



Institut de formation des cadres de santé

Sainte-Anne



**Les évolutions managériales face aux nouvelles modalités de soins.
L'exemple du dispositif Vigilans.**

Sous la direction de Monsieur Christian GILIOLI

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé
et du master 1 : Économie Sociale et Solidaire parcours Santé, Protection et Économie Sociales.

Anthony GUERMEUR
Promotion Uderzo : 2021-2022



Institut de formation des cadres de santé

Sainte-Anne



**Les évolutions managériales face aux nouvelles modalités de soins.
L'exemple du dispositif Vigilans.**

Sous la direction de Monsieur Christian GILIOLI

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé
et du master 1 : Économie Sociale et Solidaire parcours Santé, Protection et Économie sociales.

Anthony GUERMEUR
Promotion Uderzo : 2021-2022

REMERCIEMENTS

Monsieur GIOLIOLI (directeur de mémoire), pour sa confiance et sa disponibilité.

Madame Rousseau (universitaire - enseignant), pour ses éclairages et son aide dans la méthodologie de recherche en sciences sociales.

Je tiens à remercier Céline et Côme pour leurs soutiens dans les moments de doute, leurs réconforts et leurs patiences.

Sara et Olivier pour nos réflexions autour de nos travaux d'études.

Ma famille, mes amis et mes collègues de travail qui m'ont soutenu et qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail de fin d'étude.

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

ARS : agence régionale de santé

CHU : centre hospitalier universitaire

CHRU : centre hospitalier régional et universitaire

CPOA : centre psychiatrique d'orientation et d'accueil

CSSMP : comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie

DGS : direction générale de la santé

FFCS : faisant fonction cadre de santé

GHU : groupement hospitalier universitaire

HCSP : haut comité de la santé publique

HPST : hôpital, patients, santé et territoires

IFCS : institut de formation de cadres de santé

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

OMS : organisation mondiale de la santé

PHRC : programme hospitalier de recherche clinique

SSA : service de santé des armées

TS : tentative de suicide

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
1. THÈME DE TRAVAIL ET POSITIONNEMENT DE RECHERCHE	5
2. QUESTIONNEMENT DE DÉPART	8
3. EXPLORATION DU THÈME	9
3.1 Le suicide en France	9
3.1.1 L'adaptabilité du service public hospitalier	9
3.1.2 L'évolution de la prévention suicidaire en France	10
3.2 Genèse et fonctionnement du dispositif Vigilans.....	12
3.2.1 Un dispositif innovant	12
3.2.2 Émergence d'un nouveau métier.....	13
3.2.3 La mission singulière des infirmiers aux « oreilles d'or »	13
3.2.4 La veille sanitaire, un espace virtuel très réel	15
3.4 Cadre conceptuel.....	16
3.4.1 Les émotions dans le travail	16
3.4.2. L'innovation managériale et la gestion des émotions	19
3.5 L'analyse de l'entretien exploratoire	21
4. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES.....	23
5. L'ENQUÊTE DE TERRAIN	24
5.1. La méthode d'enquête.....	24
5.1.1. Choix et justification de la méthode utilisée	24
5.1.2 La population étudiée	24
5.1.3 Identifier les biais de l'enquête	26
5.2. Les entretiens semi-directifs	27
5.3. L'observation	29
5.3.1 Les locaux	29
5.3.2 Codes verbaux	30
5.3.3 Codes non-verbaux.....	30
5.3.4 Observer, voir et surtout écouter	30

6.	ANALYSE ET DISCUSSION	32
6.1	La transformation du genre professionnel soignant	32
6.1.1	Une observation immersive	33
6.1.2	Les préjugés du soin téléphonique.....	34
6.2	Individu et organisation face aux enjeux sociétaux.....	36
6.3	Une organisation facilitant l'autonomisation d'équipe	38
6.3.1	L'intelligence émotionnelle et l'autonomie.....	39
6.3.2	Autonomie clinique et managériale	40
6.4	Le concept d'émotion une vision managériale et soignante.....	41
6.4.1	De l'émotion à la prise de décision clinique.....	41
6.4.2	De l'émotion à la prise de décision managériale	43
6.4.3	L'intelligence émotionnelle un outil managérial	44
6.5	Retour sur les hypothèses	44
6.5.1	Hypothèse n°1.....	45
6.5.2	Hypothèse n°2.....	46
7.	CONCLUSION.....	48
8.	BIBLIOGRAPHIE.....	50

ANNEXES

Annexe 1 : guide d'entretien

Annexe 2 : retranscription de l'entretien, infirmière B2

INTRODUCTION

Dans le cadre de l'enseignement à l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) du Groupe Hospitalier Universitaire (GHU) Paris Psychiatrie & Neurosciences site Sainte Anne et du master 1, Économie Sociale et Solidaire parcours Santé, Protection et Économie sociales, de l'Université Gustave Eiffel je réalise un mémoire mobilisant la méthodologie de recherche en sciences sociales.

Ce travail de recherche en sciences sociales dans le domaine de la santé ayant pour but de produire des connaissances nouvelles, j'ai eu à cœur de sélectionner un objet de recherche et un questionnement pertinent sur un aspect clinique de la pratique soignante en y intégrant un enjeu managérial.

L'évolution et la modernisation du système hospitalier français nécessitent d'innover pour satisfaire les besoins des usagers. A travers ce travail je vais étudier la pratique professionnelle d'infirmiers et de cadres de santé travaillant au sein du dispositif Vigilans. Ce nouveau dispositif de prévention de la crise suicidaire a attisé ma curiosité. Le choix de ce thème d'actualité m'a permis de m'immerger dans cette évolution des pratiques soignantes en y posant un regard extérieur.

En quoi l'impact émotionnel de l'infirmier au sein du dispositif Vigilans, amène le cadre de santé à innover dans sa pratique managériale ? Voici la problématique qu'y a émergé à la suite de mon cheminement intellectuel. Afin d'éclairer cette question de recherche, deux hypothèses sont posées. La première hypothèse présume que les évolutions managériales du service public hospitalier impactent le travail émotionnel de l'infirmier au sein du dispositif. La seconde hypothèse suppose que le cadre de santé doit innover pour intégrer la gestion des émotions créées par le travail.

La méthode d'enquête utilisée est dite « qualitative ». Elle comportera deux outils qui m'ont permis de récolter le matériel nécessaire me permettant d'étoffer mon analyse et d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche. Six entretiens semi-directifs et une observation immersive seront réalisées.

Ce travail sera construit tout d'abord par l'explication du choix du thème et mon positionnement de recherche. Puis, le questionnement de départ sera posé. Viendra ensuite, l'exploration du thème avec le développement du cadre conceptuel. A ce moment du travail, la problématique de recherche et les hypothèses seront énoncées. Un temps sera consacré à la méthodologie de l'enquête, c'est à ce moment que je poursuivrai mon travail sur l'analyse et la discussion pouvant mener à des réponses aux hypothèses posées initialement. Enfin, une conclusion sera rédigée permettant de clore mon travail.

Travailler sur la question du suicide dans le cadre d'une initiation à la recherche en sciences sociales est un clin d'œil au fondateur de cette discipline, Émile Durkheim, qui a porté son regard sur ce thème clinique par la méthodologie de recherche en sociologie.

1. THÈME DE TRAVAIL ET POSITIONNEMENT DE RECHERCHE

Tout au long de mon parcours professionnel, j'ai dû faire preuve d'adaptabilité dans les unités de soins et les fonctions que j'ai occupé. Infirmier en milieu psychiatrique, honorant en parallèle un engagement dans la réserve militaire opérationnelle au sein du service de santé des armées (SSA), j'ai toujours fait preuve d'adaptation pour répondre au mieux aux missions qui m'étaient confiées. Mon cursus d'infirmier faisant fonction cadre de santé (FFCS) au sein d'une unité de soins psychiatriques n'a pas dérogé à la règle, ma capacité d'adaptation dans cette unité et dans ce poste a été nécessaire pour une prise de fonction efficiente.

