents et les infirmiers ne savent pas tous mener un entretien infirmier.

Toutefois, tout entretien fait l'objet d'une transmission ciblée.

#### **Autres tâches**

Organisation et répartition du travail des agents.

Réception des familles.

Est référente pour le contact avec les tuteurs (qui pour un certain nombre n'ont aucune formation).

La coopération avec le PH est difficile, car il reste trop dans l'unité d'accueil. Les problèmes entre les équipes sont lourds.

#### **Participation à des réunions**

Peu sur l'établissement.

## **4 – LES AIDES SOIGNANTS**



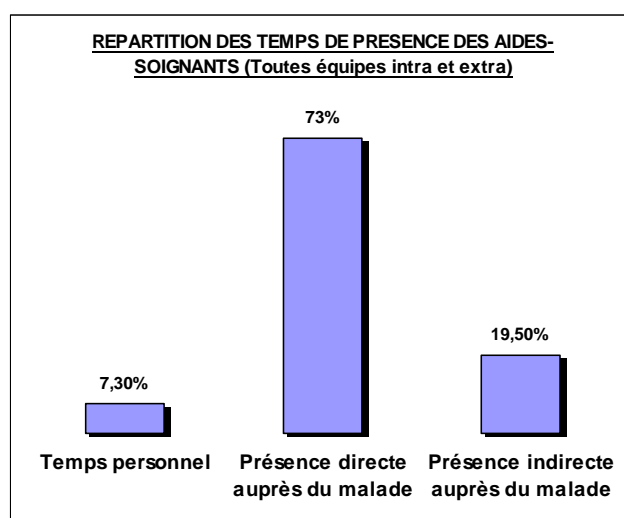


## 41 – Les résultats quantitatifs

### 411 – L'ensemble des aides soignants des équipes intra et extra hospitalières

« L'ensemble » des personnels aides soignants (AS) signifie que tous les agents de cette catégorie de toutes les structures (intra et extra) et toutes les équipes (jour, après-midi et nuit) ont été pris en compte.

La répartition globale des temps de présence est la suivante :



On observe que :

- le temps « personnel » est de l'ordre de 7,3 % du temps total de présence des AS,
- le temps de « présence directe » auprès du malade est de 73%,
- le temps de « présence indirecte » auprès du malade est de 19,5%.

Cette répartition est très largement différente de celle des IDE :

- le temps « personnel » est légèrement inférieur (8,5 % pour les IDE)
- le temps de « présence directe » auprès du malade est très largement supérieur (50,5% pour les IDE),
- le temps de « présence indirecte » auprès du malade est notablement inférieur (41% pour les IDE).

Le détail des différents « temps » de présence des AS est le suivant :

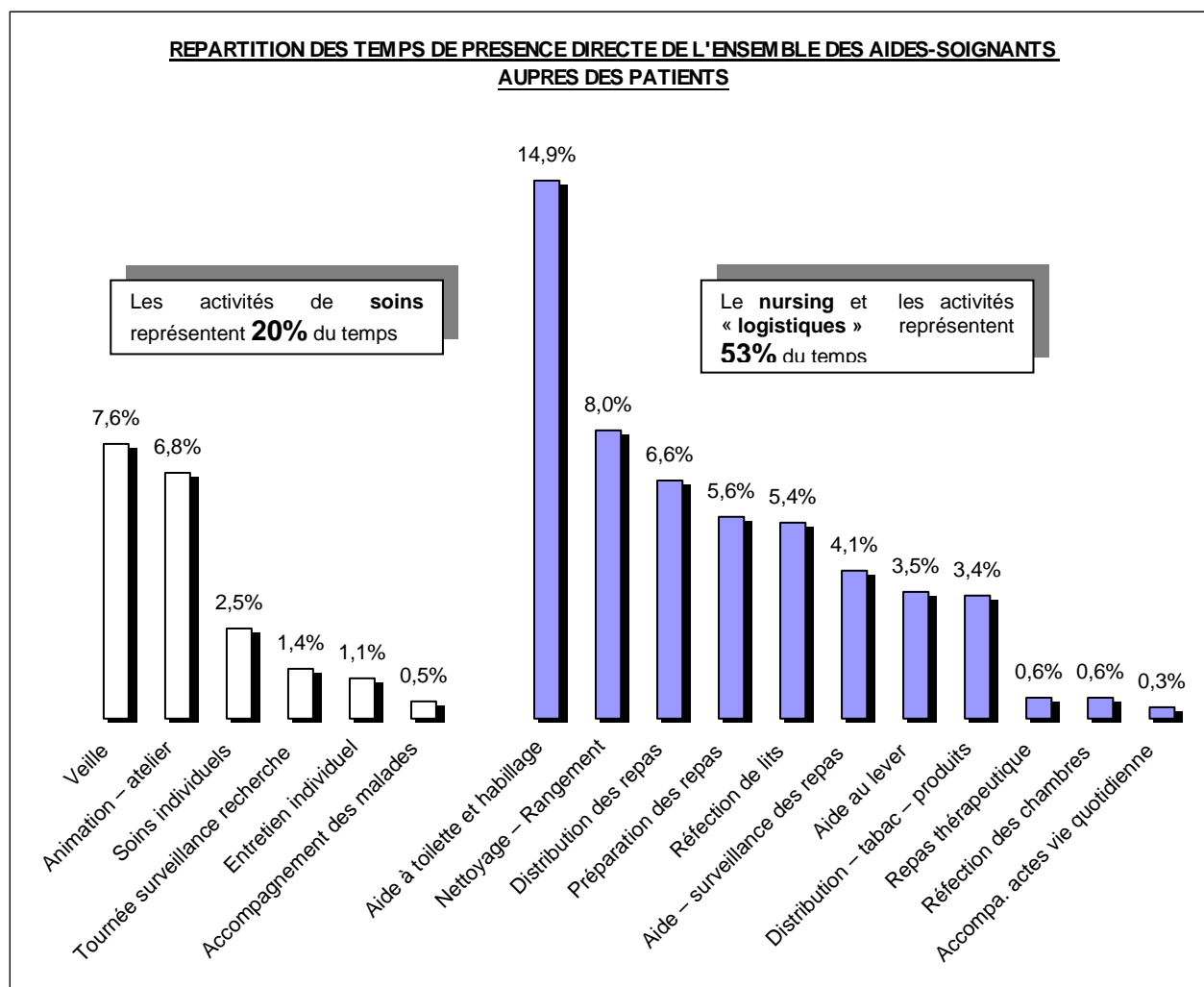
<b>ACTIVITES</b>		<b>TEMPS PASSE en %</b>
<b>Temps personnel</b>		<b>7,3%</b>
Dont	Arrivée – Prise de fonction	1,3%
	Pause	3,8%
	Formation	1,1%
	Repas de l'agent	0,9%
<b>Présence directe auprès du malade</b>		<b>72,9%</b>
Dont soins et Activités thérapeutiques	Préparation des médicaments	
	Distribution des médicaments	
	Animation – atelier	6,8%
	Entretien individuel	1,1%
	Accompagnement des malades	0,5%
	Tournée surveillance – recherche de patients	1,4%
	Soins individuels	2,5%
	Temps de veille	7,6%
	Soins somatiques	
	Visite du médecin – entretien avec médecin	
	Sous-total	<b>19,9%</b>
Dont soins de nursing et activités logistiques	Préparation des repas	5,6%
	Distribution des repas	6,6%
	Aide au repas – surveillance des repas	4,1%
	Repas thérapeutique	0,6%
	Desserte des repas	
	Réfection de lits	5,4%
	Réfection des chambres	0,6%
	Aide au lever	3,5%
	Aide à la toilette et à l'habillage – change	14,9%
	Accompagnement aux consultations ou autres	0,3%
	Distribution – tabac – produits	3,4%
	Nettoyage – Rangement	8,0%
	<i>Sous-total</i>	<b>53,0%</b>
	<b>Présence indirecte auprès du malade</b>	
Dont	Transmissions	12,8%
	Synthèse en intra – réunions dans service	
	Temps avec les familles	
	Temps avec l'équipe en intra (hors synthèse)	
	Temps hors de la structure	
	Temps administratif	5,0%
	Gestion de la file	
	Courses	1,0%
	Téléphone	0,4%
	Trajet (pour l'extra)	
	Ouvertures des portes – fermetures	0,3%
	Formation des élèves	

Comme pour les IDE, ces éléments n'ont qu'une valeur indicative, dans la mesure où ils sont la résultante d'un ensemble de situations parfois très différentes, puisque, par exemple, sont agrégés les temps de présence des personnels intra et extra hospitaliers ou celui des personnels de jour et de nuit.

Si on analyse les temps de « présence directe » auprès du malade (Cf. graphique ci-dessous), on observe que, fort logiquement, les temps consacrés aux activités de soins (20%) sont nettement inférieurs à ceux consacrés au nursing et aux activités logistiques (53%). Numériquement ce sont les aides à la toilette et à l'habillage qui avec 15% occupent le plus le temps des AS.

Le « temps de veille » concerne surtout les personnels de nuit et à un degré moindre ceux de l'après-midi. Il correspond au temps d'attente entre deux tournée de surveillance.

Dans le type de regroupement des activités proposé ici, le temps de veille apparaît relativement limité (7,6%) mais néanmoins deux fois plus important que le temps que les IDE lui consacrent. Il est à noter que les temps de trajet n'apparaissent pas, ce qui signifie que les AS n'interviennent pas (ou de façon très marginale) dans les structures extra hospitalières.



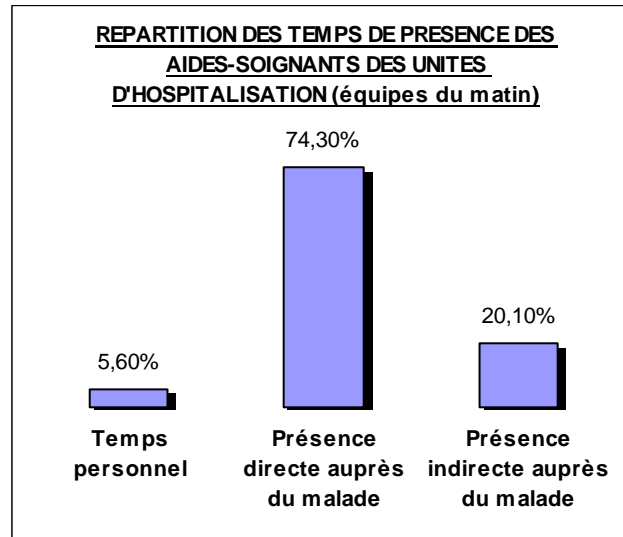
Le temps de « présence indirecte » des AS est consacré pour l'essentiel aux transmissions (13% du temps total) et à un temps « administratif » (5%, non compris le téléphone qui ne représente que 0,5%)

#### **412 – Les aides soignants des équipes de jour des unités d'hospitalisation**

Comme pour les IDE, les « équipes de jour » sont celles qui commencent le travail le matin, c'est à dire en majorité entre 6 heures 30 et 7 heures. Mais il existe également des horaires avec une prise de fonction plus tardive (entre 7 heures et 10 heures). La durée de présence au travail est en règle générale de 8 heures par jour.

La plupart des AS travaillent en horaire continu, mais quelques-uns sont en horaires coupés. Seuls les temps de présence effectifs ont été pris en compte, quelle que soit l'amplitude de la journée de travail. Les AS qui commencent leur journée après 11 heures sont considérées comme faisant partie des équipes de l'après-midi.

La répartition des temps de présence des AS des personnels des équipes de jour des unités d'hospitalisation (tous établissements confondus) est la suivante :



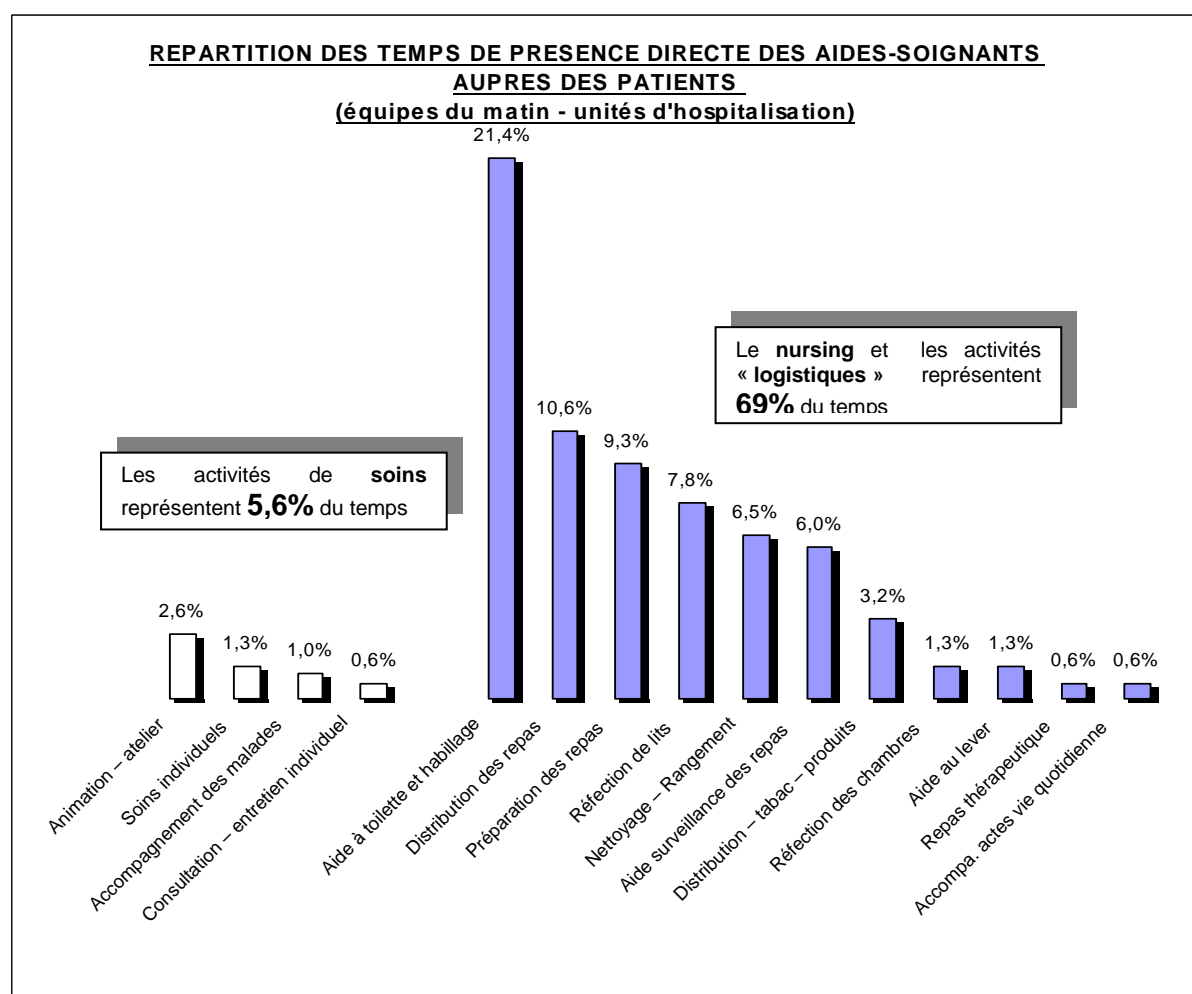
Globalement la répartition des temps de présence des AS des équipes de jour des unités d'hospitalisation est très peu différente de celle constatée pour l'ensemble des AS, toutes équipes confondues.