En prenant de la hauteur sur cette notion d'adaptabilité, on constate que ce concept est un des principes du service public. Aussi appelés Lois de Rolland, ces principes sont aux nombres de trois, la continuité du service public, l'égalité devant le service public et l'adaptabilité.

Cette notion d'adaptabilité a d'ailleurs pris tout son sens lors de la crise sanitaire de la Covid-19. Lors de cette crise, tous les services publics ont dû s'adapter pour permettre cette continuité de service. Arrêtons-nous un temps sur l'adaptabilité du service hospitalier pendant cette période. Les services de soins ont dû réorganiser leurs fonctionnements de manière rapide et efficiente. Cette expérience m'a permis de comprendre comment une organisation met en œuvre des stratégies permettant la continuité des soins.

À l'échelle d'une unité, j'ai dû en tant qu'infirmier FFCS adapter certains fonctionnements et mettre en œuvre sur le terrain les mesures sanitaires qui nous étaient recommandées. J'ai alors pris conscience de la difficulté que cela pouvait être de devoir induire des changements rapides à une équipe. J'ai également été impressionné par la capacité d'adaptation dont a fait preuve l'ensemble des professionnels soignants.

Cette adaptabilité dont a dû faire face le service public durant la période de crise sanitaire a été exceptionnelle en termes de mobilisation et de rapidité d'action. Mais ce principe d'adaptation est mis en œuvre depuis la création du service public. En effet, le site gouvernemental Vie Publique (2018) décrit ce principe comme permettant « d'assurer au mieux, qualitativement, un service plutôt que de sa continuité dans le temps. Cela signifie que le service public ne doit pas demeurer immobile face aux évolutions de la société ; il doit suivre les besoins des usagers ».

Ce que l'on comprend, c'est que les services publics se saisissent d'un besoin manifesté par les usagers et le traduit en action pour y répondre de la manière la plus proche du besoin.

Afin de matérialiser ce constat, je vais à travers ce travail d'étude cibler le service public hospitalier et détailler un dispositif qui s'est adapté à un contexte de nécessité d'action dans le parcours de soins des patients suicidants. Il s'agit d'un centre d'appel spécialisé dans la prévention des récives suicidaires, nommé Vigilans. Il a été initié au centre hospitalier et universitaire (CHU) de Lille en 2015. Il est depuis déployé sur tous les départements du territoire français.

L'équipe pluridisciplinaire du dispositif étudié est généralement composée d'un psychiatre coordonnateur, de psychologues, d'infirmiers et de secrétaires médicales. Cette unité est singulière par son fonctionnement basé sur le rappel de patients et l'évaluation clinique par téléphone. J'ai eu l'opportunité de pouvoir suivre l'installation et la mise en œuvre de ce projet dans le pôle où j'ai exercé comme infirmier FFCS mais sans être intégré au projet personnellement. C'est ce positionnement à distance qui a fait émerger de nombreuses questions et a suscité ma curiosité. Car, en effet il est pertinent d'avoir une juste distance avec le sujet de recherche étudié. Paugam (2012) dans *S'affranchir des prénotions*, développe l'importance du positionnement face à son objet de recherche. C'est dans ce contexte que j'ai vu apparaître des interrogations de certains infirmiers concernant l'outil téléphonique dans l'évaluation clinique. Les professionnels face à l'évocation de ce projet y voyaient un soin dégradé et des contraintes liées à l'outil téléphonique dans la relation de soin. Au début de mon enquête ma vision de ce soin par le téléphone pouvait également me paraître comme un soin « au rabais ». Ce travail d'initiation à la recherche sera l'occasion de porter un regard objectif face à ces impressions sur cette nouvelle pratique innovante.

Deux questionnements interviennent alors et permettent de faire le lien avec la notion d'adaptabilité : Comment les infirmiers se sont approprié ce nouveau dispositif ? Comment leur travail est impacté par la forme distancielle de ce dispositif ? Je souhaite à travers ce travail questionner le métier d'infirmier face à des nouvelles modalités de soins. Il est en effet intéressant de questionner le processus mental de prise de décision d'un infirmier au sein de ce dispositif et de tenter de comprendre comment les émotions viennent impacter leur travail ? Je souhaite questionner la profession infirmière sur ces modalités d'exercice lorsqu'elles sont considérées comme inhabituelles. En effet, Santé Publique France (2019) a analysé le dispositif

lors de son lancement et y a décrit les spécificités du poste de soignant : « la relation avec le patient se fait à distance, sans face à face, sans rencontre physique, [le soignant] va vers le patient et non l'inverse comme c'est habituellement le cas dans la relation de soin ».

Ce sont ces spécificités qui sont également à l'origine de mes représentations et des questionnements entendus par les soignants. L'image et l'identité professionnelles que j'ai de l'infirmier sont celles de la proximité avec le patient, celles de l'infirmier au chevet du patient. Comment travailler avec personne en face de soi, alors que l'essence même du métier d'infirmier est la proximité ? Comment les infirmières travaillant au sein de ce dispositif ont fait évoluer leur conception et leur représentation de leur métier ?

L'objectif de ce travail n'est pas d'étudier la pertinence de ce dispositif, dans le parcours de soins du patient suicidant. Des études récentes l'ont prouvé. L'objectif est bien de comprendre comment l'infirmier se saisit et s'adapte à un nouveau dispositif. En effet, le travail de recherche en sociologie « c'est oser poser des questions impertinentes, montrer ce qui se joue derrière la scène, être au fait de toutes les ficelles de la vie sociale, en bref dévoiler la réalité cachée des faits sociaux » (Paugam, 2012, p. 5). Ce travail rejoint l'objectif énoncé par Paugam (2012). Un parallèle peut également être réalisé avec les propos de Lemieux (2012), sur la manière de « mettre en énigme ce qui paraît normal » (Lemieux, 2012, p. 27). J'aurai à cœur de rendre ce travail d'étude concret en me confrontant à la réalité du terrain en menant des entretiens et des observations. J'écarterai de mon travail le retour des patients sur ce dispositif, ce choix est lié aux contraintes temporelles auxquels je suis soumis.

2. QUESTIONNEMENT DE DÉPART

VigilanS est un dispositif de soin post-hospitalier centré sur le rappel téléphonique et la veille sanitaire des patients ayant été admis dans un service d'urgence dans le cadre d'une tentative de suicide (TS), sans hospitalisation. Initialement, ce dispositif a été implanté en France dans cinq territoires pilotes entre 2015 et 2018. Actuellement, il est présent sur l'ensemble des treize régions françaises avec vingt-deux centres déployés en France métropolitaine et deux centres en régions ultramarines.

Santé Publique France (2019) identifie les soignants travaillant au sein de cette cellule de veille sanitaire et de rappel par un néologisme, « vigilanseurs ». Cette nouvelle dénomination est intéressante, car elle met en avant la création d'un nouveau métier du soin. Cette nouvelle profession intègre la gestion de la crise suicidaire par téléphone et la coordination du parcours de soin avec les réseaux. Deux aspects peuvent être étudiés, l'aspect clinique, en développant le positionnement de l'infirmier dans cette nouvelle profession et comprendre comment le travail est impacté par les modalités de ce dispositif. Un autre aspect peut questionner, comment le soignant se transforme professionnellement et personnellement ? C'est donc à travers ce travail que je souhaite étudier ce dispositif certes récent mais dont la littérature scientifique commence à émerger, me permettant de cadrer mon travail et d'élargir sur des concepts plus anciens.

De ce constat et de ce cheminement intellectuel m'amènent à une question de départ :

En quoi le principe d'adaptabilité du service public impacte-t-il le travail de l'infirmier dans le dispositif VigilansS ?

3. EXPLORATION DU THÈME

Ce questionnement permet de mettre en lien différentes thématiques afin de comprendre le contexte dans lequel s'inscrit notre objet d'étude. Le premier thème abordé sera celui du suicide en France. Nous développerons ensuite l'adaptabilité du service public face au suicide. Pour cela, nous rédigerons une frise chronologique de l'évolution de la prévention contre le suicide en France, jusqu'à la création du dispositif Vigilans. Puis nous détaillerons le dispositif et l'émergence du métier d'infirmier « vigilanseur ». Cette partie permettra d'éclaircir le contexte de cette étude monographique.

3.1 Le suicide en France

Dans un rapport publié en 2016 par l'Observatoire Nationale du Suicide, 9300 personnes se sont suicidées en France cette même année. À ce chiffre se rajoute environ 200 000 tentatives de suicide. Selon les chiffres disponibles, cette étude place la France au-dessus de la moyenne européenne, après les pays de l'Est, la Finlande et la Belgique. Santé Publique France nous informe sur le fait que le suicide en France est la première cause de mortalité chez les 25 – 34 ans. Chez les patients atteints de troubles psychiatriques le suicide est la 3^{ème} cause de décès, après les maladies cardiovasculaires et les cancers (Ha C., 2017). Il s'agit d'une priorité de santé publique depuis plus de vingt ans. Mais la prévention primaire de ce phénomène reste complexe. En 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), préconise l'utilisation d'une stratégie multimodale dans son rapport : *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. En France, cette stratégie est définie dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie du Comité Stratégique de juin 2018 comme « la combinaison de différents types et modalités d'intervention » (OMS, 2014, p. 7).

3.1.1 L'adaptabilité du service public hospitalier

Dans le cadre de ce travail, je cible le concept d'adaptabilité du service public hospitalier. Comment le service public se saisit d'une problématique de santé publique ? Nous allons le détailler, en suivant l'évolution de la prévention du suicide en France ayant fait naître le dispositif Vigilans.

3.1.2 L'évolution de la prévention suicidaire en France

Les pouvoirs publics se sont saisis de la question du suicide en France en 1991, suite à la circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques. Avant cette circulaire, les études menées par l'Inserm mettaient en évidence une augmentation des suicides depuis le milieu des années soixante-dix. Ce constat chiffré avait peu de retentissement sur l'action des pouvoirs publics.

En 1994, lors de la rédaction du rapport La Santé en France du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), la Direction Générale de la Santé (DGS) identifie le suicide en 6^{ème} position des priorités de santé publique en France. Ce rapport aura pour objectif la préconisation d'actions permettant la réduction de 10% du taux de suicide d'ici l'an 2000.

En février 1998, un programme national de prévention contre le suicide 1998 – 2000 est lancé pour la première fois en France.

Cette dynamique sera poursuivie avec la Stratégie Nationale d'actions face au suicide 2000 – 2005, définie par la circulaire du 5 janvier 2001. Quatre axes de travail seront identifiés : « favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires », « améliorer la prise en charge », « diminuer l'accès aux moyens létaux » et « améliorer la connaissance épidémiologique » (DGS, 2000, p.2).

Le développement des formations au dépistage des crises suicidaires sera inscrit dans la circulaire du 29 avril 2002.

Le prolongement de la Stratégie Nationale 2000 –2005 sera intégré au Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005 – 2008.

La loi « Hôpital Patients Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 qui prévoit le projet régional de santé, comme l'outil stratégique « qui définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'Agence Régionale de Santé » (Code de Santé Publique, 2016, article L1434-1). C'est à travers cet outil que le problème du suicide sera développé et adapté aux particularités des régions.

Un nouveau programme d'action contre le suicide 2011 – 2014 sera lancé en 2011. Ce plan ciblera l'amélioration des actions à destination du public suicidant et de son entourage. Quarante-neuf mesures y seront déployées. Le bilan de ce programme édité par le DGS en août 2015, met en avant le lancement de l'étude ALGOS (ALGORithme de prévention du Suicide).

Cette étude financée en 2009 dans le cadre de l'appel à projet des programmes hospitaliers des recherches cliniques (PHRC) sera publiée en 2011. Elle est menée par le CHU de Lille et le CHRU de Brest, sous la direction du Professeur Vaiva. Cette étude a trouvé sa genèse à la suite d'une étude du docteur Motto et Bostrom, publié en 2001 aux États-Unis qui a observé la baisse significative des récidives suicidaires et des suicides pour les patients ayant bénéficié d'envoi de lettres manuscrites personnalisées. L'étude ALGOS publiée en 2011 dans BMC psychiatrie par le professeur des universités Vaiva et ses confrères s'inclut dans cette même lignée. Cet essai thérapeutique randomisé, a suivi 1055 suicidants, divisés en deux groupes, un groupe témoin ne bénéficiant pas du dispositif de veille et un groupe expérimental bénéficiant de la remise d'une carte avec le numéro de téléphone de la veille, d'un rappel systématique à quinze jours de la TS et d'envoi de cartes postales. Les patients issus de vingt-trois services d'urgence de France, n'avaient pas été hospitalisés à la suite de leur geste suicidaire. À six mois, il est observé la diminution des décès par suicide, deux suicides dans le groupe expérimental contre neuf dans le groupe témoin. Le nombre de récidives suicidaires est de 6.7% dans le groupe expérimental contre 10.9% pour le groupe de contrôle. Enfin, le nombre des conduites à risque est de 8.1% pour le groupe expérimental contre 12.5% pour le groupe témoin. Ces données significatives prouvent l'efficacité du dispositif de veille selon l'algorithme étudié. Cette étude sera à l'initiative de la création du dispositif Vigilans en 2015 sur le CHU de Lille.

La décision du Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie (CSSMP) de déployer ce dispositif à l'ensemble du territoire français est actée dans la feuille de route de 2018 « santé mentale et psychiatrie » à travers le premier axe intitulé : « Santé mentale et Psychiatrie », qui est de « promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide » (CSSMP, 2018, p. 11).

À travers cette frise chronologique de la prévention contre le suicide en France on constate la mutation des mesures au fil du temps. Le dispositif étudié est la preuve d'une action concrète et d'une adaptation de l'offre de soins du service public face à l'évolution de la société et aux besoins des usagers comme le décrivent les principes du service public. Cette prise de conscience de l'enjeu de santé publique semble s'intensifier. L'utilisation de la veille des suicidants est une réponse intéressante et adaptée à la société actuelle. En effet, ce dispositif, au coût modéré, permet d'optimiser la prévention du suicide.

3.2 Genèse et fonctionnement du dispositif Vigilans

Les modalités de ce dispositif sont détaillées dans l'instruction de la DGS du 10 septembre 2019, pour être décliné dans le plan stratégique national 2018 –2022.

3.2.1 Un dispositif innovant

Afin de contextualiser le cadre dans lequel s'inscrit le dispositif Vigilans, la population ciblée par ce dispositif est le patient suicidant. Son objectif est de prévenir la réitération suicidaire. L'article « *prévention du suicide : avancées et perspectives* » du magazine professionnel Santé Mentale numéro 256 de mars 2021, écrit par le docteur Leaune et le professeur Vaiva, détaille avec beaucoup de précision cette notion :

« La réitération suicidaire désigne la répétition d'un geste suicidaire dans les jours, semaines ou mois qui suivent une tentative de suicide. Ce taux est ainsi compris entre 16% et 32% dans les 2 ans et le taux de décès par suicide est entre 2% et 10% à 5 ans après une TS » (Leaune, Vaiva, 2021, p. 25).

L'étude de Vuagnat de 2019 rapporte que 12,4% des récidives se déroulent dans l'année suivant une TS et 75,2% de ces situations de récidives interviennent dans les six mois après la TS.