Le détail de ces activités est le suivant :

<b>ACTIVITES</b>		<b>TEMPS PASSE en %</b>
<b>Temps personnel</b>		<b>5,6%</b>
Dont	Arrivée – Prise de fonction	0,8%
	Pause	3,4%
	Formation	
	Repas de l'agent	1,3%
<b>Présence directe auprès du malade</b>		<b>74,3%</b>
Dont soins et Activités thérapeutiques	Préparation des médicaments	
	Distribution des médicaments	
	Animation – atelier	2,6%
	Entretien individuel	0,6%
	Accompagnement des malades	1,0%
	Tournée surveillance – recherche de patients	
	Soins individuels	1,3%
	Temps de veille	
	Soins somatiques	
	Visite du médecin – entretien avec médecin	
	Sous-total	<b>5,6%</b>
Dont soins de nursing et activités logistiques	Préparation des repas	9,3%
	Distribution des repas	10,6%
	Aide au repas – surveillance des repas	6,0%
	Repas thérapeutique	0,6%
	Desserte des repas	
	Réfection de lits	7,8%

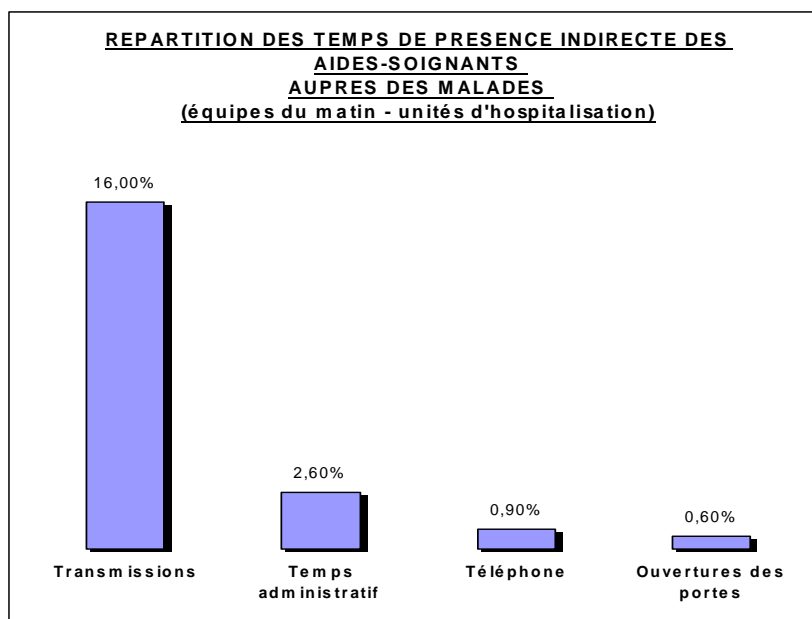
	Réfection des chambres	1,3%
	Aide au lever	1,3%
	Aide à la toilette et à l'habillage – change	21,4%
	Accompagnement aux consultations ou autres	0,6%
	Distribution – tabac – produits	3,2%
	Nettoyage – Rangement	6,5%
	<b>Sous-total</b>	<b>68,7%</b>
<b>Présence indirecte auprès du malade</b>		<b>20,1%</b>
Dont	Transmissions	16,0%
	Synthèse en intra – réunions dans service	
	Temps avec les familles	
	Temps avec l'équipe en intra (hors synthèse)	
	Temps hors de la structure	
	Temps administratif	2,6%
	Gestion de la file	
	Courses	
	Téléphone	0,9%
	Trajet (pour l'extra)	
	Ouvertures des portes – fermetures	0,6%
	Formation des élèves	

Dans le temps « personnel », le temps de repas avec 1,3% est notablement inférieur à celui que les IDE des mêmes équipes lui consacre (5%). Le temps de prise de fonction paraît marginal (moins de 1%) mais il est vraisemblable qu'il a été inclus souvent dans le temps « transmissions – passage de consignes » lors du relevé de tâches.



L'analyse du temps de « présence directe » des AS des équipes de jour auprès des patients montre que (Cf. graphique ci-dessus):

- le temps consacré aux activités de soins ou activités thérapeutiques est très faible (5,6%) et environ la moitié concerne l'animation des ateliers; on note toutefois un temps pour « les soins individuels » (environ 1,5%) qui correspond aux entretiens informels, mais indispensables, que les AS ont parfois avec les malades notamment pour les apaiser ou répondre à leurs interrogations ;
- la principale activité, avec 32%, se rapporte à l'aspect « hébergement » du patient : réfection des lits et des chambres, aide au lever, à la toilette, à l'habillage ;
- en seconde position : l'activité « repas », de la préparation à la desserte des tables (26%) ;
- le nettoyage et le rangement viennent ensuite (6,5%) ainsi que la distribution de produits comme le tabac (3,2%) ;

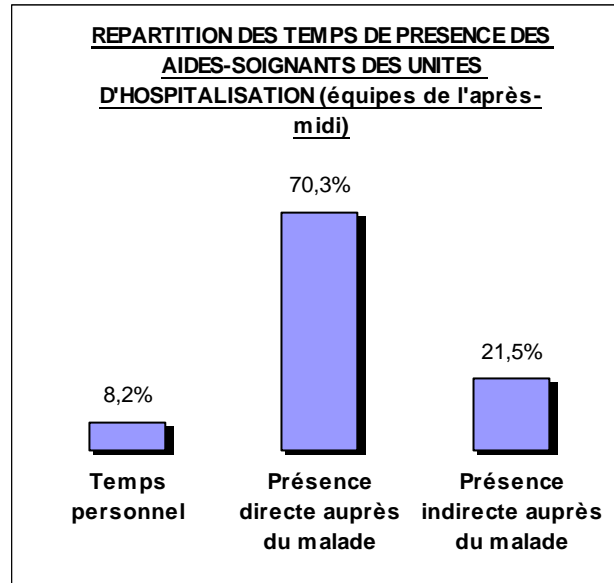


Le temps de présence indirecte est de l'ordre de 20% du temps total (Cf. graphique ci-dessus) dont 16% se rapportent aux transmissions et 3% aux tâches administratives et au téléphone.

### 413 – Les aides soignants des équipes de l'après-midi des unités d'hospitalisation

Comme dit précédemment, sont considérées comme étant « de l'après-midi » les AS qui prennent leur service après 11 heures du matin (hors équipe de nuit). Le plus souvent l'horaire pratiqué commence aux alentours de 14 à 15 heures et se termine entre 20 et 22 heures.

La répartition détaillée des temps de présence de ces équipes est le suivant :



Ces résultats sont légèrement différents de ceux des équipes de jour :

- le temps « personnel » est plus important, d'environ 2,5%,
- le temps de « présence directe » moins élevé (- 4%),
- le temps de « présence indirecte » un peu plus élevé (+ 1%).

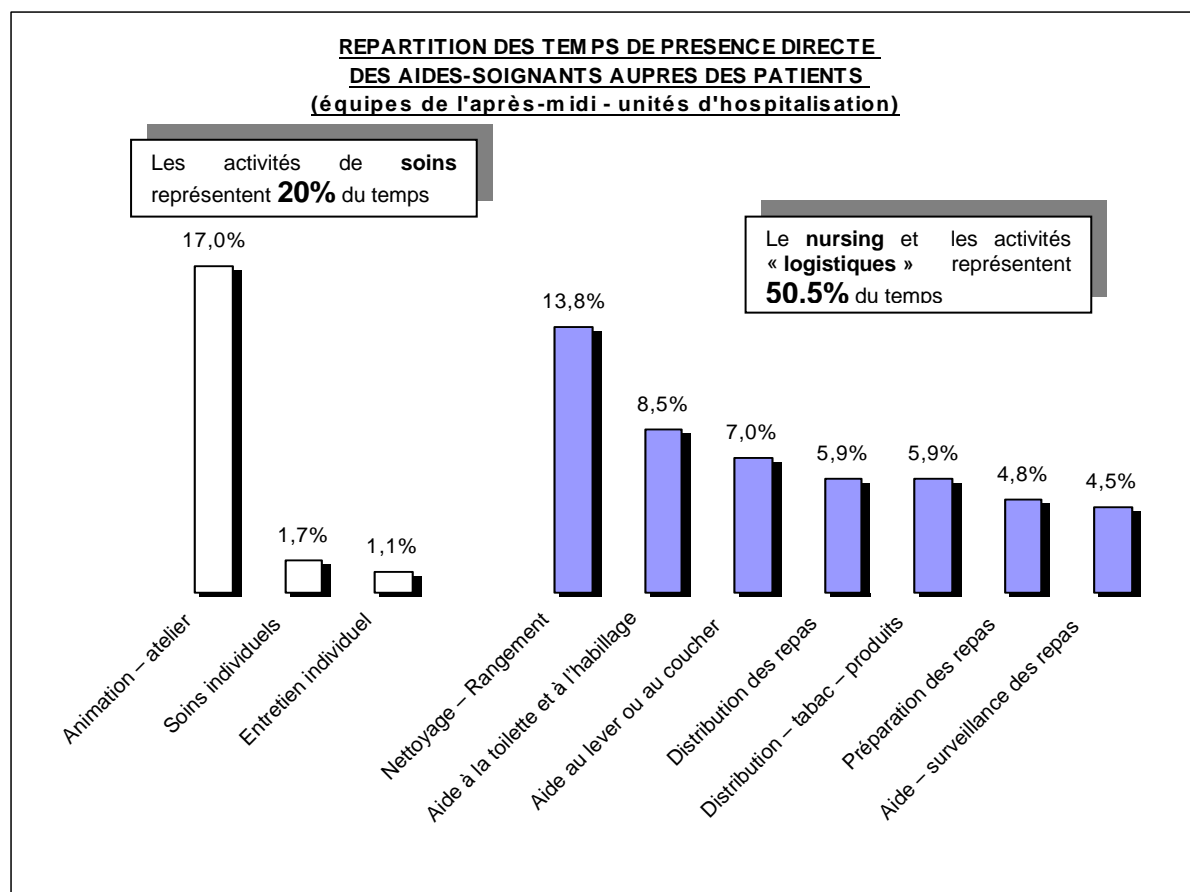
Le détail des activités est le suivant :

<b>ACTIVITES</b>		<b>TEMPS PASSE en %</b>
<b>Temps personnel</b>		<b>8,2%</b>
Dont	Arrivée – Prise de fonction	2,5%
	Pause	4,5%
	Formation	
	Repas de l'agent	1,1%
<b>Présence directe auprès du malade</b>		<b>70,3%</b>
Dont soins et Activités thérapeutiques	Préparation des médicaments	
	Distribution des médicaments	
	Animation – atelier	17,0%
	Entretien individuel	1,1%
	Accompagnement des malades	
	Tournée surveillance – recherche de patients	
	Soins individuels	1,7%
	Temps de veille	
	Soins somatiques	
	Visite du médecin – entretien avec médecin	
	Sous-total	<b>19,8%</b>



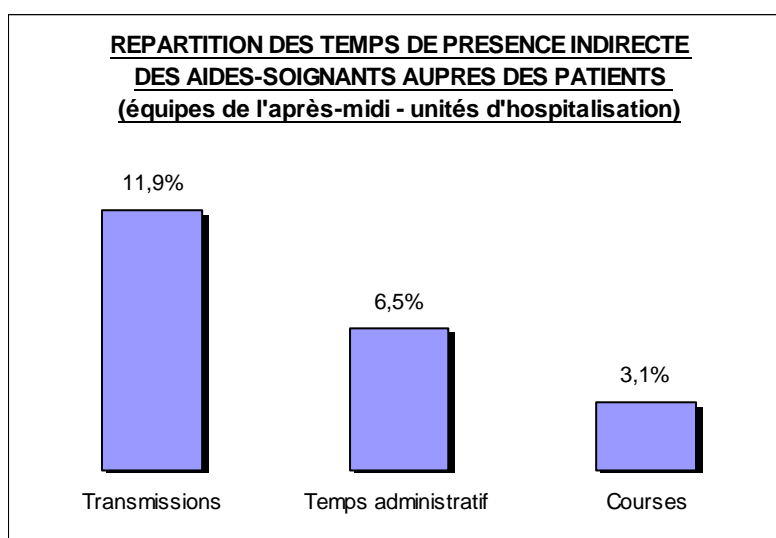
Dont soins de nursing et activités logistiques	Préparation des repas	4,8%
	Distribution des repas	5,9%
	Aide au repas – surveillance des repas	4,5%
	Repas thérapeutique	
	Desserte des repas	
	Réfection de lits	
	Réfection des chambres	
	Aide au lever – au coucher	7,0%
	Aide à la toilette et à l'habillage – change	8,5%
	Accompagnement aux consultations ou autres	
	Distribution – tabac – produits	5,9%
	Nettoyage – Rangement	13,8%
	<b>Sous-total</b>	<b>50,6%</b>
<b>Présence indirecte auprès du malade</b>		<b>21,5%</b>
Dont	Transmissions	11,9%
	Synthèse en intra – réunions dans service	
	Temps avec les familles	
	Temps avec l'équipe en intra (hors synthèse)	
	Temps hors de la structure	
	Temps administratif	6,5%
	Gestion de la file	
	Courses	3,1%
	Téléphone	
	Trajet (pour l'extra)	
	Ouvertures des portes – fermetures	
	Formation des élèves	

Dans le temps « personnel », si le temps de repas avec 1,3% ne varie pas, par rapport à celui des équipes de jour, en revanche le temps de prise de fonction, bien que d'une ampleur faible, est cependant le double de celui du matin et les temps de pause sont également plus élevés (4,5% contre 3,8%).



L'analyse du temps de « présence directe » des AS des équipes de l'après-midi montre que (Cf. graphique ci-dessus):

- le temps consacré aux activités « ateliers » avec 17% est largement supérieur à celui du matin (2,6%) ; on note la persistance du temps « soins individuels » (environ 1,5%) ;
- les activités logistiques et de nursing se partagent (chacune avec environ 15% du temps) entre le repas, l'aide au coucher, et le nettoyage ou le rangement;
- la distribution de produits comme le tabac (6 %) occupe deux fois plus de temps que le matin ;



Le temps de « présence indirecte » des AS des équipes de l'après-midi, représente 21% du temps total.

Si le temps pour les transmissions de l'ordre de 12% est un peu inférieur à celui du matin, en revanche le temps « administratif » (6,5%) et surtout celui pour « les courses » à l'extérieur du service (3%) sont nettement plus importants en volume.

## 42 – Les entretiens

### **Entretien n° 18 – Aide-soignante en hospitalisation temps plein**

*Madame . est aide-soignante dans une unité temps plein (26 lits). Elle dit aimer beaucoup son travail, qui n'est jamais « routinier ».*

*Ses horaires sont : 8h – 15h, quand elle partage le repas thérapeutique dans le pavillon, 8h – 16h ou 13h – 20h. Elle travaille un week-end sur deux.*

#### **Organisation du travail**

*Elle décrit ainsi sa journée :*

*8h – 8h20 : transmission de courte durée avec l'infirmière, notamment sur les incidents qui ont pu survenir pendant la nuit.*

*8h – 8h30 : elle fait le tour des chambres des patients qui ont été enfermés toute la nuit. Certains ne sont pas contents, alors elle leur parle et les fait patienter. Selon le nombre de patients et leur état, elle fait cette ronde toute seule, ou accompagnée par une infirmière.*

*8h – 8h30 : distribution des médicaments et des traitements par l'infirmière aux patients qui sont restés enfermés la nuit. L'aide-soignante distribue les plateaux sans médicament aux patients non difficiles. Elle veille au petit déjeuner des patients qui ont du mal à le prendre seuls, par exemple une patiente qui fait des « fausses routes » ou un patient qui ne peut pas se lever.*

*9h : elle débarrasse les plateaux. Elle effectue le tour des chambres, ouvre celles qui sont fermées, sollicite les patients qui ne sont pas réveillés.*

*9h : elle assiste, si elle a le temps, aux transmissions infirmières – médecins.*

*9h – 12 h : activité prioritaire pendant au moins deux heures : aide à la toilette des patients. Elle commence par les personnes les moins autonomes : par exemple pour un patient hémiplegique, un jour sur deux : douche (sinon toilette au lavabo) rasage, habillage, bas de contention, réfection du lit, sollicitation pour qu'il aille dans son fauteuil. Ceci occupe une à trois personnes pendant au moins une demi-heure.*

*Pour une autre patiente « lourde » la toilette mobilise deux agents, comme celle des patients violents.*

*La toilette est souvent en psychiatrie une activité thérapeutique dont l'aide-soignante rend bien compte : ainsi d'une patiente qui a subi une ablation d'un sein et qui a du fait de ses troubles psychiatriques, plus de difficultés encore à l'assumer. L'aide-soignante parle de tout un travail de renarcissisation. Selon les jours, elle accompagne la patiente à la douche, puis elle l'aide à choisir ses habits, elle la fait se coiffer, se maquiller...*

#### **Autres activités**

*Pour les malades qui sortent de l'hôpital (définitivement, en permission ou ponctuellement) : préparation de la valise, aide à la toilette ; accompagnement de patients dans une visite à l'hôpital ou aux consultations externes.*

*Tous les jours, l'aide soignante va à la pharmacie de l'établissement, pour chercher les médicaments, puis à la poste pour réceptionner et poster le courrier des malades, puis au laboratoire pour récupérer les résultats des analyses et porter les prélèvements.*

*Parfois, elle accompagne un ou des patients, à la poste ou ailleurs.*

*1/2heures de pause café*

*11h45 : l'aide soignante va dans les cuisines, aide à l'aménagement de la table pour les patients qui prennent un repas thérapeutique.*

*Elle va également à la buanderie (centrale) mettre en marche des machines pour des patients qui ne savent pas le faire eux-mêmes.*

*12h – 12h20 : va chercher les patients pour la distribution de médicaments.*

*12h : distribution de plateaux pour les patients qui mangent en chambre, aide à la prise de repas.*

*Soit repas thérapeutique sur place, soit accompagnement de patients au restaurant de l'établissement.*

13h : desserte des plateaux repas.