La population concernée par le dispositif est le patient pris en charge aux urgences pour lequel il n'est pas décidé d'hospitalisation au décours de son geste suicidaire. À la suite de leur passage aux urgences, l'infirmier ou le psychiatre, propose au patient d'être inclus dans le dispositif. Un numéro de téléphone lui est donné, il est joignable 24h/24, 7 jours sur 7. Le patient est rappelé par les infirmiers Vigilans dix à vingt et un jours après sa tentative de suicide afin de réévaluer sa situation. Des courriers, de type cartes postales sont également envoyés à un, deux, trois et quatre mois après la TS afin de prendre de ses nouvelles. Cet algorithme de fonctionnement est adapté aux patients en fonction des besoins identifiés par les professionnels. À la fin des six mois, l'ensemble des patients inclus dans le dispositif sont rappelés systématiquement afin de clôturer ou de poursuivre la veille suicidaire. Un compte-rendu de consultation téléphonique est rédigé à chaque prise de contact téléphonique. Ce compte-rendu est adressé à l'équipe qui prend en charge habituellement le patient. Les recherches sur ce dispositif mettent en avant le fait que plus le patient est inclus dans le dispositif plus le risque

de récurrence de tentative de suicide était diminué. Actuellement un des objectifs de ce dispositif est de communiquer pour développer le réseau et sa collaboration avec les médecins généralistes et les services de soins. Ce travail de promotion du dispositif est essentiel pour augmenter le maillage de la veille suicidaire sur le territoire.

3.2.2 Émergence d'un nouveau métier

Ce dispositif a fait naître un métier du soin singulier. La création du néologisme « vigilaniseur » identifie cette communauté d'infirmiers et de psychologues qui composent ce dispositif. L'implication de ces professionnels dans ce dispositif de dépistage et de prévention du risque suicidaire en fait des acteurs de première ligne.

3.2.3 La mission singulière des infirmiers aux « oreilles d'or »

Avant toute exploration de la littérature et d'observation du terrain d'enquête, l'image que nous pouvons avoir du métier de « vigilaniseur » et celui des sous-marinières analystes acoustiques aussi appelé « les oreilles d'or », qui traquent le moindre bruit des fonds marins pour identifier les bruits alentour car le sous-marin est aveugle. C'est cette représentation imagée que nous pouvons avoir du métier de vigilaniseur, l'infirmier aveugle, aux capacités sensorielles réduites, ayant pour seul outil ses oreilles et sa voix.

La littérature recensée sur ce métier émergent décrit celui-ci comme étant la combinaison de plusieurs disciplines et de plusieurs métiers. L'article paru en 2018 dans l'Encéphale numéro 45, rédigé par Debien, Cleva, Lalova, Astier, Germe, Lamotte et Blockelet, intitulé « *“VigilanSeu.r.se” : un nouveau métier* », décrit les compétences déployées par ces professionnels spécialistes de la gestion de la crise suicidaire. Les compétences identifiées sont :

« L'évaluation du risque vital, conseils de premiers secours et de mise en sécurité, organisation et coordination des actions de secours. Seuls face aux patients, seuls à pouvoir agir et à prendre les justes décisions dans l'immédiat, ils doivent faire preuve de sang-froid et d'inventivité. » (Debien, et al., 2018, p 43)

À travers cette description intervient également la notion d'autonomie du professionnel qui se retrouve "seul face au patient". L'isolement créé par les modalités de ce poste est atténué par l'intervention d'autres « vigilanseurs » et du médecin coordonnateur.

Dans le journal Médiacité Lille consacré à l'investigation local, un article de juillet 2021 est dédié au dispositif Vigilans. Réalisé sous forme de reportage, il interroge des professionnels travaillant au sein d'une antenne Vigilans. Dans cet article, une infirmière interrogée est pleinement consciente des compétences et de « *l'expertise pratiquement uniques au monde en matière de gestion de crise suicidaire* » (Fradin, 2021, p. 3) dont elle fait preuve au quotidien. Ces soignants surspécialisés dans la crise suicidaire ont développé une expertise et des compétences affinées de la clinique du suicidant.

Lorsqu'un passage à l'acte suicidaire est en cours lors de l'appel du professionnel, ce dernier contacte les services d'urgence pour qu'une équipe se déplace auprès du patient. Pendant cette attente, le vigilanseur doit maintenir le contact téléphonique. Il est à ce moment le seul rempart et le témoin auditif d'une urgence vitale. Le professionnel doit faire preuve d'une "*grande maîtrise émotionnelle* » (Fradin, 2021, p.3).

Il doit à travers le téléphone pouvoir être créatif et déployer un sens de la négociation. Et son rôle dépasse l'intervention de veille et semble évoluer vers un rôle de *case manager*. En effet, le vigilanseur intervient auprès de l'entourage, des équipes soignantes et des services de soins. Il doit être en mesure de proposer une « *évaluation des besoins de la personne* » et « *élaborer un plan d'intervention* » (Fradin, 2021, p. 4).

Les vigilanseurs doivent se positionner et appliquer une écoute active et mettre en confiance le patient. Ils interviennent pour instaurer une relation thérapeutique afin d'évaluer le risque suicidaire et ainsi prendre des décisions. L'évaluation du vigilanseur peut être structurée par l'utilisation de la méthode RUD. Cette méthode se base sur trois axes,

« les facteurs de risque identifiables cliniquement, les facteurs d'urgence liés notamment à l'existence d'un scénario suicidaire élaboré par le patient, les facteurs de dangerosité liés à l'accès à un moyen potentiellement létal. » (Nouvel, Ohiichuk et Berrouiguet, 2021, p. 39).

Ce modèle peut être une base dans la prise de décision. Cependant chaque situation est singulière ce qui ne permet pas de définir un mode d'action prédéfini. C'est à ce niveau

qu'intervient le jugement clinique de l'infirmier. Ce processus intellectuel qui va permettre d'orienter le choix du professionnel dans sa prise de décision.

La responsabilité dont font preuve ces professionnels n'est pas sans impact sur leur santé mentale. Dans l'analyse qualitative du dispositif proposé par Santé Publique France en juin 2019, les difficultés du métier sont identifiées, les termes « usant », « forte charge mentale et émotionnelle » et « stressant » (Santé Publique France, 2019, p. 20) sont employés pour le décrire. Au CHU de Lille, un médecin responsable d'une antenne Vigilans évoque également le « taux d'usure important sur ces postes » (Fradin, 2021, p. 5). Il informe les professionnels lors du recrutement que la durée d'une infirmière sur un poste de vigilanseuse est de cinq ans. Dans la circulaire du 7 juillet 2021 de la DGS, concernant la stratégie nationale de prévention du suicide, met l'accent sur « la pénibilité de la fonction du fait de l'exposition à des situations émotionnellement éprouvantes, des prises de risque, et parfois du travail dans l'urgence vitale. » (DGS, 2021, p. 23)

3.2.4 La veille sanitaire, un espace virtuel très réel

Le dispositif Vigilans met en œuvre une veille sanitaire par téléphone. Cette veille sanitaire au format virtuel modifie certaines données de la prise en charge classique de l'infirmier. Les unités d'espaces et de temps sont considérablement modifiées. Elle prive le soignant de certains sens, tels que la vue et l'odorat, nécessitant au professionnel de développer une clinique de la voix et des sons.

Cette modalité du soin fait également osciller l'absence et la présence du soignant, la proximité et la distance.

L'outil téléphonique est également intéressant à décrire dans la mesure où il est initialement dédié à l'usage conversationnel. Au sein de ce dispositif, cet outil adopte un usage thérapeutique. Cet outil d'accès aux soins fait émerger des aspects facilitateurs dans la relation de soins par l'absence du regard de l'autre et de ce « non-voir » (Holleaux, 2009).

L'espace créé par cette relation virtuelle permet le déploiement de l'imaginaire pour les deux protagonistes. Le soignant et le patient s'inscrivent alors dans un processus de transformation

de l'expérience (Faure, 2015), permettant de générer de la créativité et de l'espoir pour les deux acteurs.

3.4 Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel de mon travail d'étude du fait de son thème et de sa méthodologie tentera de s'inscrire dans une vision de la sociologie par la démarche compréhensive wébérienne. Cette démarche scientifique aura pour objectif la compréhension du phénomène observé. Nous analyserons le phénomène avec le triptyque décrit par Schurmans, la théorie, le terrain et l'analyse du chercheur (Schurmans, 2008, p. 98). La théorie sera extraite de mes recherches dans la littérature scientifique et professionnelle. Mon immersion dans une unité Vigilans me permettra de me rendre compte du phénomène sur le terrain. Il sera étayé par une observation et des entretiens avec les professionnels travaillant dans le dispositif. De cette immersion une analyse sera réalisée. Cette analyse permettra de cadrer et de construire l'objet d'étude.

Les questionnements évoqués dans la première partie permettent d'introduire deux concepts. Le concept des émotions dans le travail et celui des émotions dans le management. En effet, la description précise du dispositif permet de se rendre compte de la forte charge émotionnelle induite par le travail dans ce dispositif.

3.4.1 Les émotions dans le travail

Étudier le concept des émotions est très vaste. Cette notion concerne chacun d'entre nous. Elle est présente dans notre vie sociale personnelle et professionnelle au quotidien.

Les émotions sont définies par Cosnier, en 1994 comme

« tous les événements ou états du champ affectif qui se caractérisent par un ensemble d'éprouvés psychiques spécifiques accompagnés, de façon variable en intensité et en qualité, de manifestations physiologiques et comportementales » (Cosnier, 1994, p. 14).

Ce terme, « *d'émotion* » dans le travail est une notion récemment utilisée et détaillée dans le champ de la sociologie. Auparavant, le vocabulaire employé pour décrire cette notion était celui

du sentiment. Un des fondateurs du concept du travail émotionnel est la sociologue Hochschild dans son livre *The managed heart : Commercialization of human feeling* de 1983. Ce livre traduit en français en 2017 est intitulé *Le prix des sentiments, au cœur du travail émotionnel*. Dans cet œuvre, la sociologue se base sur les approches de Goffman E., Durkheim E., et de Freud S. L'auteur consacre son analyse au concept des émotions dans le travail et cherche à comprendre comment sa dynamique impact positivement l'entreprise.

Tout travail nécessite un degré d'investissement émotionnel. À travers le recensement de la littérature nous avons peu de retour sur l'impact des émotions et la singularité du poste de vigilançais. Comment les émotions viennent-elle impacter le jugement clinique, la prise de décision et le quotidien professionnel des vigilançais ? Comment ont-ils adapté leurs actions ?

Il est également intéressant d'interroger la notion de la temporalité et le moment où les émotions interviennent dans le travail. C'est ce que décrit Fourel, Segondi, Delaunay, et Gallego, dans leur article paru en 2021 intitulé « *États d'âmes en réanimation COVID-19 : des émotions aux devoirs moraux des acteurs du soins* ». Ils décrivent que les émotions « apparaissent à des moments d'incertitude décisionnelle » (Fourel et al., 2021, p. 218). C'est le cas lorsque le professionnel de veille des suicidants se retrouve seul face à un appel de crise suicidaire et doit prendre des décisions.

L'impact émotionnel dans le métier d'infirmier peut conduire à un épuisement professionnel. En effet, dans un sondage réalisé par l'Ordre National des Infirmiers en avril 2018 sur plus de 18653 professionnels, 63% ont déclaré « ressentir très souvent au moins un des symptômes d'épuisement professionnel » (Ordre National des Infirmier, 2018, p. 8). Ce constat fait écho aux risques psychosociaux dont peuvent être victime les infirmiers par leur activité professionnelle.

Soares identifie « deux types de travail émotionnel : le jeu superficiel, où l'on feint des émotions qui ne sont pas réellement ressenties ; et le jeu en profondeur, où les individus cherchent à ressentir l'émotion exprimée. » (Soares, 2003, p. 11). De quel travail émotionnel l'infirmier vigilançais fait-il usage ? Les deux types de travail émotionnel peuvent être préjudiciables pour la santé mentale des professionnels, par le stress créé lié à la « dissonance émotionnelle » (p. 12). À travers les modalités du dispositif étudié, on peut imaginer que les infirmiers doivent faire preuve d'un jeu en profondeur afin de pouvoir se rapprocher au plus près des émotions verbalisées par le patient au téléphone. Cela peut s'apparenter à une stratégie

du professionnel induit par son travail. Car en effet, le « face à face » téléphonique de ces professionnels avec les usagers est une rencontre émotionnellement forte qu'il sera intéressant d'étayer lors des entretiens sur le terrain d'étude.

Le dispositif Vigilans appelle à l'éthique de l'inquiétude développée par Kierkegaard S., (1841), puis plus récemment par Cornu M., (2000) avec le *Souci de l'autre*. Ricoeur P., (1990) développe la notion de sollicitude, qui fait également sens dans le sujet étudié. En effet, dans *Soi-même comme un autre*, Ricoeur décrit cette notion comme une capacité pouvant laisser éprouver à autrui le sentiment d'être estimé. Il est intéressant de lire dans l'analyse qualitative du dispositif Vigilans publié en juin 2019 par Santé Publique France, que selon le retour des vigilanceurs la notion d'inquiétude diminue avec l'expérience et que leur pratique se modifie avec l'expérience, provoquant « la diminution du recours aux filières d'urgence (Samu) en cas de situation de crise », « une meilleure appréciation du risque, évaluation plus juste de la qualité de l'étayage dont bénéficie le patient », « une diminution du nombre d'appels intermédiaires » et « une meilleure structuration des appels » (Santé Publique France, 2019, p. 19).

Dans la revue Travailler, parue en 2003, un dossier est dédié aux *Émotions dans le travail*. Ce dossier est coordonné par Soares et l'éditorial est signé de Molinier. C'est à travers ce dossier que je prends connaissance de la notion d'intelligence émotionnelle, développée dans l'article de Chanlat. Défini par Salovey et Mayer en 1990, la notion d'intelligence émotionnelle désigne,

« une forme d'intelligence sociale qui implique l'aptitude à contrôler ses propres émotions et celles des autres, à discriminer entre elles et à utiliser cette information pour guider à la fois sa pensée et son action » (Salovey et Mayer, 1990, p.45).

En 1997 une précision est apportée par Salovey et Mayer sur l'IE « l'habileté à percevoir et à exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres. » (Salovey et Mayer, 1997, p. 186). Goleman en 2002 aborde le concept de compétence émotionnelle, il écrit « la compétence émotionnelle est une capacité apprise fondée sur l'intelligence émotionnelle qui entraîne une performance remarquable au travail » (Goleman, 2002, p. 34). Cette définition lui permet d'avancer que les personnes qui maîtrisent leurs émotions sont prédisposées à être des personnes faisant preuve d'initiatives.

Les notions présentées ci-dessus nous amène donc à nous questionner : Comment les professionnels vivent leurs activités au sein de ce dispositif ? Comment les cadres de santé se saisissent-ils de cette notion d'émotion de leur prise de décision managériale ? Par ailleurs, comme l'écrit Chanlat, quel est « l'aspect affectif de leur expérience de travail » (Chanlat, 2003, p. 122) ?