13h – 13h45 : le cas échéant repas personnel au self (si pas de repas thérapeutique).

13h45 – 14h45 : réunion de service de l'équipe, transmission.

14h – 16h : accompagnement de patients pour faire des emplettes, à l'hôpital (consultations somatiques), aux activités (kinésithérapie, ergothérapie, socio-éducatif), à la cafétéria, à la buanderie.

14h – 16h : une fois par semaine, réunion soignants – soignés.

#### **Travail direct avec le patient**

Toilettes, aide à la prise de repas, distribution des plateaux, nursing, repas thérapeutique à la salle à manger du pavillon.

Accompagnement de patients, en intra-hospitalier, aux activités, en consultations somatiques.

Accompagnement dans des activités développant l'autonomie : buanderie, poste, courses, préparation de la valise, choix des habits, accompagnement au self, apprentissage du vidage des seaux.<sup>10</sup>

Relationnel : ronde le matin pour rassurer les patients après l'enfermement de la nuit ; sollicitation des patients qui ne veulent pas se lever, faire leur toilette, etc.

#### **Travail pour les patients**

Aide au ménage, aide à la préparation des plateaux, courses diverses dans l'établissement : poste, laboratoire, courses diverses, buanderie pour les patients...

#### **Travail en équipe auprès des patients**

Elle travaille avec l'autre aide-soignante et avec les infirmiers si nécessaire pour tout le travail auprès des patients, notamment quand ils sont difficiles.

#### **Réunion, travail d'équipe dans le service**

Transmission avec l'équipe de nuit.

Transmission infirmière/médecin.

Réunion d'équipe, une fois par semaine.

Réunion soignants/soignés, une fois par semaine.

#### **Pauses répertoriées**

Une demi-heure le matin pour le café.

Trois quarts d'heures pour le repas au self, quand elle n'y accompagne pas les patients en repas thérapeutique.

### **Entretien n°19 : Aide soignante dans une unité d'hospitalisation d'accueil**

Cette unité d'accueil reçoit tous les malades hospitalisés de l'établissement. S'il est avéré que la durée d'hospitalisation dépassera une semaine, les patients sont transférés dans l'unité de leur secteur ; si le séjour doit être plus court, ils restent à l'unité d'accueil. De même, quand les autres unités n'ont plus de place.

#### **Horaires de travail**

Elle travaille le matin (6h45 – 14h45) ou l'après midi (13h15 – 21h15) ou la journée (12h – 20h). Il lui arrive de faire des remplacements de nuit.

Elle travaille par cycles : 3 jours de travail suivis de 2 jours de repos quatre fois, puis 5 jours de travail 1 RTT et 2 jours de repos.

#### **Service du matin :**

<sup>10</sup> La mission estime quant à elle précieuse l'opinion selon laquelle il serait responsabilisant que les patients vident leur seau hygiénique, au contraire elle considère l'établissement responsable de ne pas offrir de sanitaires dignes aux patients.

Arrivée à 6h45 : transmission avec l'infirmière de nuit jusqu'à 7h.  
 7h : ouverture des 2 salles de bain, préparation du chariot de linge. Envoi d'un mail de commande des repas. Préparation des petits déjeuners, servis selon les malades à la chambre, en salle à manger, sur plateaux, même en chambre d'isolement.  
 Les patients incontinents et/ou dépendants sont changés avant le petit déjeuner.  
 Si l'ASH prend le relais pour les changes, l'aide soignante passe à l'aide pour la toilette.  
 Le nombre de nursing dépend des jours.  
 8h : petit déjeuner jusqu'à 8h45 (durée variable selon qu'il faut aller chercher les gens sédatisés dans leur chambre, les stimuler ou pas.)  
 Débarrassage du petit déjeuner.  
 Les infirmières préparent les médicaments, effectuent les prises de tension.  
 Nettoyage, lavage des plateaux repas du petit déjeuner.  
 Pause café : 5' à 15'.  
 Distribution des seaux de toilette, des rasoirs. Stimulation des patients non autonomes, ceux qui sont dans le déni des soins. Elle aide les malades qui font des shampoings, des brushings.  
 Ceci se fait en collaboration avec l'autre aide soignante.  
 Réfection des lits.  
 L'aide soignante répond à la porte, au téléphone.  
 Elle va chercher les dossiers des entrants dans les secteurs.  
 11h début du repas : mise en chauffe des chariots.  
 Les plateaux sont dressés en fonction des régimes.  
 Distribution des repas à midi, aide et surveillance des prises de repas (fausses routes). Soit l'aide soignante reste dans la salle à manger, soit elle va dans les chambres des patients hospitalisés en HO.  
 Débarrassage des plateaux repas de midi.  
 L'aide soignante mange sur place, en un quart d'heure, vingt minutes.  
 Transmission équipe de l'après midi.

### **Service de l'après midi**

15h15 : arrivée.  
 Commande repas du soir par mail.  
 Dresse un plateau pour les arrivants de l'après-midi, qui souvent n'ont pas mangé.  
 Fait les inventaires des patients arrivants : ne note que ce qu'ils récupèrent : argent, bijoux, CB, objets dangereux.  
 Ouvre les portes, répond au téléphone.  
 Les mutations de patients (vers un autre service) ont lieu l'après-midi : il faut faire les sacs désinfecter les chambres, refaire les lits...  
 Il faut remplir l'armoire à linge, vider, remplir les chariots, aller à la lingerie s'il y a une nouvelle entrée.  
 Goûter : 16h.  
 Si un patient est en chambre sécurisée d'isolement, l'aide soignante lui porte un goûter (si son état le permet) et éventuellement le surveille pendant qu'il fume une cigarette.  
 Pause café pour les personnels (si possible en même temps que le goûter des patients).  
 Réception du chariot des repas du soir, mise en chambre froide.  
 Sortie du linge sale.  
 Fermeture des fenêtres.  
 Préparation des plateaux repas du soir à 18h.  
 19h : distribution des repas.  
 L'heure du coucher des patients est variable : soit après le repas, soit vers 23h. Les patients peuvent regarder la télé. Pour les malades dépendants, le pyjama est mis par l'équipe de nuit.  
 Dans la journée, ne sont en pyjama que les détenus et certains HO et HDT.

### **Constats**

Ceux qui circulent le plus dans l'unité et parlent le plus aux malades sont les AS et les ASH, car les infirmiers sont pris par la paperasserie (confectionner les dossiers, un extrait reste à l'unité d'accueil, l'autre va au secteur, il faut faire beaucoup de photocopies etc.) et par la recherche de lits d'entrée et de sortie.

### **Entretien n°20 : Aide soignante dans une unité d'hospitalisation à temps plein**

Dans cette unité sont hospitalisés des malades qui ont besoin, après une phase de crise aiguë, d'un temps d'hospitalisation de deux mois environ.

#### **Horaires de travail**

12h – 20h. Cycle sur 15 jours : 5 jours de travail, 2 jours de repos, 5 jours de travail, 3 jours de repos.

Les aides soignantes travaillent 2 week-ends sur 3, alors qu'auparavant elles travaillaient 10 week-ends de suite.

#### **Les tâches**

12h : l'aide soignante prend son service, fait le point avec les collègues du matin.

12h30 : repas thérapeutique

13h : transmission, moment inter équipes.

L'aide soignante assiste aux entretiens individuels (médicaux ou non, familiaux).

C'est l'assistante sociale qui effectue les démarches administratives, mais l'aide soignante peut l'accompagner à la SS, à l'OPHLM. Dans une structure de soins, c'est plutôt l'infirmière qui accompagne l'assistante sociale.

Les activités proposées sont très diverses mais plutôt manuelles : atelier cuisine, atelier collage, fleurs en découpage. Certains malades participent à des activités du CATTP. Les activités et les accompagnements sont faits sur l'inter équipe, jusque vers 16h.

Toilette : l'aide soignante doit être à côté des patients qui font des shampoings, des brushings, Préparation du repas du soir (repas thérapeutique)

Distribution de traitements.

Transmissions écrites.

L'aide soignante s'assure avant de partir que tous les patients sont rentrés.

Quand l'aide soignante quitte le service, elle descend au CAC pour faire la transmission orale.

#### **Les spécificités infirmières selon l'aide soignante**

L'IDE assure la préparation des médicaments. Durée : une heure pour les semainiers et vingt minutes pour les traitements journaliers.

L'IDE gère la réserve de pharmacie.

Soins : l'IDE pratique les injections retard, à périodicité de deux ou trois semaines. Elle participe à l'éducation à la santé, par exemple en expliquant les dangers du soleil résultant de la photosensibilisation du fait des traitements, les dangers des traitements somatiques, par exemple mycose.

### **Entretien n°21 : Aide soignante d'une unité d'hospitalisation au long cours**

Cette aide soignante est diplômée depuis 2000. Elle a bénéficié d'un congé parental puis a repris.

#### **Horaires**

Rythme de travail : 3fois du matin ; 2jours de repos ; 3 fois de l'après-midi, 2 jours de repos. Bénéficie de 13 RTT.

Horaires : arrivée le matin à 6h45. Mais en fait une fois sur deux, car dans la mesure où elles sont 5, leur cadre de santé autorise qu'elles ne soient que 2 jusqu'à 7h45, puisque les patients ne sont réveillés qu'à 8h.

A l'arrivée : transmissions.

Les petits déjeuners sont prêts sur les chariots.

8h : l'aide soignante réveille les patients, leur donne leur linge, indique qui va à la douche et qui va se laver au lavabo. Les chambres sont ouvertes la nuit, sauf la chambre d'isolement. Mais les armoires sont fermées à clef. Le patient décide ce qu'il va mettre ou l'aide soignante l'aide à choisir, ou lui donne ses habits.

*Toilette : l'aide soignante pratique plus une surveillance qu'elle n'apporte une aide.  
 Petit déjeuner dans la salle de réfectoire assuré par une infirmière et une ASH. Buffet organisé un peu comme un self. Surveillance soutenue pendant les repas, car fausses routes.  
 Distribution des médicaments.  
 Pendant ce temps, les AS et les AMP effectuent l'entretien des chambres et des salles de bains avec les patients : lit, mobilier, lavabo. (Murs, sols, carreaux faits par les ASH).  
 Pause café (avec des patients éventuellement) avec les autres soignants, transmission.  
 10h30 : activités diverses selon l'agenda (sur lequel toutes les activités sont notées).  
 Les soignants s'organisent entre eux. Ce matin, l'aide soignante a accompagné un patient au centre hospitalier pour une visite en chirurgie, avec un chauffeur de l'hôpital.  
 On essaie au maximum de conserver aux patients leur autonomie, mais on s'est rendu compte qu'ils utilisaient des occasions, comme l'achat de petites choses, dont les cigarettes pour troquer.  
 Une à deux fois par mois, l'aide soignante accompagne des patients, certains pour voir leurs enfants, d'autres leurs parents.  
 Sorties à but thérapeutique : zoo ; bord de la mer ; ferme pédagogique ; bibliothèque, visites à Paris, piscine (avec d'autres) ou sports adaptés.*

**Qui impulse ces activités?**

*C'est l'équipe. Qui est l'équipe ? Les infirmiers, les aides soignants. Et le cadre ? oui. Le médecin n'est jamais mentionné.*

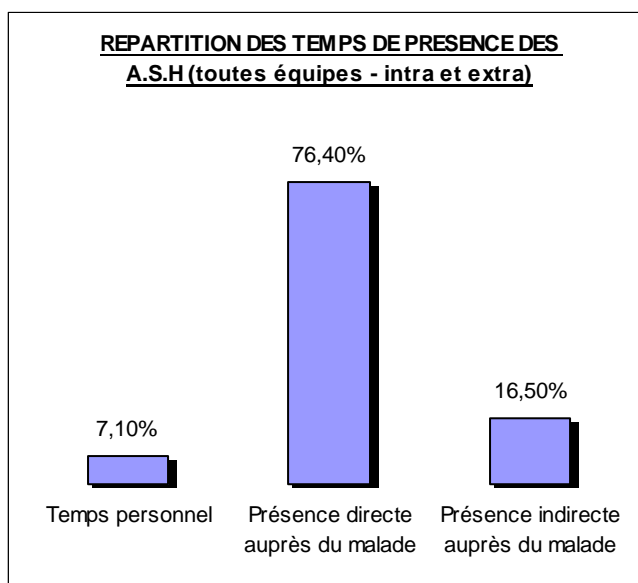
## **5 – LES AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS**





Les agents des services hospitaliers (ASH) interviennent essentiellement dans les unités d'hospitalisation et en très grande majorité dans les équipes du matin et, à un degré moindre, dans les équipes de l'après midi. Il n'y en a pratiquement pas dans les équipes de nuit. Cette catégorie de personnel n'est pas représentée dans tous les établissements.

La répartition des temps de présence des ASH des personnels des équipes de jour et d'après-midi des unités d'hospitalisation (tous établissements confondus) est la suivante :



On observe que :

- le temps « personnel » est de l'ordre de 7,1 % du temps total de présence des AS,
- le temps de « présence directe » auprès du malade est de 76,4%,
- le temps de « présence indirecte » auprès du malade est de 16,5%.

Cette répartition est assez proche de celle des aides soignants :

- le temps « personnel » est similaire (7,3 % pour les AS)
- le temps de « présence directe » auprès du malade est un peu supérieur (73% pour les AS),
- le temps de « présence indirecte » auprès du malade est légèrement inférieur (19,5% pour les AS).

Le détail des différents « temps » de présence des ASH est le suivant :