Pour tenter de répondre à ces questions en faisant le parallèle avec le thème des émotions, nous pouvons prendre l'exemple de la recherche de Damasio intitulée « l'Erreur de Descartes ». En 1994, ce neurologue a en effet émis l'hypothèse que les émotions influent dans la prise de décision. La préface de cet ouvrage signé par Changeux, nous informe que « l'émotion participe à la raison, et elle peut assister le processus de raisonnement au lieu de nécessairement le déranger, comme on le supposait couramment » (Changeux, 1994, p. 2). L'apport scientifique des neurosciences issu des théories modernes permet de mieux comprendre les mécanismes qui sont mis en jeu dans ces notions impalpables. L'activation de marqueurs somatiques et de la mémoire émotionnelle viennent aider à la prise de décision face à une situation.

3.4.2. L'innovation managériale et la gestion des émotions

A présent, intéressons-nous au cadre de santé qui doit pouvoir se saisir de la question des émotions créées par l'activité de soins au sein de l'unité qu'il encadre. En effet, comme nous avons pu le dire précédemment des risques psychosociaux peuvent être la conséquence d'une intensité émotionnelle trop forte dans le travail.

De Gaulejac V., dans *La recherche malade du management* (2012), développe « la nouvelle gestion publique : new public management » (De Gaulejac, 2012, p. 23). Cette idéologie managériale va se développer dans les années 80 dans les entreprises du secteur privé, l'objectif étant l'augmentation de la rentabilité de ces entreprises. Et c'est cette idéologie qui s'est développée dans « les processus de modernisation des organisations publiques » (De Gaulejac, 2012, p. 23). Les principes de cette « nouvelle gestion publique » sont de moderniser le schéma bureaucratique des services publics. Voici quelques actions listées par De Gaulejac, induites par cette idéologie dont l'objectif est de rendre les organisations et les institutions plus efficaces, plus performantes, plus rentables et d'introduire « la culture client », « la compétition en interne », « la flexibilité et la mobilité doivent remplacer la rigidité et le

conservatisme » (De Gaulejac, 2012, p. 25- 26). Ces évolutions managériales récentes ont eu pour répercussion selon De Gaulejac, une diminution « des sources de satisfaction au travail », l'apparition « des troubles somatiques et psychosomatiques ». Cette idéologie demande aux professionnels de « gérer ses émotions », « de communiquer avec conviction » pour être plus performants.

Afin de matérialiser ce développement, revenons sur l'élaboration de Hochschild A., sur la notion d'émotion dans le travail. Dans son ouvrage *The managed heart : Commercialization of human feeling* de 1983, elle s'intéresse au travail émotionnel des hôtesses de l'air dans l'aviation américaine dans les années 80, au moment où apparaissent ces nouveaux modes de management. Elle évoque l'importance de la gestion émotionnelle, pour pouvoir effectuer le travail prescrit et être reconnu par la hiérarchie. Elle met en avant le fait que la hiérarchie s'attelle au contrôle des émotions des travailleurs. Elle s'intéresse aux structures socio-économiques de l'activité des compagnies aériennes. Dans son œuvre, elle décrit un moment de l'histoire de l'aviation américaine où les trajets sont devenus plus longs, majorant la fatigue des hôtesses de l'air. Les avions ont été agrandi, provoquant l'augmentation du nombre de passagers pris en charge par les hôtesses. Cette description correspondant à une augmentation du travail réel avec un effectif resté constant. Cette situation provoque une modification du travail et induit un stress. Elle constate que ce qui se passe individuellement est le résultat de faits sociaux imposés aux individus. Un parallèle de cette démonstration peut être fait avec l'hôpital d'aujourd'hui. En effet, les mutations actuelles du contexte organisationnel et institutionnel hospitalier provoquent une pression sur les individus qui impacts les sentiments individuels.

Des pistes managériales innovantes permettent pourtant d'introduire une vision plus humaniste du management moderne.

Le cadre de santé au sein de l'institution hospitalière a dû s'adapter à l'évolution des pratiques managériales. Les dernières réformes hospitalières ont influencé l'évolution des modes de gestion des services publics vers des procédés issus du secteur privé. Svandra dans son article intitulé *Le management à l'épreuve de l'éthique : pour des pratiques managériales plus réflexives*, développe cette évolution. À travers cet article il nous alerte sur la nécessité de développer « une vigilance éthique » (Svandra, 2021, p. 3) par le développement de « l'éthique de management et de la bienveillance managériale » (Svandra, 2021, p. 3) face au « new public

management » évoqué précédemment par De Gaulejac. De plus, Belorgey (2010) dans « l'hôpital sous pression » indique que ce mode de management influence la manière de soigner. Ces notions sont intéressantes à développer dans le cadre de notre travail dans la mesure où la prise en compte des émotions des professionnels par le cadre de santé est une plus-value dans l'humanisation des pratiques pouvant avoir un impact sur la qualité de vie au travail. Nous pouvons faire un parallèle avec l'éthique de l'inquiétude développé par les vigilanseurs dans leurs pratiques et l'objectif de la démarche éthique dans le management ayant comme vision une investigation par l'inquiétude.

3.5 L'analyse de l'entretien exploratoire

Afin d'affiner mon questionnement, j'ai conduit un entretien exploratoire semi-directif auprès d'un médecin coordinateur d'un dispositif Vigilans. Cet entretien a été enregistré. Il s'est déroulé dans son bureau. C'est lors de cette rencontre que j'ai pu me saisir concrètement des problématiques cliniques vécues par les professionnels.

Le médecin coordinateur du dispositif interrogé est revenu sur le contexte sanitaire dans lequel s'est implanté le dispositif. En effet, l'ouverture de ce dispositif en période d'épidémie où le distancié devenait la norme de la relation dans certains suivis de soin a été favorable en termes d'acceptation.

Il évoque le premier regard que l'on peut porter sur cette consultation téléphonique comme étant un « *mode dégradé* » de la prise en charge. Son expérience au sein de ce dispositif, lui permet d'affirmer « *qu'il se passe énormément de chose par téléphone* » et que ce dispositif s'adapte à la population des primo suicidants qui sont « *des patients qu'on a du mal à amener vers les soins* » et cela est encore plus vrai « *pour les jeunes* ». Sans ce dispositif « *on aurait sûrement perdu des prises en charge s'il avait fallu les convoquer* ». Il s'agit d'une offre de soins complémentaire qui permet de palier certains manques. En effet, sa forme basée sur une ligne téléphonique ouverte 24h/24 et 7j/7 permet d'offrir une offre de soins complète en termes d'amplitude horaire.

Ce milieu dans lequel s'exerce cette activité développe une acuité différente du soin habituel. L'équipe soignante a « *beaucoup théorisé et réfléchi sur ça* ». Et ils parviennent à obtenir « *beaucoup d'éléments cliniques* ». Les vigilanseurs ont comme compétences d'après le médecin interrogé, « *des compétences de gestion de crise, de gestion émotionnelle, des qualités techniques et relationnelles importantes* ». Ils ont tous dix ans de diplôme au minimum. C'est une équipe autonome.

Leur activité est décrite comme habituelle, avec des entretiens infirmiers comme ils pourraient le faire en centre médico-psychologique (CMP). Aussi banal que cela est mentionné, je me questionne néanmoins sur le travail à distance et l'impact de leurs émotions pour ces infirmiers amputés d'une partie de leurs sens permettant la réalisation de leur jugement clinique. Et ce poste est décrit comme épuisant émotionnellement. En effet, d'après le médecin interrogé, être vigilanseur c'est « *très stressant* ». C'est un poste « *très exposé, où les soignants ne sont pas vigilanseurs plus de deux ans* ». Or, d'un regard extérieur, les conditions de travail ne paraissent pas si impactant. En effet, la charge physique et les contraintes d'horaires ne semblent pas pouvoir expliquer les causes de cette faible fidélisation des infirmiers. Ce phénomène me questionne sur la réalité du terrain, du fait de l'invisibilité et de la solitude dans leur travail.

Ils travaillent dans des postes insonorisés, ce qui leur permet d'être vraiment avec le patient. Leur attention est focalisée sur l'écoute du patient et de son environnement.