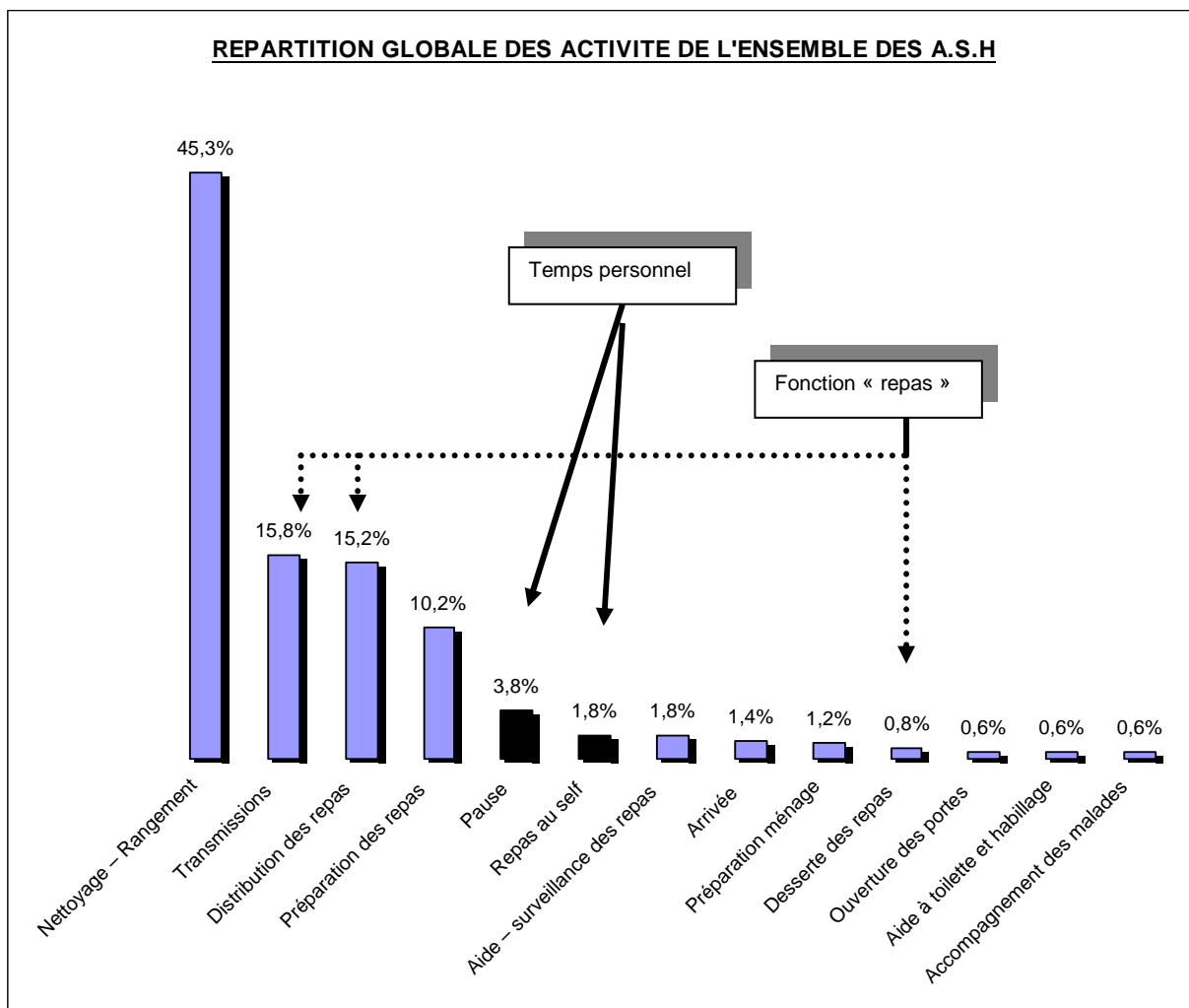
<b>ACTIVITES</b>		<b>TEMPS PASSE en %</b>
<b>Temps personnel</b>		<b>7,1%</b>
Dont	Arrivée – Prise de fonction	1,4%
	Pause	3,8%
	Formation	
	Repas de l'agent	1,8%
<b>Présence directe auprès du malade</b>		<b>76,4%</b>
Dont soins et Activités thérapeutiques	Préparation des médicaments	
	Distribution des médicaments	
	Animation – atelier	
	Entretien individuel	
	Accompagnement des malades	0,6%
	Tournée surveillance – recherche de patients	
	Soins individuels – injections	
	Temps de veille	
	Soins somatiques	
	Visite du médecin – entretien avec médecin	
	<b>Sous-total</b>	<b>0,6%</b>
Dont soins de nursing et activités logistiques	Préparation des repas	10,2%
	Distribution des repas	15,2%
	Aide au repas – surveillance des repas	1,8%
	Repas thérapeutique	
	Desserte des repas	0,8%
	Réfection de lits	
	Préparation du ménage	1,2%
	Aide au lever	
	Aide à la toilette et à l'habillage – change	0,6%
	Accompagnement aux consultations ou autres	
	Distribution – tabac – produits	
	Nettoyage – Rangement	45,3%
	<b>Sous-total</b>	<b>75,8%</b>
<b>Présence indirecte auprès du malade</b>		<b>16,5%</b>
Dont	Transmissions	15,8%
	Synthèse en intra – réunions dans service	
	Temps avec les familles	
	Temps avec l'équipe en intra (hors synthèse)	
	Temps hors de la structure	
	Temps administratif	
	Gestion de la file	
	Courses	
	Téléphone	
	Trajet (pour l'extra)	
	Ouvertures des portes – fermetures	0,6%
	Formation des élèves	

Dans le temps « personnel », le temps de repas avec 1,8% et les temps de pause avec 3,8% sont quasiment identiques à ceux des aides soignants.

L'analyse du temps de présence des ASH auprès des patients montre que (Cf. graphique ci-dessous):

- le temps consacré aux activités de soins ou activités thérapeutiques est très faible (0,6%) et ne concerne que l'accompagnement des malades ;

- la principale activité avec 46% se rapporte, au nettoyage et au rangement et à l'aspect « hébergement » du patient : réfection des lits et des chambres, aide au lever, à la toilette, à l'habillage ;
- en seconde position, l'activité « repas », de la préparation à la desserte des tables (28%) ;
- le temps de transmissions est 16%, mais il ne s'agit pas de transmissions spécifiques aux ASH.





## **6 – LES PSYCHOLOGUES**



## 61 – La profession de psychologue

### 611 – *Le champ de l'enquête*

19 psychologues ont répondu, représentant 18 ETP. Il s'agit bien sûr d'un échantillon trop restreint pour prétendre représenter la profession. Mais il est malgré tout intéressant de noter les affectations différentes du temps selon les établissements ou les secteurs.

Les pratiques quant à elles sont relativement semblables d'un professionnel à l'autre et d'un établissement à l'autre.

### 612 – *La répartition du temps de travail des psychologues*

Le découpage du temps de travail des psychologues a été réalisé à partir d'une grille légèrement différente de celle utilisée pour les autres personnels non médicaux.

Le temps de « présence directe » auprès des patients, comprend l'entretien psychothérapeutique individuel, pratiqué seul ou avec un autre professionnel, le passage et l'interprétation de tests psychologiques, (et le temps de rédaction-interprétation-discussion de ces textes) le travail thérapeutique avec des patients en groupe, les entretiens familiaux, en présence ou non du patient, les échanges informels avec les patients dont les accompagnements (jardin...). Le temps de présence dans le service, c'est à dire de disponibilité aux patients, peut y être ajouté.

Le temps de « présence indirecte » auprès des patients comprend le travail d'échange clinique, de synthèse, de transmission et de réunion institutionnelle d'une structure. S'y ajoute la rédaction des dossiers des patients et la lecture des courriers, téléphones aux patients, préparations des groupes ainsi que les échanges avec l'extérieur...

Le temps « personnel » comprend la formation, la rédaction de notes personnelles, la lecture et la recherche, le temps FIR<sup>11</sup>.

Le temps de travail « institutionnel » comprend l'encadrement des stagiaires, la participation à la vie de l'établissement (CME..)

Au total, le temps « actif » des psychologues regroupe le temps passé en soins, en échanges à propos des malades, en contacts extérieurs, en activité dans l'établissement et en temps de formation-recherche. Ne sont pas inclus les temps de repas, les temps personnels d'arrivée et de départ, les temps de trajet d'une structure à l'autre.

---

<sup>11</sup> FIR : formation individuelle recherches



Sur ces bases les résultats quantitatifs sont les suivants :

Activités	CHS Evreux		IMR		Ville Evrard Secteur n°6		Ville Evrard Secteur n°13		Total	
	Temps en minut.	%	Temps en minut.	%	Temps en minut.	%	Temps en minut.	%	Temps en minut.	%
<b>Présence directe</b>	690	39,0%	725	81%	840	35%	1395	62%	3650	50%
<b>Présence indirecte</b>	935	53,0%	170	19%	770	32%	755	34%	2630	36%
<b>Temps institutionnel</b>	45	2,5%	0	0%	240	10%	60	2,6%	345	4,7%
<b>Temps personnel</b>	110	6,0%	0	0%	545	23%	40 ou 460	1,7%	695	9%
<b>Total temps actif</b>	1780	100%	895	100%	2395	100%	2250 ou 2710	100%	7320	100%
<b>Nbre de psychologues</b>	4		2		6		6 <sup>12</sup>		19	
<b>Temps actif par psychologue ayant répondu</b>	445		447		399		375		407	

Rapportés au nombre de malades présents le jour donné les résultats de l'activité des psychologues sont les suivants, les chiffres correspondant à un nombre de minutes :

Temps en minutes par malade	CHS Evreux	IMR	Ville Evrard Secteur n°6	Ville Evrard Secteur n°13	Total
Présence « directe »	234	363	140	233	203
Présence « indirecte »	234	85	126	438	146

### ***613 – Le temp de “présence directe”des psychologues auprès des malades***

Les psychologues consacrent en moyenne la moitié de leur temps de présence active en soins directs aux patients

Le temps actif des psychologues diffère d'un établissement à l'autre, avec une amplitude allant de 6h15 dans le secteur n°13 de Ville-Evrard, à 7h45 par jour à l'IMR.

Les psychologues consacrent entre 35% et 81% de leur temps de travail actif à des activités menées avec les malades. C'est l'entretien individuel psychothérapeutique, mené le plus souvent par le psychologue seul qui représente le plus fort pourcentage du temps actif, avec de fortes différences :

- à l'IMR (un seul secteur) les psychologues y consacrent 68% de leur temps et ont ainsi offert aux malades un peu plus de 10 heures de psychothérapie individuelle le jour donné ;
- au CHS d'Evreux (4 secteurs et un nombre de patients potentiels plus de 5 fois plus important qu'à l'IMR) moins de 7,5 heures ont été dispensées au bénéfice de 11 malades examinés (même nombre qu'à l'IMR) ;

<sup>12</sup> Il est possible que les deux demi-journées notées correspondent à un temps FIR de 210 minutes chaque fois ; les calculs ont été faits comme s'il s'agissait de temps partiels et non de temps FIR

- les secteurs de Ville Evrard qui sont mieux dotés en psychologues ont pu offrir 7 heures et 11 heures et demi de psychothérapies individuelles à 15 et 21 patients ;
- seuls deux secteurs ont pratiqué des tests, à l'IMR et dans le secteur n°13 de Ville-Evrard.

La répartition des temps passés en entretiens individuels, entretiens de groupe, tests est la suivante :

	Entretien individuel	Entretien de groupe	Tests
<b>CHS d'Evreux</b>	25%	8%	0%
<b>IMR</b>	68%	9%	7%
<b>Ville Evrard Secteur n°6</b>	17%	10%	0%
<b>Ville Evrard Secteur n°13</b>	34%	8%	13%
<b>Moyenne</b>	29%	8%	

Au-delà des différences quantitatives, il y a quelques différences qualitatives :

- à Ville-Evrard, les psychologues pratiquent toutes sortes d'approches, entretien d'inspiration psychanalytique ou non, psychologie évaluative, activités de groupe, de type psychodrame, ateliers psychothérapeutiques, consultation ethnopsychiatrique (pas le jour de l'enquête) etc.
- au CHS d'Evreux, la palette est beaucoup plus restreinte : par exemple, quand les psychologues ont pratiqué 6 des 7 activités de soin direct répertoriées dans le secteur n°13 de Ville Evrard, ils n'en ont pratiqué que 4 à Evreux ;
- à l'IMR ils en ont également pratiqué 4, mais dans cet établissement les activités non pratiquées sont, entre autres, la présence disponible auprès des patients, la consultation avec un autre professionnel et l'entretien familial. Une des psychologues interrogées à l'IMR se plaignait d'ailleurs de l'abandon de la pratique des thérapies familiales systémiques, du fait du raccourcissement des durées de séjour pensait-elle, du fait sans doute d'une difficulté à pratiquer des suivis un peu intensifs pour les patients suivis en ambulatoire, du fait du manque notamment de personnels médicaux et infirmiers.

#### **614 - Les pratiques des psychologues**

Le temps moyen consacré par malade ou groupe de malades aux entretiens thérapeutiques, aux tests, aux thérapies en groupe est identique d'un établissement à l'autre. Il peut changer en fonction de l'ancienneté de soin du patient ou de l'évolution de son état, mais reste encadré dans des intervalles peu disparates.

La capacité des psychologues à intervenir en thérapie individuelle, de groupe, à faire des tests, à animer des réunions d'équipes comme à superviser un suivi de patient paraît également répartie.

Il apparaît bien quelques différences, sans doute entre des services qui pratiquent peu de psychologie évaluative et d'autres où les thérapies psychanalytiques sont moins bien reçues, mais dans l'ensemble il n'est pas apparu de clivages nets dans les pratiques.

## 62 – Les entretiens

**Entretien n°22 – Psychologue en hospitalisation temps plein**

La psychologue effectue un plein temps (37 heures par semaine selon la convention collective) sur le service d'hospitalisation à temps plein et sur un CMP. Dans son contrat n'est pas prévu un temps FIR (formation, information, recherche). Elle fait « une semaine de 37 heures comme les médecins ».

Le planning des psychologues est établi par le médecin directeur.

Les psychologues du service se répartissent les malades selon le type d'intervention, étant l'une de formation analytique, l'autre comportementale.

Dans les entretiens avec les patients, (toujours de 45 minutes), la psychologue fait passer parfois des tests de personnalité et des tests cliniques et démarre des psychothérapies.

**Organisation du travail**

**Lundi** : Matin : 4 patients (de l'extérieur) vus à raison de séances de 45 minutes, dans le bureau des psychologues : 180 minutes, soit 3heures.

Déjeuner.

14h – 16h30 : réunion d'équipe sur les aspects cliniques.

16h30 : un entretien de 45 minutes.

**Mardi** : matin : CMP réunion d'équipe (2heures), reçoit des patients avant et après.

Après midi : 4 patients, soit 180 minutes.

**Mercredi** : Matin : groupe d'accueil, de 10h30 à 12h. La psychologue reçoit « éventuellement » un patient pour un entretien avant.

14h – 17h : 4 patients.

Soir : groupe parents.

**Jeudi** : Matin : consultation du médecin. La psychologue y assiste.

Après midi : réunion soignants / soignés plus post groupe : deux fois 45 minutes.

Consultations selon la demande. Tenue des dossiers.

**Vendredi** : entretiens, consultations.

**Temps direct avec patients**

Entre 14 et 22 séances individuelles par semaine, de 45 minutes chacune.

**Patients en groupe**

Par semaine, deux fois 45 minutes pour réunion soignants/soignés et post-groupe.

Groupe parents.

Groupe d'accueil : 1h30.

Consultation du médecin : deux heures.

**Réunions en équipe**

Réunion du pavillon ; du CMP; soignants/soignés.

Réunions sur l'établissement.

Lundi 13h : staff médecins et psychologues.

Jeudi 12h – 13 h réunion médicale.

**Remarques**

Ne fait pratique plus l'activité psychodrame, pour laquelle elle a été formée, car celle-ci s'étiolo sur l'institution.

Dans le projet de service, les psychologues seront rattachés à chaque pôle et auront une meilleure insertion institutionnelle.

Ce qui a aussi évolué c'est la durée moyenne de séjour (raccourcissement) et donc le fait qu'on ne puisse plus démarrer certaines activités : psychothérapies au long cours, groupe psychodrame...

### **Entretien n°23 – Psychologue à mi-temps**

*Cette jeune professionnelle (psychologue clinicienne analytique et thérapeute familiale) est psychologue à mi-temps. Elle exerce un autre mi-temps, comme diététicienne dans une autre structure, extérieure à l'établissement. C'est volontairement qu'elle travaille dans les deux spécialités et dans deux établissements différents.*

*Son temps de travail tel que précisé dans son contrat de travail est de 18h30.*

*Normalement, son temps FIR pourrait être pris sur son temps de travail, mais de fait, c'est pendant son temps libre qu'elle fait lectures, recherches, travail personnel...*

*Elle travaille dans l'établissement sur deux unités, au service de consultations externes et dans l'unité de troubles du comportement d'autre part.*

#### **Horaires**

*Ses horaires se répartissent ainsi :*

*Lundi : 9h – 17h30.*

*Mercredi : 9h – 12h30 et parfois 12h30 – 16h30 ; de 9h – 10h30 aux consultations externes.*

*Jeudi : 9h – 19h, dont 17h – 19h aux consultations externes.*

#### **Répartition des activités**

*Son travail se répartit ainsi entre réunions d'équipe, réunions cliniques, réunions soignants/soignés et psychothérapies individuelles, de 45 minutes : 3 patients par semaine et un tous les quinze jours aux consultations externes (ces patients sont des ex hospitalisés de l'unité) 10 patients hospitalisés dans l'unité TCA, soit dix heures de psychothérapies individuelles par semaine environ.*

*Enfin elle fait passer des tests projectifs dont elle saisit elle-même le compte rendu chez elle, car elle ne dispose pas d'ordinateur dans l'établissement.*

*S'ajoute la participation à la vie de l'établissement : staff du lundi médecins et psychologues, organisé par le médecin directeur ; réunion entre psychologues pour élaborer un document sur la place et le travail des psychologues au sein des pavillons, travail remis au médecin directeur.*

### **Entretien n°24 – Psychologue en Centre d'accueil et de crise (CAC)**

*Cette psychologue travaille à mi-temps au CAC et au CMP et à mi-temps à l'hôpital, dans un service de chirurgie cardiaque. Elle fait donc 13 heures de présence dans les structures et compte 6 heures de temps FIR.*

#### **Horaires de travail**

*Lundi 13h30 – 17h30 ; mardi : 10h – 13h ; jeudi 10h-16h*

*Son travail se répartit ainsi :*

#### **Travail institutionnel**

*Avec l'équipe du CAC : régulation de l'équipe; travail de synthèse avec l'équipe sur un patient. Ce travail se fait sur les plages suivantes : lundi 1h30 (13h30-15h) réunion de l'équipe du CAC ; mardi : 10h – 11h30 : « passe un peu au CAC »*