Cet entretien exploratoire m'a appris beaucoup sur l'aspect concret du dispositif.

Cet entretien m'amène à réorienter mon objet de recherche vers comment le cadre de santé s'empare et adapte sa pratique managériale face à l'aspect émotionnel de forte intensité vécu par les infirmiers au sein du dispositif Vigilans.

4. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

Ce que l'on peut imaginer après cette première réflexion est que les soignants semblent s'adapter facilement à ces nouvelles modalités du soin. L'utilisation banalisée de l'outil téléphonique pose question. Leurs expériences dans le domaine de la psychiatrie est mise en avant pour justifier leurs facilités d'appropriation du dispositif. La spécialisation de ces infirmiers dans la crise suicidaire, la valorisation par l'autonomie et le sentiment d'appartenance à l'équipe semble être des facteurs attractifs et protecteurs dans ce poste. Je me questionne néanmoins sur la faible fidélisation des équipes soignantes et l'aspect d'épuisement émotionnel dont sont victimes ces professionnels. La question du management de ces équipes singulières face à l'intensité émotionnelle et à la responsabilité dans la prise des décisions est à poser. Je pose alors cette problématique :

En quoi l'impact émotionnel de l'infirmier au sein du dispositif Vigilans amène le cadre de santé à innover dans sa pratique managériale ?

Hypothèse 1 : Les évolutions managériales du service public hospitalier impactent le travail émotionnel de l'infirmier au sein du dispositif.

Hypothèse 2 : Le cadre de santé doit innover pour intégrer la gestion des émotions créées par le travail.

5. L'ENQUÊTE DE TERRAIN

5.1. La méthode d'enquête

5.1.1. Choix et justification de la méthode utilisée

La méthode de recherche utilisée comprend des entretiens semi-directifs et une observation. La création des grilles d'entretiens et d'observation me permet de mener avec rigueur les entretiens et d'interroger les thèmes à aborder et les points à observer. Le terrain d'étude sera une unité du dispositif Vigilans. De façon stratégique, j'ai eu l'opportunité de réaliser mon stage du module « fonction d'encadrement » sur la période du 10 janvier au 4 février, dans un service d'urgences psychiatriques, service dans lequel est intégré un dispositif Vigilans. Ce stage, m'a permis de m'immerger au sein de mon objet d'étude. Il était indispensable pour moi d'analyser mon objet d'étude de l'intérieur et non comme simple spectateur. J'ai été attentif aux biais causés par mon statut d'étudiant cadre de santé dans l'unité. En effet, j'étais en relation directe avec la hiérarchie des infirmiers interrogés.

5.1.2 La population étudiée

Mon enquête cible l'environnement du dispositif Vigilans, son espace et les soignants y travaillant seront questionnés. Il s'agit d'une petite population, ayant une spécificité manifeste.

Les deux unités seront identifiées par l'indicatif U1 et U2. L'équipe pluridisciplinaire de la structure U1 est composée d'un psychiatre coordonnateur, d'un cadre de santé, de trois infirmiers et d'une secrétaire médicale. Le dispositif U2 est composé d'un cadre de santé et d'un infirmier, cette structure a également intégré une psychologue.

Une approche méthodique de l'expérience Vigilans sera réalisée par l'observation et une immersion dans le lieu de travail, avec une attention portée sur leur adaptation et leur capacité à se saisir de ce dispositif. Je serais attentif aux codes verbaux et non-verbaux employés par les professionnels lors des appels aux patients.

Six entretiens semi-directifs seront réalisés. La population ciblée, restreinte par son volume me contraint à interroger quatre infirmiers travaillant au sein de ce dispositif et deux cadres de santé encadrant les unités. Cet échantillon correspond à la totalité des personnes travaillant sur ces deux structures étudiées. Ce choix me permettra de faire émerger l'impact émotionnel du dispositif et de comprendre comment le management du cadre de santé est adapté à cette équipe. En effet, les cadres de santé de Vigilans encadrent plusieurs unités fonctionnelles. Elles encadrent en parallèle une structure de soins psychiatriques d'urgences. Le temps théorique consacré à la structure Vigilans est de 30%. En effet, la cadre de santé C1 m'informe que cette proportion horaire est « *déclarée ainsi à la direction* », mais qu'en réalité « *c'est variable* » dans la mesure où l'investissement et le temps de présence consacrés au dispositif se font en fonction des besoins et des problématiques. Un encadrement à distance est de ce fait nécessaire.

De manière aléatoire et par chance, mon talon identitaire sera diversifié. Concernant les infirmiers, il est composé de deux hommes et de deux femmes. Dans notre enquête, ils seront nommés A1 et A2 pour les hommes et B1 et B2 pour les femmes. A1, A2 et B1 assoient tous les trois une expérience de plus de dix ans en service de psychiatrie. En termes d'expérience seule l'infirmière B2 a une expérience de moins de 10 ans dans cette spécialité. En effet, diplômée de 2016, elle a exercé quatre années en psychiatrie. Tous les infirmiers sont spécialisés en suicidologie et dans la crise suicidaire, par le biais de formations internes ou de diplômes universitaires. Les cadres de santé nommés C1 et C2 dans notre étude sont deux femmes. C1 occupe un poste de cadre depuis sept ans, elle est affectée à ce service depuis janvier 2018. L'autre cadre de santé C2 est diplômée depuis trois ans, il s'agit de sa deuxième expérience en service de psychiatrie et elle est affectée au dispositif depuis janvier 2022.

Cette diversité homme et femme permet d'obtenir une cohérence et d'éviter les propos stéréotypés de l'émotion dans le travail. Heller en 1980 décrit l'aspect sexué des émotions dans le travail. Les représentations font émerger les idées reçues sur les émotions des femmes au travail. Cette dimension est rarement abordée de manière égale entre homme et femme. Dans le cadre du travail, aucune différence ne sera réalisée entre la vision féminine et masculine de l'enquête.

Je choisi de réaliser mes entretiens dans l'ordre suivant, les deux premiers entretiens seront consacrés aux infirmiers A1 et B1. Ensuite la cadre de santé C1 sera interrogée. Puis les

infirmiers A2 et B2 seront interrogés et mes entretiens seront clôturés par ma rencontre avec la cadre de santé C2.

Cette chronologie me permet de réajuster mon guide d'entretien durant la phase d'enquête. En effet, cet outil est mouvant, non figé. La mise en parallèle de la vision du cadre de santé et de l'infirmier sera réalisée. La retranscription de l'entretien de l'infirmière B2 sera inséré en annexe du travail. J'ai choisi de retranscrire cet entretien car il s'agit selon moi du plus pertinent. De plus, il s'agit du dernier entretien de la population infirmière interrogée, ce qui me permet une meilleure confiance en moi et une meilleure aisance dans les relances effectuées, car lorsque je réalise cet entretien j'ai déjà pu confronter mon guide d'entretien à trois infirmiers.

5.1.3 Identifier les biais de l'enquête

Afin de pouvoir diversifier les points de vue et d'éviter les biais liés à la culture et à la philosophie institutionnelle, la population interrogée et intégrée à l'étude provient de deux unités de deux institutions différentes.

Un autre biais dans la réalisation des enquêtes est identifié. Il concerne l'authenticité des émotions observées et la spontanéité des émotions verbalisées par les personnes interrogées. Comme évoqué plus haut, cette immersion dans le dispositif a été réalisé lors d'un stage effectué auprès d'un cadre de santé en lien direct avec la hiérarchie du dispositif. Ce biais, je l'identifie comme pouvant avoir un impact sur l'authenticité des réponses formulées lors des entretiens semi-directifs par les infirmiers et pouvant impacter également l'observation réalisée.