*Une fois par mois, travail d'équipe de 19h à 21h sur un sujet.*

*Réunion institutionnelle du secteur : mardi de 11h30 à 13h30.*

#### **Travail direct auprès de patients**

*Les patients sont reçus en consultation au CMP : le lundi : de 15h à 17h30, 18h ; le mardi : de 10h à 12h, soit de 20 à 30 patients reçus par semaine, à raison de 20 minutes environ par patient.*

*Jeudi après midi : temps au CAC pour les patients*

**Temps FIR**

*Ce temps est intégralement pris par la psychologue de ce secteur. Elle le consacre à des activités liées à son orientation analytique, c'est à dire à la participation à des groupes, séminaires, supervision. Elle l'estime nécessaire pour être « en mouvement » dans le travail.*

**Entretien n°25 : Psychologue temps plein (CATTP-CMP)****Horaires de travail**

*Cette psychologue effectue 4 jours de travail dans l'établissement et un ailleurs. Elle n'a de temps FIR.*

**Les tâches au CATTP**

*9h – 10h, tous les matins : réunion d'équipe du CATTP et des VAD pour donner un « éclairage ».*

*10h-11h : animation de 3 ateliers en veillant à leur donner une direction thérapeutique, c'est à dire en facilitant le retour au langage. Un atelier « Conte », un atelier « Internet », un atelier « Chant ».*

*Activité Internet : deux ergothérapeutes vont avec des patients dans un cybercafé faire avec eux des recherches Internet. Il s'agit ainsi de travailler sur l'intra et l'extra, la présence et l'absence.*

*Atelier Chant : avec une infirmière : performance vocale en groupe, étude autour de textes.*

*Atelier Conte : c'est un tour du monde qui ne se fait qu'avec des patientes femmes, chaque lieu visité (dans le conte) donne lieu à une sortie à l'extérieur ; les patientes ont fait émerger quelque chose de la position féminine.*

*11h – 12h : Groupe soignants/soignés avec un psychiatre.*

**Les tâches au CMP**

*Psychothérapies individuelles.*

*Deux consultations d'ethnopsychiatrie avec d'autres co-thérapeutes.*

**Autres activités**

*Conférences à l'extérieur.*

*Séminaire avec les généralistes.*

*Souvent démarrage de thérapies de malades hospitalisés en intra, anorexie, boulimie.*

*Encadrement de 3 à 5 stagiaires par an.*

*VAD parfois.*

*Rendez-vous informels : ainsi tous les vendredi après-midi, cette professionnelle explique qu'elle « descend l'escalier avec un cigare qu'elle va fumer à l'entrée, où des patients, des soignants peuvent la rejoindre pour parler ».*

## **7 – LES ASSISTANTES SOCIALES**



## 71 – La profession d’assistante sociale

Les assistantes de service social (ASS) ne sont pas nombreuses à l’hôpital psychiatrique. Elles ont soit le statut de titulaire, si elles ont passé et réussi un concours hospitalier, organisé par la DRASS au niveau régional, soit elles sont contractuelles. De toutes les façons, elles sont toujours titulaires du diplôme d’assistante de service social qui est un diplôme d’Etat et un titre protégé.

Dans l’organisation traditionnelle de l’hôpital psychiatrique, dans laquelle les malades étaient traités dans les murs, l’assistante sociale était la personne qui faisait le lien entre l’institution et la famille, qui s’occupait du statut « de droit commun » du malade, notamment pour qu’il ait de quoi se vêtir, acheter ses cigarettes etc. et préparait les sorties éventuelles.

Depuis que la psychiatrie soigne hors les murs autant que dans les murs, le métier d’assistante sociale a évolué : l’assistante sociale fait partie de l’équipe soignante et qu’il s’agisse de malades hospitalisés ou traités en ambulatoire, elle est chargée de donner le point de vue social, c’est à dire pécuniaire et domestique sur l’état et les potentialités du malade. Ce qu’elle fait dans des évaluations (bilan social) qu’elle transmet par écrit (au dossier du malade) et par oral (transmissions et réunions de synthèse). Pour ces évaluations individuelles, elle reçoit les malades dans son bureau, à l’hôpital ou au CMP et elle se rend à domicile.

Enfin l’assistante sociale est chargée d’orienter voire d’accompagner les malades dans la « jungle » des droits sociaux, elle fait le lien avec les tuteurs, elle sollicite les services sociaux de droit commun, du département, du CCAS, elle régularise les droits des patients par rapport à la sécurité sociale, indemnités journalières, remboursement d’assurance maladie, paiement de minima sociaux, accès au statut de handicapé psychique en relation avec la Maison départementale du handicap (MDH).

En revanche, sur l’ensemble des personnels enquêtés, tant par questionnaire que par entretien, il n’est jamais apparu que l’assistante sociale jouerait un rôle en matière de socialisation des patients dans le milieu ordinaire ou dans un milieu plus communautaire. Il arrive que les assistantes de service social participent à l’animation d’associations de patients (type groupes d’entraide mutuelle), mais il est rare qu’elles impulsent des groupes de patients et encore plus qu’elles utilisent des techniques d’intervention collective pour aider à l’insertion des patients dans un milieu de vie dans la cité.

Les assistantes sociales travaillent essentiellement en évaluation, bilan et perspectives de statut social pour les patients et peu en intervention avec les patients. Il est d’ailleurs frappant de ce point de vue de voir que dans un des secteurs le travail d’assistance sociale est effectué par un agent administratif et que pourtant le profil d’activité ne diffère guère de celui des autres personnels.

Il est vrai que dans un certain nombre de cas la vitesse de rotation de la file active en intra hospitalier et en extra hospitalier impose une densité importante de démarches administratives, d’autant que souvent les patients de psychiatrie ont des situations sociales difficiles du fait de leur faible potentialité d’insertion. Dès lors, il reste peu de place pour le travail d’intervention sociale proprement dit.



Dans d'autres cas, la faible activité de certaines professionnelles traduit malgré tout une certaine « bureaucratisation » du métier.

Comme pour les cadres de santé et les psychologues, la répartition et la qualification des temps de présence des assistantes sociales ont été effectuées selon une grille spécialement aménagée qui distingue :

- le temps « personnel » : prise de fonction, pauses, repas ;
- le temps « direct » auprès du patient : entretien avec le malade, évaluation, bilan social, visite à domicile, téléphone avec les familles, interventions avec le patient ;
- le temps « d'échanges pluri professionnels » : transmissions, synthèse, échanges divers et informels ;
- le temps « intervention extérieure » auprès des organismes divers : sécurité sociale, services sociaux, tuteur, maison du handicap ;
- le temps « support » : rangement des dossiers, rédaction des courriers, téléphone, trajet, documentation.

Les résultats quantitatifs (temps comptabilisés en minutes) sont les suivants :

	CHS Evreux	IMR	Ville Evrard secteur n°6	Ville Evrard secteur n°13	Temps moyen par ASS en minutes
<b>Nombre d'assistantes sociales</b>	<b>3,5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	
<b>Total temps personnel</b>	<b>150</b>	<b>25</b>	<b>175</b>	<b>245</b>	<b>82</b>
Dont					
Arrivée, départ	15		35	55	10
Pause	15		20	25	31
Repas	120	25	120	165	41
<b>Total temps direct patient</b>	<b>645</b>	<b>290</b>	<b>310</b>	<b>855</b>	
Dont					
Entretien avec le malade	290	95	190	365	90
Evaluation, bilan social, VAD	240			190	41
Téléphone familles	20		25	70	11
Intervention avec un patient	35	165		45	23
Dossier patient divers	50	30	95	185	34
<b>Total échange pluri professionnel</b>	<b>545</b>	<b>235</b>	<b>255</b>	<b>490</b>	
Dont					
Transmissions et synthèses	70	70	90	195	
Echanges entre professionnels	75	25	20	180	
Temps Interstitiel	145	20			
Réunion institut. et synthèse	215	120	145	135	
<b>Total intervention extérieure</b>	<b>70</b>		<b>20</b>	<b>195</b>	
Dont					
Sécurité sociale	30		20	20	
Services sociaux CCAS				30	
Tuteur	40			45	
Médico-social dont MDH				100	
<b>Total support</b>	<b>290</b>	<b>35</b>	<b>120</b>	<b>60</b>	
Dont					
Rangement des dossiers	145				
Courrier	30				
Téléphone	30				
Trajet	85	35		65	
Doc, intervention, stagiaires	5		120		
<b>TOTAL</b>	<b>1750</b>	<b>585</b>	<b>880</b>	<b>1760</b>	
<b>Total par secteur</b>	<b>438</b>	<b>585</b>	<b>880</b>	<b>1760</b>	

La mission a, par ailleurs, comptabilisé le nombre de patients ayant bénéficié de certaines prestations :

- entretien individuel sur le site,
- entretien téléphonique,
- démarches administratives,
- réunions et échanges sur des cas précisés,
- réunions et échanges sur tous les patients du service.

	CHS d'Evreux,	IMR	Ville Evrard, secteur n°6	Ville-Evrard, secteur n°13	Moyenne par agent
<b>Nombre de secteurs</b>	4	1	1	1	
<b>Nombre d'ASS ou d'agents</b>	3,5	1	6	3 ASS 1 agent ad.	
<b>Entretien et contact direct avec un patient en individuel</b>	13 patients	4 patients	9patients	17 patients	4 patients
<b>Téléphone patient ou famille</b>	4 patients	4 patients	15 patients	11 patients	3,2 patients
<b>Dossiers et démarches administratives</b>	11 patients	11 patients	12 patients	43 patients	7,3 patients
<b>Réunions, échanges sur des cas précisés</b>	21 patients	7 patients	5 patients	23 patients	5,3 patients
<b>Réunions, échanges sur tous les patients du service</b>	3 réunions : une fois 12 patients, deux fois « tous les patients du service »	1 réunion pour 12 patients	2 réunions pour 10 et 10 patients	8 réunions ou échanges pour 4, 4, 9, 20 et tous (non précisé)	1,3 réunions à propos de 4 à 25 patients

L'emploi du temps des assistants de service social s'apparente plus à celui des psychologues qu'à celui des infirmières : un travail d'évaluation en entretien individuel et un travail de synthèse dans les échanges collectifs. L'assistant social reste bien le professionnel qui prend en charge la vie ordinaire du patient psychiatrique que celui-ci soit hospitalisé ou suivi en ambulatoire.

En revanche, le petit nombre de ces professionnels ne leur permet pas de travailler à tout ce qui est prévention et travail en réseau, avec d'autres partenaires notamment, des secteurs social, médico-social et de celui de la Justice.

Leur formation commune avec ces professionnels, notamment leurs collègues assistants de service social du département, des établissements médico-sociaux et des services de la protection judiciaire de la jeunesse et des services pénitentiaires leur permettraient pourtant de jouer plus ce rôle de lien.

De même, ce sont les professionnels qui ont reçu une formation au travail d'intérêt collectif (travail social avec les groupes, travail social de développement local ou communautaire), compétence qui paraissent peu utilisées tant au niveau d'une intervention en CATT ou en hôpital de jour, qu'auprès des associations de malades, avec les associations d'usagers et avec le milieu ordinaire. Là encore une réflexion sur les compétences plus que sur les métiers devrait permettre d'utiliser mieux ces professionnels notamment pour le développement de tout ce qui est aide mutuelle et groupes de patients.

Les entretiens qui suivent, plus encore que les relevés horaires montrent la prégnance des démarches administratives, dont la lourdeur est souvent plus fortement ressentie qu'elle n'est réelle, phénomène déjà constaté par l'IGAS dans son rapport public 2005 sur l'intervention sociale.

## 72 – Les entretiens

### **Entretien n°26 - Assistante sociale d'un secteur**

*L'assistante sociale, la seule disponible sur ce secteur, ce jour là, arrive à 9h.  
A 9h5, elle lit les transmissions.  
A 9h30 elle assiste à une réunion de synthèse de 45' à propos d'un malade, avec un médecin et deux infirmières.  
Pause café 25', suivie d'une activité interstitielle de 40'.  
De 11h à 12h, elle assiste à une réunion institutionnelle, avec 1 médecin, 1 psychologue, 4 IDE, 1 cadre de l'unité et 1 cadre supérieur.  
Réunion suivie par une longue période d'activité toujours interstitielle (45').  
Il est temps de déjeuner 30' et de prendre le café (15').  
Il faut alors s'occuper de son deuxième patient dans la journée pour constituer un dossier d'admission dans une maison de convalescence.  
A 14h, on reçoit un appel téléphonique de la CAF, puis deux autres appels téléphoniques, pour des demandes d'informations sur deux dossiers, l'un pour un médecin, l'autre pour un cadre de santé. L'assistante sociale utilise encore le téléphone pour annuler une admission dans un centre (patient n°3) et pour répondre à l'appel d'un organisme de logement (patient n°4). Tout ceci a pris 40'.  
L'assistante sociale met alors à jour un dossier (patient n°5, durée 20') et c'est la pause café de 10'.  
35' de documentation puis on envoie un papier pour régulariser un dossier (patient n° 6 durée 5').  
La dernière heure est consacrée à la mise à jour de dossiers.*

*Ce jour là l'assistante sociale a vu un patient (en assistant à une réunion de synthèse autour de ce patient) avec le médecin et d'autres professionnels et elle a traité les dossiers individuels de 5 patients. Elle a participé à une réunion institutionnelle et a été présente dans l'institution, à disposition pendant une bonne heure, sans compter cafés et déjeuner.  
Pas d'activité collective avec l'extérieur : relations avec d'autres services sociaux, d'autres institutions ; pas d'activité avec des groupes de patients ou de familles, bref, un travail social qui s'apparente essentiellement à du travail administratif, à faible intensité.*

### **Entretien n°27 - Assistante sociale chef**

*Madame X est cadre du service social pour tous les établissements psychiatriques de la région parisienne, soit un établissement comprenant un secteur et 4 unités d'hospitalisation à temps plein, un autre comprenant 3 hôpitaux de jour et un atelier thérapeutique et un troisième comprenant 1 CMP, 1 hôpital de jour, une unité d'hospitalisation à temps plein.*

*L'encadrement du service social est en quelque sorte autonome par rapport à l'équipe de direction, à laquelle elle ne participe pas. Plus encore, elle dit avoir proposé depuis plus de deux mois au médecin chef de le voir pour organiser une rencontre, dans le cadre des staffs du lundi, autour d'une inspectrice de l'ASE qui expliquerait la problématique de l'ASE par rapport aux enfants de parents psychotiques et ne pas avoir été encore reçue.*

*Cette cadre, qui a appris son métier à l'époque du début de la sectorisation (il y a trente ans), discerne plusieurs problèmes :*

*- Le fait que les assistantes sociales ne rendent pas compte de ce qu'elles font, et notamment à l'extérieur de l'établissement. Elle a donc établi une fiche à cet effet et une règle : toute participation à une réunion extérieure doit obligatoirement faire l'objet d'un compte rendu au cadre.*

*- La difficulté à faire la partition entre le travail de l'assistante sociale et celui de l'infirmière et notamment le fait que du côté des assistants sociaux, les accompagnements deviennent parfois trop longs, alors que du côté des infirmières, on s'approprie certains rapports avec les familles ou avec l'environnement.*

*Autrefois, les assistantes sociales recevaient le patient et sa famille, mais maintenant ce peut être aussi l'infirmière.*

### **Entretien n°28 - Assistante sociale secteur, CMP, hôpital de jour**

*Deux assistantes sociales se partagent le suivi des patients du secteur, pour l'unité d'hospitalisation, le CMP et l'hôpital de jour.*

#### **La clientèle et les problèmes traités la semaine précédente:**

- Trouver une chambre dans un foyer Sonacotra.
- Placer un patient en foyer d'accueil médicalisé : dossier à la Cotorep depuis six mois ; demande d'aide sociale à instruire auprès du département etc.
- Contact avec le CCAS de sa commune pour trouver une aide ménagère, car le patient va sortir en permission.
- Problème de retraite, à traiter sur un long cours.
- Organiser le retour à domicile d'une malade mentale d'un certain âge, donc mobiliser l'auxiliaire de vie (du CMP), des bénévoles, voir avec l'infirmière les visites à domicile.
- MAS à trouver.
- Structure étudiante à trouver.
- Achats compulsifs, surendettement. Interrogation sur une éventuelle tutelle.
- Chambre d'hôtel, hébergement à suivre.
- Déclenchement des indemnités journalières (SS).
- Maison thérapeutique.
- Cotorep pour AAH.
- Déclencher les indemnités journalières ; demander la CMU ; éviter l'expulsion locative en faisant une convention avec le propriétaire pour que l'APL lui soit versée directement.
- Patient qui était dans un foyer médicalisé, mais n'a pas pu y tenir ; cancer du sein, faire faire attestation SS.
- Plus deux autres personnes à recevoir.

*Suit en moyenne entre 12 et 19 personnes sur l'hôpital et le CMP.*

#### **Activité de la semaine précédente :**

**Lundi** : 9h : voit avec le secrétariat s'il y a des entrées du WE qu'il faut traiter de manière urgente.

9h30 – 12h : réunion du service social.

15h-16h : réunion de service, toute l'équipe, médecin, psychologues, infirmières, assistantes sociales.

16h – 17h : classement du guide familial (nouveaux textes, activité effectuée tous les deux mois environ.

**Mardi** : visite du pavillon hospitalier (toutes les chambres) avec le médecin, l'infirmière, la psychologue.

11h : rendez-vous au CMP pour réunion d'équipe.

Après midi : s'occupe de 4 patients pour :

- foyer accueil médicalisé et dossier MDH ; - déclaration de ressources à faire pour APL ;  
 - maison thérapeutique à trouver - un homme hospitalisé à la demande d'un tiers, SDF, à qui elle a trouvé une place en foyer Sonacotra, le dossier est bouclé, mais il faut qu'il accepte. Mardi il était d'accord, vendredi il ne l'était plus .

**Mercredi** : 9h-12h : CMP : traite le cas d'un jeune patient pour qui elle cherche un foyer à Lyon. Voit le médecin chef pour un engagement de reprise si ça ne va pas, dossier CAF à finaliser. Rendez-vous avec un malade, qui n'était pas bien et qui a annulé. Puis suivi des autres dossiers.

**Jedi** : 9h – 10h : réunion du service social sous l'autorité de l'assistante sociale chef. Puis téléphone pour chercher une chambre d'hôtel pour un patient. Appel de la curatrice pour une évaluation budgétaire.

Appel d'une maison de repos pour prendre des nouvelles d'un patient.

12h – 14h : recherches dans le bâtiment de l'administration sur Internet, le service n'étant pas équipé.

**Vendredi** : 9h : réunion d'équipe.

Rendez-vous avec un patient du pavillon qui l'attendait pour vérifier sa déclaration d'impôts.

Entretien au CMP avec le patient.

Après-midi : visite avec le médecin au foyer Sonacotra qui ne voulait plus d'un malade.

Entretien avec deux malades et leurs curatrices.

## **8 – LES AUTRES PROFESSIONNELS SPECIALISES**



## 81 – Que font les autres professionnels spécialisés ?

On connaît bien en psychiatrie les professionnels les plus représentés, psychiatres, psychologues, infirmiers ; on connaît moins l'activité des cadres de santé et des assistants sociaux, mais celle-ci s'apparente beaucoup à celle effectuée dans les autres services de médecine.

Mais il existe d'autres catégories d'agent qui effectuent une intervention spécifique à la psychiatrie, des professionnels formés aux activités de réhabilitation : psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, kinésithérapeutes et de type socio-éducatif, tels les éducateurs spécialisés, les moniteurs – éducateurs.

Participent enfin à l'activité des différentes structures, avec un rôle tout à fait particulier en extrahospitalier d'accueil et d'orientation des patients, les secrétaires médicales.

Ces professionnels n'étaient pas beaucoup représentés dans l'enquête, d'autres pas du tout : ni art thérapeute, ni orthophoniste. Sur l'ensemble des trois établissements, un très petit nombre de chacun des autres professionnels a répondu au questionnaire:

- 3 psychomotriciens ;
- 1 bibliothécaire ;
- 12 ergothérapeutes ;
- 6 secrétaires médicales ;
- 1 sociothérapeute.

Il a donc paru plus opérant de décrire le déroulement de ces activités de manière qualitative, à partir des questionnaires fournis.

## 82 - Les psychomotriciens

Les trois psychomotriciens de l'IMR interviennent à la demande des médecins (prescription) pour tous les malades de l'établissement : ils ont donc consacré un certain nombre de séances aux patients du secteur concernés par l'enquête, ce sont des séances de relaxation (60 minutes) ou de douche relaxation (30 minutes), de musculation (45 minutes), de stimulation (30 ou 60 minutes). S'y ajoute une activité de bilan.



### **Entretien n°29 – Psychomotricien en CMP**

*Le matin, arrivée à 8h30, suivi de 45 minutes consacrées à la préparation de la salle et à l'information sur la tenue du dossier des patients.*

*Pratique quatre séances individuelles, une séance pour 2 patients (séances dont la durée est de 30 minutes à 45 minutes en individuel et de 60 minutes pour deux).*

*Ces séances sont suivies d'une heure consacrée aux retranscriptions écrites de ces séances dans le dossier du patient.*

*Pause déjeuner (30 minutes) suivie d'une séance d'échange avec les médecins, le secrétariat et les psychologues du CMP.*

*L'après midi est consacrée à une séance de psychodrame, pour 3 patients, conduite avec 3 autres professionnels et un stagiaire : préparation de 30 minutes, séance de 60 minutes.*

*La dernière heure de la journée est consacrée à la rédaction des projets thérapeutiques.*

## **83 - Bibliothécaire, socio-thérapeute**

L'Institut Marcel Rivière dispose de bibliothécaires et de socio-thérapeutes qui sont souvent des enseignants mis à disposition.

Le bibliothécaire effectue le travail classique, un jour donné pour 4 patients du secteur venus en bibliothèque consulter la presse, une revue, emprunter un ouvrage ou demander des renseignements.

Les « socio-thérapeutes » réalisent des activités d'accompagnement à la boutique avec les patients, des activités accueil et activités socio-éducative propres à entraîner la mémoire, les réflexes (jeux de société), à préparer et effectuer des sorties.

## **84 - Ergothérapeutes**

Ils travaillent en intra ou en extra hospitalier. Ils accompagnent les patients dans les différentes activités, le plus souvent collectives (activité masques, théâtre, cuisine, pâtisserie, dessin, poterie, peinture sur soie, contes). En intra hospitalier, il arrive que les activités d'ergothérapie s'adressent à un seul patient.

Les ergothérapeutes participent aux réunions de service ou concernant leurs patients, ils passent souvent le même temps à préparer l'activité et à noter les acquis aux dossiers des patients et en synthèse qu'à conduire l'activité, ils sont chargés de l'aspect matériel (achats, livraisons, rangement) de leur activité.

En général, il ne font pas plus de deux activités par jour, qui concernent entre 2 et 5 patients.

Dans certains cas, ils ne font que des activités individuelles, dans d'autres que des activités de groupe.

## 85 - Kinésithérapeutes

Les masseurs kinésithérapeutes ne sont présents qu'à l'Institut Marcel Rivière. Ils effectuent des activités individuelles, de massage relaxation ou remobilisation, de gymnastique, vélo. Des activités de groupe, gymnastique, football etc.

### Entretien n°30 – Activités d'un kinésithérapeute

*Ce kinésithérapeute exerce à plein temps sur l'établissement, pour une durée de 37 heures. Il organise son temps sur deux semaines (74 heures). Il travaille sur l'unité d'hospitalisation à temps plein, sur l'hôpital de jour et sur l'unité adolescents.*

*Ses horaires sont : 9h – 12h30 ; 13h30 – 17h (3fois) 18h (2fois).*

*Il suit 18 patients individuellement, entre une et trois fois par semaine, selon les besoins et les possibilités (séance de 30 à 45 minutes) et anime cinq groupes : 1heure de gymnastique, 1 heure 30 de foot, 1 heure30 d'aquagym ; 1h de gym ; 1 heure 30 pour le groupe ados avec le professeur de français.*

*Tous les patients sont pris en charge sur indication médicale.*

*Les prises en charge individuelles comporte essentiellement un travail de renarcisation S'y ajoutent quelques prises en charge extrahospitalières.*

*Les groupes sont soit inter unités, soit spécialisés : groupe ados, gymnastique pour personnes âgées.*

*Le service de kiné/ergo/socioéducatif est transversal à l'établissement, mais pour chaque unité, il y a un kinésithérapeute et un ergothérapeute responsables, qui travaillent préférentiellement dans cette unité et qui assistent aux synthèses. La réunion de kinésithérapeutes a pour but de transmettre aux autres ce qui s'est dit en synthèse et les concerne.*

*Pour chaque patient, il est établi une fiche avec un bilan.*

*L'activité des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues et diététiciens est retranscrite sur un tableau.*

## 86 – Secrétaire médicale

L'activité des secrétaires médicales présente une constante : les tâches sont très variées, extrêmement morcelées, directement dépendantes de l'organisation médicale du service ou du médecin. Aussi, il est apparu très difficile de regrouper et d'analyser les temps d'activité sous des rubriques pertinentes.

### Entretien n°31 – Secrétaire médicale dans un CMP

*Dès son arrivée cette secrétaire médicale ouvre les portes, reprend la ligne téléphonique.*

*Elle commence à frapper la liste des consultations de la semaine suivante, puis la faxe au CHS.*

*Elle reçoit un appel du CATTP.*

*Une collègue, secrétaire du centre de consultation d'addictologie, (certes difficile) vient l'initier, de 8h50 à 10h30 au maniement du logiciel Cimaïse et à l'enregistrement des consultations.*

*Pendant ce temps, elle reçoit un appel téléphonique pour une demande de stage de psychologue.*

*Elle range les dossiers de la consultation de la veille et préparer les dossiers des 9 consultations de la semaine suivante, avec la rédaction de 4 bons de transport et de 2 certificats de suivi.*

*Elle reçoit, coup sur coup un appel de l'infirmière du lycée pour une prise de rendez-vous, puis de la gendarmerie qui demande une expertise.*

*Ensuite un appel d'une collègue secrétaire au CHS, un appel pour un stage de psychologue (passé à la psychologue).*

*Elle faxe une ordonnance au CHS, puis reçoit un appel d'un médecin de l'hôpital de jour, elle appelle une collègue secrétaire au CHS, puis reçoit l'appel de la mère d'une patiente et enfin celui d'un patient qui veut un changement de son rendez-vous.*

*Elle reçoit un appel pour la psychologue de l'hôpital général (liste d'attente).*

*Pause déjeuner de 45 minutes.*

*Elle reprend en cherchant le dossier d'un patient dans Cimaïse, et adresse un courrier à la MSA pour un dossier de Cotorep.*

*Pendant ce temps elle reçoit, coup sur coup des appels pour un psychologue du CHS, pour un médecin pour le traitement, pour un rendez-vous avec le médecin, de la pharmacie pour le traitement du patient.*

*Elle cherche dans sa base de données, à laquelle elle vient d'être formée, les prises en charge psychologues, les VAD, les consultations des médecins.*

*Elle prend un appel pour un rendez-vous avec l'assistante sociale, puis remet en état les pochettes des dossiers suspendus.*

*Elle classe dans les dossiers des documents ramenés du CHS par l'infirmière.*

*Elle refait les dossiers des patients du CMP selon la procédure nouveau dossier du patient.*

*Elle fait ses enregistrements sur la disquette Cimaïse, puis attend la fin.*

## 77 - Educateurs spécialisés

Dans les 3 établissements visités, et pour les secteurs d'adultes concernés, il n'y a que trois éducateurs spécialisés.

### **Entretien n°32 – Educatrice spécialisée CMP/CATTP/Appartements associatifs**

*Cette éducatrice spécialisée débute en psychiatrie et commence à se familiariser avec les dossiers. Elle travaille deux jours au CATTP (mardi et vendredi de 10h à 16h), et participe au suivi de patients du CMP et des appartements associatifs.*

*Elle définit sa spécificité comme ayant une attention un peu plus matérielle à la situation des patients, comme charnière entre l'assistante sociale et l'infirmière.*

*Elle anime des activités de groupe au CATTP, et au CMP et en visites à domicile. Elle suit des patients pour des actes de la vie quotidienne, pour les éduquer à l'autonomie, ou les accompagner : pour les dossiers Cotorep, les dossiers de retard de paiement. Elle les accompagne en voiture (de service) à ED pour faire leurs courses, celles-ci sont regroupées une fois par semaine, notamment pour les patients sous tutelle. Il faut les aider car leur budget est serré, souvent ils disposent de 60 €. Une fois payées leurs cigarettes, il leur reste de 10 à 30€ pour la nourriture d'une semaine. Parfois ils peuvent obtenir des bons alimentaires du CCAS.*

*Elle suit également toute la question du ménage, délicate avec les psychotiques : il faut trouver un équilibre entre le minimum d'exigences de rangement propreté et l'intrusion que peut supporter un psychotique.*

#### **Emploi du temps**

**Lundi** : matin : réunion de synthèse du CATTP, une fois tous les 15 jours supervisée par un psychanalyste. Une matinée de formation toutes les 5 semaines.

Après midi : courses avec les patients.

**Mardi** : CATTP.

**Mercredi** : appartements thérapeutiques ou VAD (si difficile, accompagnée par l'infirmier) ;

**Jeudi** : accompagnements plus exceptionnels (par exemple pour qu'un patient sous tutelle achète un canapé, il faut aller avec lui dans un magasin spécialisé, faire établir un devis, attendre la réponse, l'envoyer au tuteur, puis l'accompagner une deuxième pour l'achat ; accompagnement à la sous préfecture pour les cartes de séjour, les titres de voyage).

**Vendredi** : CATTP.

#### **Autres activités**

*Accompagnements à des activités de groupe en milieu ordinaire : avec des patients psychotiques, il faut d'abord les motiver, car souvent, ils n'ont spontanément aucun désir d'activité. Quelques tentatives ont été faites avec la Maison pour Tous.*

*S'agissant d'activités avec des groupes, il y a la participation de patients du secteur à l'activité théâtre avec une troupe qui travaille sur place ; l'éducatrice y accompagne trois patients de son secteur.*

*L'année dernière, le CATTP a pu bénéficier d'une activité piscine ; ce n'est plus le cas cette année.*

*L'éducatrice a également accompagné 3 patients du secteur en séjour à Saint Jean de Monts et au ski avec l'association sportive de l'établissement. Ce qui suscite maintenant de nouvelles demandes, à gérer.*

*S'agissant de l'association, certains patients sont impliqués dans son CA, en général ils sont impliqués dans tout ce qui est échange du quotidien et qui les touche.*

*Il faut noter la gravité des pathologies des patients qui habitent en appartements associatifs et pour certains en appartements privés et dont beaucoup, à cause de leur pathologie sont très isolés et ne voient que l'équipe du CMP.*



# CONCLUSION



Deux conclusions peuvent être tirées de cette enquête : l'une quant à son exploitation, l'autre quant aux enseignements qu'on peut en tirer.

## 1 – Enseignements méthodologiques

Cette enquête a été effectuée de manière très « rustique », à la main, exploitée à la main, et selon des items qui sont restés volontairement simples.

Cependant, les enseignements qu'on peut en tirer sont importants :

- Chaque secteur, du moins pour ceux d'entre eux dans lesquels les personnels ont collaboré de façon honnête au renseignement des questionnaires, peut en tirer des enseignements :
  - Sur l'organisation du travail.  
Désormais il paraît difficile d'affirmer qu'il n'est pas possible de décrire et donc de connaître avec précision, la nature, l'enchaînement et la durée des tâches accomplies par les différentes catégories de professionnels dans les CHS. Cette méthode permet aussi de mettre en évidence la nature des vrais problèmes. Par exemple, dans certains secteurs, les désorganisations constantes des équipes ont des effets mesurables sur le travail des cadres de santé (réfection des plannings), mais aussi sur l'absence de travail collectif et pourtant la longueur des temps de transmission ; si on ne peut pas remettre en cause les acquis sociaux des 35 heures, du moins pourrait-on adopter des organisations du travail permettant une plus grande stabilité des équipes, une meilleure adaptation de leur composition aux besoins des patients.
  - Sur le travail d'encadrement.  
Dans certains secteurs, le travail d'encadrement est très visible dans l'emploi du temps du cadre de santé, du médecin chef de service ou d'unité ; dans d'autres au contraire, celui-ci n'agit que comme un pair. Ce système d'enquête pourrait servir d'auto-évaluation, notamment aux personnels débutant dans un poste d'encadrement.
  - Sur les densités de travail selon les heures de la journée.  
En dehors des soins planifiables (rendez-vous en extra hospitalier, visites régulières en intra, activités thérapeutiques à jours fixes...) les équipes sont sollicitées par des demandes de malades (en intra hospitalier, en extra hospitalier, en urgence, au téléphone) dont la périodicité est repérable et devrait permettre une adaptation de la composition des équipes aux besoins. (Il est par exemple dommage que nombre de structures extra hospitalières et de médecins intra hospitaliers arrêtent leur travail vers 17 h, quand il a été démontré qu'entre 17h et 21h, se situent le plus grand nombre d'actes d'auto ou hétéro agression des malades.



- Sur l'implication des différents personnels dans le travail d'équipe et le moyen d'améliorer les collaborations.
- Sur la composition des équipes entre différents professionnels, notamment la répartition entre infirmiers, socio-éducatifs, aide soignants, assistants sociaux etc ; et entre psychologues et psychiatres. Cette méthodologie d'enquête permet de mettre en évidence les chevauchements de compétences professionnelles dans l'exécution des tâches : médecins et psychologues, psychologues et infirmiers, infirmiers et aides soignants, aides soignants et ASH, assistantes sociales et personnels sociaux éducatifs. Cependant, l'analyse de ces phénomènes nécessite une approche différente de celle qui est adoptée généralement en MCO, où les activités et les actes techniques sont nettement mieux identifiés, sériés et quantifiés. Elle doit permettre toutefois de mieux objectiver et adapter les dotations en personnels aux besoins des patients.

➤ Du point de vue national :

- Sur les besoins en différentes professions : on peut calculer, à partir de ce type d'enquête, les temps de différents types de soins utilisés dans des secteurs qui fonctionnent de manière active et en déduire un indicateur de besoin.
- On peut aussi caractériser les compétences nécessaires et les répartir entre différents professionnels.
- On peut enfin construire des parcours de formation et d'adaptation à l'emploi pour les différents postes, notamment l'encadrement.

## 2 – Remarques générales

- Travailler en psychiatrie est spécifique, même si tous les actes effectués par les soignants ne nécessitent pas une connaissance spécifique

L'analyse des tâches et des patients montre qu'il y a en psychiatrie, en intra hospitalier, comme en extrahospitalier, des tâches spécifiques, qui nécessitent une connaissance spécifique et des tâches ordinaires, mais qui doivent être exercées spécifiquement.

- Les tâches spécifiques nécessitent une connaissance des pathologies psychiatriques :
  - pour les médecins, ce sont toutes les tâches de diagnostic, évaluation, prescription ;
  - pour les psychologues, c'est tout ce qui s'apparente au bilan, à l'évaluation, aux psychothérapies de diverses obédiences ;

- pour les infirmiers, il s'agit de l'entretien infirmier, mais aussi des soins aux malades chroniques, type injection retard, visite à domicile, évaluation ;
- pour les assistants sociaux et les personnels socio-éducatifs, il s'agit de tout ce qui est bilan social et accompagnement/insertion dans les actes de la vie ordinaire ;
- pour les personnels médico-techniques, de type ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotriciens, orthophonistes, il s'agit des actes de bilan des capacités correspondantes, réhabilitation.

Ces connaissances spécifiques déterminent tant les actes individuels que le travail collectif d'évaluation et d'élaboration de solutions pour les malades. Il est nécessaire que chaque professionnel ait une connaissance précise de son domaine par rapport aux malades mentaux, à leurs troubles et aux thérapeutiques efficaces et en même temps qu'il partage un langage commun quant aux diagnostics, aux symptômes, à la nosographie.

- Les tâches soignantes et de nursing ordinaires sont à exercer de manière spécifiques en psychiatrie

Qu'il s'agisse de soins somatiques, de nursing, d'accompagnement dans des actes de la vie courante, voire de simples échanges, quand les protagonistes en sont des patients psychiatriques, il est toujours nécessaire de prendre en compte certaines précautions :

- Tout patient psychiatrique peut être dangereux, à moment donné, même si très peu de patients psychiatriques le sont de manière constante. Cette dangerosité ne doit ni être exagérée, ni déniée, elle fait partie de l'ordinaire de la pathologie psychiatrique, dont on ne peut tenir grief au malade, mais par rapport à laquelle il faut prendre des précautions. Ne pas laisser des débutants seuls avec des patients peu stabilisés, en crise, inconnus du service ; développer des stratégies d'équipe, tant pour soutenir les professionnels que pour sécuriser les patients ; instituer des lieux et temps de parole entre professionnels.
- Beaucoup de patients psychiatriques connaissent des périodes de grande stabilité suivies ou entrecoupées de périodes de crises ; apprendre aux professionnels, dans leur domaine, à repérer les signes annonciateurs d'une crise, les attitudes susceptibles de faire baisser les tensions est nécessaire pour tous les soignants de psychiatrie et en psychiatrie.
  - Tout acte de soin ou tout acte effectué dans une institution ou par une institution soignante à l'égard d'un patient psychiatrique a un sens thérapeutique.

Dans certains cas, ne pas prendre cela en compte risque d'annihiler le travail d'autres professionnels. Par exemple, les vêtements et les soins du corps ont pour certains patients psychiatriques une importance pathologique, il est important de ne pas leur faire ou leur faire faire leur toilette, leur habillage sans donner sens à ces actes. Les interviews menées dans le cadre de cette enquête montrent que les personnels, de toutes catégories, savent parler de ce qu'ils font par rapport aux patients, lui donnent un sens, sans qu'il s'agisse d'un sens théorique plaqué. Cette mobilisation du sens thérapeutique dans tous les actes est un des acquis de la psychiatrie institutionnelle, le plus à même de permettre une réinsertion des malades dans la communauté.

Il résulte de cet impératif de sens un besoin très important en psychiatrie d'échange entre les professionnels. Dans certains services, ce temps d'échange touche tous les professionnels et prend diverses formes, de l'échange collectif institué à l'échange informel à deux ou trois professionnels, la densité du temps consacré à « parler des malades » n'est pas un signe de désengagement, au contraire. Il est d'ailleurs frappant de voir que les échanges, même considérés comme personnels (cafés, pause, repas) sont dans certains services « occupés » par les malades, les difficultés des personnels avec eux, voire une veille constante. Dans d'autres services, le temps d'échange est restreint et certains personnels n'y participent que très peu. Quand ce sont les médecins et les psychologues qui travaillent de manière aussi individualiste, la qualité du soin ne peut qu'être amoindrie.

- Travailler en psychiatrie nécessite sans cesse de gérer le bon équilibre entre préservation de soi et empathie

Les malades mentaux sont très souvent dans un état de grande souffrance. Une souffrance qui se sent, qui touche chez les soignants une part intime d'eux. Il est donc nécessaire qu'ils s'en protègent. Ceci peut être une protection par l'évitement, le moindre travail pour la moindre implication ; ce peut être aussi un travail de soutien mutuel entre professionnels. Là encore, l'exemple des psychologues est parlant : le temps FIR avait été institué en partie pour leur permettre de mettre à distance les cures, dans lesquels ils ont à faire directement à la souffrance psychique. Mais quand ce temps est utilisé comme temps de retrait, il n'est pas sûr que ce soit efficace en termes de protection de soi, en tout cas, cela l'est au détriment d'une intégration dans l'équipe, seule susceptible de procurer un soutien mutuel.

Ces questions de pratiques doivent absolument être organisées au niveau de l'équipe et ne peuvent pas relever de la liberté individuelle de chacun..

➤ La synergie de l'équipe accroît l'efficacité des soins

- Les temps de l'échange sont indispensables

La parole en psychiatrie est fondamentale, c'est à dire au cœur de l'acte de soins. Elle concerne toutes les catégories : aussi bien les « savants » que les « exécutants », même si chacun exprime un point de vue différent. Par exemple, en psychiatrie les ASH participent, en même temps et au même titre que les autres professionnels, aux temps de transmission (qui souvent dépassent une heure) ou aux échanges d'informations sur le comportement des patients.

On remarque que quand un secteur dispose de moyens suffisants pour organiser à la fois un travail dense au niveau de la production d'actes par chaque professionnel et des échanges entre professionnels, la prise en charge des malades paraît mieux organisée, on comprend mieux à quelles étapes thérapeutiques correspondent les différents outils mobilisés, quelles collaborations s'organisent, comment s'élabore un diagnostic et ce qu'on peut attendre de chaque professionnel.

La manière dont les différents professionnels, dans les différentes unités rendent alors compte de leur travail permet de voir qu'à la fois eux se situent bien dans un ensemble

soignant (le secteur, leur unité dans le secteur, le rapport à leur environnement) et qu'il y a une continuité pensée et réelle des soins dispensés.

Au contraire de soins dispensés « à l'acte » par des professionnels qui travaillent chacun de leur côté, sans échange et sans projet collectif.

La mise en place du travail d'équipe nécessite à la fois un minimum de moyens humains (certains services sont trop pauvres pour consacrer du temps aux échanges, absorbés qu'ils sont par les contraintes du rendez vous et de l'hospitalisation), une connaissance mutuelle des membres des équipes et une confiance, c'est à dire une certaine pérennité des équipes.

Quand il y a équipe, les patients récupèrent un statut de sujet, de personne traitée dans sa globalité, au contraire des patients morcelés entre différents professionnels et différents temps.

- Pour qu'il y ait équipe, il faut qu'il y ait encadrement

- Le médecin chef de secteur est le pivot de l'équipe psychiatrique.

C'est lui qui prend les responsabilités par rapport aux familles, aux autorités, à la direction de l'établissement, aux malades et aux autres soignants. Il est dommage qu'il ait aussi peu de poids sur la composition de son équipe, médicale et paramédicale. Il serait en tout cas essentiel qu'il puisse toujours participer au recrutement du cadre supérieur de santé de son service. Le médecin chef de secteur n'est pas un médecin comme les autres. Certes, il est nécessaire qu'il soit bon psychiatre, qu'il ait une légitimité soignante, mais il est aussi nécessaire qu'il possède des qualités de manager, de chef d'équipe. Ceci nécessite qu'il consacre un temps important aux échanges avec le cadre supérieur de santé, avec l'équipe médicale et psychologique, avec l'équipe sinon de tout le secteur du moins d'une unité dont il a la charge plus particulièrement. Ces qualités peuvent difficilement être présumées, il serait nécessaire que les médecins chefs puissent suivre une formation, non pas tant théorique que sous forme d'une mise en commun avec d'autres chefs de service et cadres supérieurs de santé des difficultés et ressources de cette fonction.

- Le cadre supérieur de santé doit travailler en binôme avec le chef de secteur et devrait aussi être formé au management pratique.

- L'encadrement des cadres devrait se faire plutôt de manière collective que corporative, les réunions de type CME ou réunion par les DSSI des cadres supérieurs de santé ou les collèges de psychologues devraient être des instances purement techniques (d'échange technique), afin de dégager des temps d'échange entre cadres de différentes professions participant à une démarche d'encadrement commune.

- La labilité de la composition des équipes les rend moins efficaces

En général, du fait d'une amplitude horaire moins grande, les unités extra hospitalières ou d'hôpitaux de jour ont des équipes plus stables que les unités intra-hospitalières, dans lesquelles se succèdent des équipes de jour, d'après midi, de nuit et de journée, à composition variable du fait du nombre de jours travaillés et chômés.

Cette labilité des équipes soignantes, qui connaissent au moins trois compositions dans une journée, avec une adjonction à géométrie variable des médecins et psychologues se double d'une diversité de composition sur la semaine (du fait des journées de vacances, de récupération, de RTT) et le mois.

Cette instabilité à laquelle il est difficile de remédier, du fait des durées de travail des personnels, normalement plus courtes que celles des patients hospitalisés 24h sur 24, est renforcé dans certains endroits par la non-pérennité de la composition des différentes équipes voire une certaine imprévisibilité : les personnels travaillent en général de nuit ou de jour, mais le matin ou l'après midi, selon des périodicités prédéterminées et régulières, entrecoupées des congés annuels, mais aussi des formations, RTT, congés de maladie, pour enfants malades... Enfin, dans certains endroits, les plannings ne sont pas tenus, les motifs même les plus prévisibles d'absence n'étant pas anticipés.

Il est clair en tout cas, que c'est rarement autour des usagers que le travail des professionnels est organisé, sauf quand il s'agit d'activités exceptionnelles, programmées la nuit, le soir, ou pour des périodes longues (séjours thérapeutiques).

La continuité des soins passe aussi par la stabilité des équipes et le fait que les professionnels puissent avoir des contacts réguliers entre eux.

- Une durée de présence trop courte dans l'unité de soins nuit à l'implication au moins collective des professionnels

Les médecins qui « pratiquent les 35 heures hebdomadaires » que ce soit sous forme de jours de RTT ou de présence réduite chaque jour (voire des deux dans certains établissements) et qui sont absents de leur service pour des motifs réguliers et divers (activités d'intérêt général deux après-midi par semaine, récupération des temps de garde et temps de repos compensateur, participation à des instances diverses dans l'établissement ou au niveau national ...) sont moins impliqués dans leur équipe et en tout cas ne sont pas toujours à même de la sécuriser.

S'en suit souvent une demande inflationniste de moyens supplémentaires.

Car la qualité et l'organisation du travail, sous l'impulsion des médecins participent au moins autant à la qualité des soins que l'augmentation quantitative des postes de tous types de professionnels. Ainsi de cet établissement de la région parisienne, dans lequel les médecins ont organisé une « permanence des soins », c'est à dire le remplacement des médecins par un seul, tous les jours de 17H à 18H30, heure de début de la garde, et où devant l'augmentation des accidents de travail par agression des professionnels par des patients entre 17h et 21h, il est demandé des postes d'infirmiers supplémentaires.

L'enquête sur le travail accompli, un jour donné par chacun, pour qui et avec qui devrait avant tout permettre de réfléchir sur cette organisation et cet encadrement du travail. C'est là nous semble-t-il que gît pour l'essentiel la potentialité d'amélioration du service public de la psychiatrie.

# ANNEXES



ANNEXE 1**FICHE DE RELEVÉ DES TÂCHES****STATUT** (exemple : titulaire, stagiaire, contractuel, vacataire) : .....**FONCTION ou emploi** (exemple : Médecin, IDE, ASH) : .....**UNITE ou service** (exemple : hospitalisation, CMP, CATTP) : .....**HORAIRES HABITUELS dans la structure** (exemple : 8h – 16 h) : .....

Cette fiche doit être remplie par chaque agent présent le jour fixé. Elle sera remise une fois remplie au cadre de santé qui les centralisera et les transmettra à la direction.

Les fiches ne feront pas l'objet d'une exploitation individuelle. L'objectif de cette enquête est de pouvoir mieux décrire le quotidien des personnels en psychiatrie (de jour comme de nuit) et les tâches qui sont les leurs auprès des malades directement ou pour les malades.

Les activités doivent être toutes décrites, chaque fois qu'il y a changement, y compris les appels et les réponses téléphoniques.

<b>HEURE</b> De début de l'activité <sup>13</sup>	<b>TYPE D'ACTIVITE<sup>14</sup> :</b> Description succincte	<b>COLLABORATEURS A CETTE ACTIVITE</b> (Nombre et fonction)	<b>NOMBRE DE MALADES CONCERNES</b>

<sup>13</sup> Noter seulement l'heure de début (arrondie à cinq minutes. Par exemple : 10h35 pour 10h33 ou 10h30 pour 10h32). La durée des tâches sera calculée ultérieurement par soustraction.

<sup>14</sup> On entend par tâche, toute occupation du temps. Par exemple : une activité auprès de un ou plusieurs malades (entretien, soin, acte paramédical, atelier d'ergothérapie) ou une activité effectuée pour des malades en dehors de leur présence (préparation des plateaux, des semainiers, téléphone pour eux) ou une activité institutionnelle dans le service (réunion) ou dans l'établissement, ou une activité personnelle (formation, recherche, enseignement) ou une activité interstitielle (déplacement d'un endroit à l'autre de l'établissement, du secteur, pauses solitaires ou avec des collègues, échanges informels).





ANNEXE 2**EXEMPLE DE FICHE DE RELEVÉ DES TÂCHES REPLIE**

STATUT (exemple : titulaire, stagiaire, contractuel, vacataire) : *Contractuelle*  
 FONCTION ou emploi (exemple : Médecin, IDE, ASH) : *Aide-soignante*  
 UNITÉ ou service (exemple : hospitalisation, CMP, CATTP) : *Hospitalisation adulte*  
 HORAIRES HABITUELS dans la structure (exemple : 8h – 16 h) : *8h – 16 h*

Cette fiche doit être remplie par chaque agent présent le jour fixé. Elle sera remise une fois remplie au cadre de santé qui les centralisera et les transmettra à la direction.

Les fiches ne feront pas l'objet d'une exploitation individuelle. L'objectif de cette enquête est de pouvoir mieux décrire le quotidien des personnels en psychiatrie (de jour comme de nuit) et les tâches qui sont les leurs auprès des malades directement ou pour les malades.

Les activités doivent être toutes décrites, chaque fois qu'il y a changement, y compris les appels et les réponses téléphoniques.

HEURE De début de l'activité <sup>15</sup>	TYPE D'ACTIVITÉ <sup>16</sup> : Description succincte	COLLABORATEURS A CETTE ACTIVITÉ (Nombre et fonction)	NOMBRE DE MALADES CONCERNES
8 h	Arrivée	Sans objet	Sans objet
8h10	Transmission avec service de nuit	1 IDE, 1 AS	Tous les malades de l'unité
8h 30	Tournée des chambres fermées la nuit	1 IDE	Tous les malades de l'unité
8h 30	Distribution des plateaux des petits déjeuners	Seule	10 malades dont 2 à aider à manger
8h50	Réponse au téléphone	Seule	1 malade
8h55	Débarrassage des plateaux	1 AS, 1 ASH	10 malades
9h 15	Toilette des patients	1 IDE pour les violents, 1 AS pour les non autonomes Seule pour le reste	2 malades 3 malades 8 malades
10h15	Pause café	Toute l'équipe	
10h 25	Réfection des lits	1 AS, 1 ASH	Tous les malades de l'unité
11h 30	Préparation du déjeuner	1 AS, 1 ASH	Tous les malades de l'unité
11h55	Cherche les patients pour la distribution des médicaments	Seule	Tous les malades de l'unité
12h	Repas thérapeutique	1 IDE, 1 AS, 1 ASH	Tous les malades de l'unité
13h	Desserte des repas	1 AS, 1 ASH	Tous les malades de l'unité
13h30	Pause café	Toute l'équipe	
13h50	Réunion de service de l'équipe-Transmission	Toute l'équipe	
14h10	Accompagnement de patients pour consultation	Seule	2 + 3 malades
16h	Départ	Sans objet	Sans objet

<sup>15</sup> Noter seulement l'heure de début (arrondie à cinq minutes. Par exemple : 10h35 pour 10h33 ou 10h30 pour 10h32). La durée des tâches sera calculée ultérieurement par soustraction.

<sup>16</sup> On entend par tâche, toute occupation du temps. Par exemple : une activité auprès de un ou plusieurs malades (entretien, soin, acte paramédical, atelier d'ergothérapie) ou une activité effectuée pour des malades en dehors de leur présence (préparation des plateaux, des semainiers, téléphone pour eux) ou une activité institutionnelle dans le service (réunion) ou dans l'établissement, ou une activité personnelle (formation, recherche, enseignement) ou une activité interstitielle (déplacement d'un endroit à l'autre de l'établissement, du secteur, pauses solitaires ou avec des collègues, échanges informels).



ANNEXE 3**GRILLE D'ANALYSE DE REPARTITION DES ACTIVITES DES MEDECINS**

ETABLISSEMENT :

EQUIPE :

DATE :

GRADE :

ACTIVITES		TEMPS PASSE					TEMPS PASSE	%
		1	3	4	5	6		
<b>Temps personnel</b>								
Dont	Arrivée							
	Pause							
	Repas							
	Enseignement (interne) – Formation – Recherche							
<b>Présence directe auprès du malade</b>								
Dont	Consultation – Rendez-vous							
	Entretien individuel avec patient hospitalisé							
	Entretien avec IDE							
	Entretien avec psychologue							
	Entretien avec Ass. Sociale							
	Entretien avec cadre de santé							
	Visite dans le service							
	Soins individuels – Prescriptions							
Visites à domicile								
<b>Présence indirecte auprès du malade</b>								
Dont	Transmissions –activité interstitielle							
	Synthèse de prise en charge – Réunions							
	Temps avec les familles							
	Temps avec l'équipe en intra (hors synthèse) Echanges informels							
	Temps administratif (dossiers, courriers certificats, comptes-rendus)							
	Gestion de la file et négociations administratives							
	Téléphone							
	Trajet (pour l'extra)							
	Entretien avec cadre de santé							
<b>Temps institutionnel</b>								
Dont	Réunions des diverses instances							
	Travail d'intérêt général							
<b>Temps passé</b>								
<b>Nombre d'activité</b>								



ANNEXE 4**LES RESULTATS QUALITATIFS ( ACTIVITES DES MEDECINS)**

ACTIVITES	TEMPS PASSE PAR ETABLISSEMENT			TEMPS PASSE TOTAL	
	VILLE EVRARD	EVREUX	IMR	NOMBRE	%
<b>Temps personnel</b>	<b>1025</b>	<b>650</b>	<b>190</b>	<b>1865</b>	<b>11,0%</b>
Arrivée	45		30	75	0,4%
Pause	230		40	270	1,6%
Repas	495	650	120	1265	7,5%
Enseignement (interne) – Formation –Recherche	255			255	1,5%
<b>Présence directe auprès du malade</b>	<b>2320</b>	<b>3295</b>	<b>1115</b>	<b>6730</b>	<b>39,8%</b>
Consultation – Rendez-vous	470	1070	550	2090	12,4%
Entretien individuel avec patient hospitalisé	1355	1050	490	2895	17,1%
Entretien avec IDE –	110	120		230	1,4%
Entretien avec Ass. Soc		15		15	0,1%
Entretien avec psychologue	60			60	0,3%
Visite dans le service	60	390	75	525	3,1%
Soins individuels – Prescriptions	70			70	0,4%
Visites à domicile	255	75		330	1,9%
Intervention dans une autre unité		575		575	3,4%
<b>Présence indirecte auprès du malade</b>	<b>2460</b>	<b>3205</b>	<b>1095</b>	<b>6760</b>	<b>40,0%</b>
Transmissions –activité interstitielle	220	205	145	570	3,4%
Synthèse de prise en charge –Réunions	770	190	515	1475	8,7%
Temps avec les familles	60	285		345	2,0%
Temps avec l'équipe en intra (hors synthèse)	130	370		500	2,9%
Echanges informels					
Temps administratif (dossiers, courriers certificats)	780	1380	180	2340	13,8%
Gestion de la file et négociations administratives	55	75		130	0,8%
Téléphone	230	110	180	520	3,1%
Trajet (pour l'extra)	190	240	75	505	3,0%
Visite de structures externes		270		270	1,6%
Visiteurs médicaux		80		80	0,5%
<b>Temps institutionnel</b>	<b>1395</b>	<b>150</b>	<b>0</b>	<b>1545</b>	<b>9,2%</b>
Réunions des diverses instances	755			755	4,4%
Travail d'intérêt général	640	150		790	4,7%
<b>Temps passé</b>	<b>7200</b>	<b>7300</b>	<b>2400</b>	<b>16900</b>	<b>100%</b>



ANNEXE 5

<b>LES ASPECTS QUALITATIFS DU TEMPS DE PRESENCE DES MEDECINS</b>
--

Réponses exploitables pour les aspects qualitatifs	Temps médical total en minutes	Nombre médecins concernés
CHS Evreux	5850	13
IMR	2250	5
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	4500	10
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	1800	4

Entretien individuel pratiqué seul	Temps total en minutes	Nombre médecins concernés	Temps moyen par médecin	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	590	4	147	27	22
IMR	755	5	151	29	26
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	655	6	109	28	23
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	210	1	210	9	23

Entretien individuel « accompagné »	Temps total en minutes	Nombre médecins concernés	Temps moyen par médecin	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	2610	12	217	93	28
IMR	255	3	85	15	5
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	925	9	102	32	29
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	285	3	95	13	22

Rédaction de cas, d'observations, de certificats	Temps total en minutes	Nombre médecins concernés	Temps moyen par médecin	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	855	10	85	27	31
IMR	200	4	25	29	7
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	400	6	26	35	11
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	40	2	20	4	10

Réunion de synthèse sur un ou plusieurs cas	Temps total en minutes	Nombre médecins concernés	Temps moyen par médecin	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	250	5	50	13	19
IMR	200	3	66	7	28
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	195	3	65	10	19
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	0 ce jour	0	0	0	0

Entretien avec famille (y compris au téléphone)	Temps total en minutes	Nombre médecins concernés	Temps moyen par médecin	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	105	3	35	3	35
IMR	0 ce jour	0	0	0	0
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	50	3	26	3	26
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	0 ce jour	0	0	0	0

Transmissions, échanges informels sur malades	Temps total en minutes	Nombre médecins concernés	Temps moyen par médecin	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	395	7	56	Tous	
IMR	145	4	36	Tous	
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	655	9	72	Tous	
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	280	3	93	Tous	



Réunion institutionnelle (équipe sans malades)	Temps total en minutes	Nombre médecins concernés	Temps moyen par médecin	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	90	3	30		
IMR	210	3	70		
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	110	2	55		
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	95	1	95		

**ANNEXE 6**  
**GRILLE D'ANALYSE DES PERSONNELS NON MEDICAUX**

ETABLISSEMENT :		EQUIPE :		HORRAIRE :		GRADE		
ACTIVITES		TEMPS PASSE					TEMPS PASSE	%
		AGENT 1	AGENT 2	AGENT 3	AGENT 4	AGENT 5		
<b>Temps personnel</b>								
Dont	Arrivée							
	Départ							
	Pause							
	Formation							
	Repas au self							
<b>Présence directe auprès du malade</b>								
Dont Soins Activité Thérapeutique.	Préparation des médicaments							
	Distribution des médicaments							
	Animation – atelier							
	Consultation – entretien individuel							
	Accompagnement des malades							
	Tournée surveillance –recherche de patients							
	Soins individuels							
	Soins en groupe (groupes de parole)							
	Soins somatiques							
	Visite du médecin – entretien avec médecin							
	<b>Sous-total</b>							
Dont Nursing Logistique	Préparation des repas							
	Distribution des repas							
	Aide au repas – surveillance des repas							
	Repas thérapeutique							
	Desserte des repas							
	Réfection de lits							
	Réfection des chambres							
	Aide au lever							
	Aide à la toilette et à l'habillage							
	Accomp. Des actes de la vie quotidienne (y compris démarches administratives)							
	Accompagnement aux consultations							
	Distribution – tabac – produits							
	Nettoyage – Rangement							
	<b>Sous-total</b>							
<b>Présence indirecte auprès du malade</b>								
Dont	Transmissions							
	Synthèse en intra							
	Temps avec les familles							
	Temps avec l'équipe en intra (hors synthèse)							
	Contact avec l'équipe du secteur							
	Temps hors de la structure							
	Temps administratif (dossiers, plannings, certificats, commandes repas ou matériels..)							
	Gestion de la file et négociations administratives							
	Courses							
	Téléphone							
	Trajet (pour l'extra)							
	Ouvertures des portes							
<b>Temps institutionnel</b>								
Dont	Réunions des diverses instances							
	Temps hors de la structure (réunion pluri-professionnelle avec extra)							
	Temps syndical							
	Travail d'intérêt général							
	<b>Diversités des activités</b> (Nbre d'activités par agent)							
	<b>Temps passé</b>							



ANNEXE 7

<b>LES ASPECTS QUALITATIFS DU TEMPS DE PRESENCE DES psychologues</b>
--

Réponses exploitables pour les aspects qualitatifs	Nombre de réponses
CHS Evreux	4
IMR	2
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	6
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	7
<b>Total</b>	<b>19</b>

Entretien individuel pratiqué seul	Temps total en minutes	Nombre psycho concernés	Temps moyen par psycho	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	450	3	150	11	40
IMR	610	2	305	11	55
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	335	4	84	12	28
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	705	5		21	34
<b>Total</b>	<b>2100</b>	<b>14</b>		<b>53</b>	

Entretien individuel pratiqué avec un ou plusieurs autres professionnels	Temps total en minutes	Nombre psycho concernés	Temps moyen par psycho	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	0	0	0	0	0
IMR	0	0	0	0	0
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	80	2	40	3	27
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>2</b>			

Tests (passage et compte rendu et discussion)	Temps total en minutes	Nombre psycho concernés	Temps moyen par psycho	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	0	0	0	0	0
IMR	60	1	60	1	60
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	0	0	0	0	0
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	300	2	150	2	150
<b>Tableau</b>	<b>360</b>	<b>3</b>			

Travail avec un groupe de patients	Temps total en minutes	Nombre psycho concernés	Temps moyen par psycho	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	135	1	135	9 (2)	68
IMR	45	1 +3ide	45	18 (1)	45
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	240	3	120	11 (4)	60
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	190	2	95	16 (3)	63
<b>Total</b>	<b>610</b>	<b>7</b>		<b>54 en 10 G</b>	<b>61</b>

Rédaction de cas, d'observations, de certificats, préparation de groupes	Temps total en minutes	Nombre psychologues concernés	Temps moyen par psychologue	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	305	3	100	13	24
IMR	90	2	45	8	11
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	130	4	33	18	7
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	100	5	20	Non précisé	--
<b>Total</b>	<b>625</b>	<b>14</b>	<b>45</b>	<b>np</b>	

Réunion de synthèse sur un ou plusieurs cas et supervision Post groupe	Temps total en minutes	Nombre psychologues concernés	Temps moyen par psycho	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	90	1	90	1	90
IMR	0 ce jour	0	0	0	0
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	205	3	65	10	9
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	15	1	15	4	--
<b>total</b>	<b>310</b>	<b>5</b>	<b>62</b>	<b>15</b>	

Entretien avec famille (y compris au téléphone)	Temps total en minutes	Nombre psychos concernés	Temps moyen par psycho	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	0 ce jour	0	0	0	0
IMR	0 ce jour	0	0	0	0
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	0	0	0	0	0
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	80	2	40	1 plus famille	40

Transmissions, échanges informels sur malades	Temps total en minutes	Nombre psychos concernés	Temps moyen par psycho	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	320	4	80	Tous	
IMR	80	2	40	23	
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	75	3	25	1,2 ou Tous	
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	280	3	93	Tous	
<b>total</b>	<b>755</b>	<b>12</b>	<b>63</b>	<b>Tous les présents</b>	

Echanges informels avec des patients		Nombre psychos concernés	Temps moyen par psycho	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	60	1	60	10	
IMR	10	1	10	2	5
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	110	2	55		
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	30	2	15	2-	--
					15

Réunion institutionnelle (équipe sans malades)	Temps total en minutes	Nombre psychos concernés	Temps moyen par psycho	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	130	2	65		
IMR	0 ce jour	0	0		
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	340	4	55		
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	265	5	95	CMP UHTP CATTTP	--
<b>Total</b>	<b>735</b>	<b>11</b>	<b>67</b>		

Rédaction de notes personnelles	Temps total en minutes	Nombre psychos concernés	Temps moyen par psycho	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	80	1	80	5	
IMR	0	0	0		
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	0	0	0		
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	40	2	20	--	
total	67	3	22		

Lecture recherche	Temps total en minutes	Nombre psychos concernés	Temps moyen par psycho	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	30	1	30	0	
IMR	0	0	0		
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	65	1	65		
CHS Ville-Evrard Secteur n°13					
total	95	2	48		

Temps FIR sans autres précisions	Temps total en minutes	Nombre psychos concernés	Temps moyen par psycho	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	0	0	0	0	
IMR	0	0	0		
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	480	1	480		
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	0	0	00		
Total	480	1			

Relations et échanges avec l'extérieur	Temps total en minutes	Nombre psychos concernés	Temps moyen par psycho	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	90	3	30		
IMR	0	0	0		
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	20	2	10	4	5
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	95	1	95		
Total	205	6	50		

Encadrement de stagiaires	Temps total en minutes	Nombre psychos concernés	Temps moyen par psycho	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	45	1	45	0	
IMR	0	0	0		
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	15	2	8		
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	60	2	30		
Total	120	5			

Présence	Temps total en minutes	Nombre psychos concernés	Temps moyen par psycho	Nombre malades concernés	Temps moyen par malade
CHS Evreux	45	1	45	0	
IMR	0	0	0		
CHS Ville-Evrard Secteur n°6	75	1	75	2	
CHS Ville-Evrard Secteur n°13	90	1	--	--	--
Total	210	3			

\* Plus 225 de participation à la CME pour 1 psychologue