Concernant l'observation, je peux aussi identifier la durée comme étant un biais. Mon observation d'une durée de huit heures m'a-t-elle permis de prendre en compte tout le réel de l'activité d'un VigilanSeur ? En effet, il aurait été intéressant d'observer le dispositif dans la durée et non sur une seule journée. Ce biais est contraint par le temps restreint de mon étude.

Dans le cadre de ce travail il aurait été intéressant de réaliser des entretiens collectifs. La consigne nous contraignant à animer l'entretien de manière individuel, je n'ai pu confronter les propos des infirmiers avec ceux des cadres de santé. En effet, lors de l'entretien collectif, il aurait été intéressant d'identifier l'émergence et l'empêchement de certains sujets. Le rapport

interindividuel aurait été différent. Je constate également que l'enregistrement des entretiens créés une limite à la spontanéité des propos et à un impact dans les enjeux de confiance.

Enfin, j'identifie ma subjectivité comme un biais à mon travail. Je me suis en effet attardé sur des thèmes, des objets, des verbatims qui sont pour moi éclairant pour mon objet d'étude, il en aurait été probablement tout autre pour un autre acteur de ce travail.

Lors de l'animation des entretiens, j'ai été confronté à des demandes de précisions et de reformulations des questions posées. L'entretien que j'ai retranscrit en annexe en est un exemple. A l'issue de cet entretien je constate que l'infirmière interrogée a reformulé à de nombreuses reprises mes questions. Je me suis alors posé la question sur la compréhension et la formulation de mes questions. En effet, le large faisceau des réponses reçues, est probablement induit par l'utilisation des questions ouvertes, semi-directives.

5.2. Les entretiens semi-directifs

Les six entretiens ont été réalisés au sein des dispositifs Vigilans étudiés. Tous ces entretiens ont été enregistré avec l'accord des personnes interrogées. Chaque entretien a duré entre 45 minutes et une heure. En amont de la réalisation des entretiens je me suis questionné sur la posture et le positionnement que je devais avoir face aux deux corps de professionnels interrogés. Je me suis aidé des écrits de Demazière (2008) pour répondre à cette question. J'ai alors choisi d'adopter une posture « de neutralité bienveillante », y découle une « écoute attentive [...], une curiosité pour autrui, une empathie respectueuse » (Demazier, 2008, p. 17). Mon expérience en service de psychiatrie et la pratique de l'entretien infirmier m'a aidé à visualiser les qualités nécessaires pour l'animation des entretiens semi-directif. De plus, l'utilisation du « comment » en dépit du « pourquoi » dans mes questions comme le préconise Becker (2002). Cette « stratégie d'interview » permettant à la personne questionnée d'élargir son propos sans être contrainte de « donner la bonne réponse » (Becker, 2002, p. 105) ce que peut engendrer l'utilisation du « pourquoi ».

A l'issue de chaque entretien des discussions se sont poursuivies de manière plus informelle. J'ai pu ressentir que l'absence de l'enregistrement permettait une parole plus libre. Certains éléments abordés lors de ces moments ont pu être retranscrit. Ces entretiens que je qualifierais

de spontanés ont également eu lieu lors de ma journée d'observation où j'ai pu avoir un premier contact avec les infirmiers que j'ai interrogé de manière individuelle plus tard dans le développement de mon travail.

Ce que je constate après analyse de mes entretiens est la diversité et la complémentarité de ces derniers. Que ce soit en termes de contenu, de personnalités des personnes interrogées et des expériences vécues.

Le contexte dans lequel s'inscrit ce travail, c'est-à-dire, la sortie d'une crise sanitaire majeure, à probablement impacter la vision du soin et du travail en « distanciel », les questions posées auraient-elles été similaires deux années auparavant.

J'ai souhaité à certain moment de l'entretien recentrer le thème et la problématique sur l'utilisateur. En effet, je souhaite ne pas perdre l'aspect concret de mon étude et son intérêt destiné aux patients suicidants.

J'ai choisi de retranscrire en annexe, l'entretien de l'infirmière B2. Il s'agit de l'entretien numéro 4 issu de la population infirmière. L'infirmière nommée B2 a 36 ans. Elle est diplômée depuis 2016 et occupe ce poste depuis deux ans. L'infirmière a été contactée sept jours avant l'entretien, par mail pour convenir d'une date et d'un horaire. L'entretien s'est déroulé à la date prévue. L'infirmière a eu dix minutes de retard sur l'horaire prévu, car elle était seule ce jour-là sur le dispositif, elle a donc été retardée par l'appel d'un patient sur le téléphone d'astreinte. L'entretien a été réalisé dans l'espace de réunion au sein même du dispositif. Nous étions seuls dans la salle. Notre rencontre a duré 50 minutes, il s'est réalisé entre 13h et 14h. Il a été enregistré. L'entretien s'est poursuivi de manière informelle après avoir coupé mon enregistrement. *A posteriori*, j'ai le sentiment que ce moment en aparté a permis une expression plus spontanée de l'infirmière. L'infirmière interrogée avait une voix calme, ses mots étaient posés.

5.3. L'observation

J'ai choisi de combiner mon enquête avec des entretiens semi-directifs et de l'observation directe, car comme l'a étudié Arborio (2007), je considère

« qu'il y a un intérêt de connaissance à établir des constats d'abord fortement contextualisés, que l'observation d'interactions directes permet de comprendre des actions collectives et des processus sociaux, et que le sens vécu par les agents, tel qu'il se donne à voir dans la situation observée » (Arborio, 2007, p. 27).

De plus, la spécificité du dispositif étudié et la problématique se prête à l'observation. Cependant elle ne répondra pas à elle seule aux hypothèses et à la problématique posée. C'est la combinaison des deux outils et des matériaux récoltés qui permettront d'apporter des éléments de réponse. Mon observation a été réalisée pendant une journée, de 9h30 à 17h sur la structure nommée U1. Lors de mon accueil par les infirmiers Vigilanceurs, je les informe de ma démarche et de mon objectif d'immersion au sein du dispositif. L'objectif de cette observation me permettra de mettre des mots sur l'impalpable et le non-verbal des émotions. Le déroulement de la journée est organisé. Une présentation de la structure est réalisée.

5.3.1 Les locaux

Le dispositif se situe dans un bâtiment récent. Lors de mon entrée dans cette salle, quatre postes téléphoniques destinés au Vigilanceur se dressent devant moi. Les postes de travail se trouvent dans un bureau de type *open space*. Ces espaces de travail sont des boxes ouverts, cloisonnés sur trois côtés, par des panneaux phoniques verticaux en tissus bleu marine. Les postes de travail sont armés par deux écrans d'ordinateur, un poste téléphonique et un casque avec micro. Cette configuration moderne, aérée et lumineuse est agréable. L'espace permet de rendre performant l'écoute et de favoriser une atmosphère permettant de se consacrer uniquement à ce sens. Chaque Vigilanceur a adapté et personnalisé son poste de travail par des photos personnels, permettant de « *s'évader* » comme me l'a dit un infirmier.

Un espace cloisonné est placé au centre de la pièce, avec des canapés. Cet espace est utilisé pour des moments de rencontre d'équipe.

Le bureau de la secrétaire est placé à l'écart des boxes d'appel. Au fond de la salle, un compteur comptabilise le nombre de patients insérés dans le dispositif. Lors de mon passage, ils étaient aux nombres de 6502.

5.3.2 Codes verbaux

Lors de mon observation je ciblerais mon attention sur les codes verbaux utilisés par les infirmiers. Ces codes, pourront prendre la forme d'expression ou d'outil de langage, permettant aux professionnels de faire verbaliser les patients et de récolter les informations nécessaires à leurs prises de décisions cliniques.

Lors des appels téléphoniques par l'infirmier VigilantSeur, je constate rapidement que la parole est très ouverte et franche. L'entretien du soignant orienté sur la clinique et l'évaluation du risque suicidaire est réalisé de manière instinctive, par l'expérience du soignant.

5.3.3 Codes non-verbaux

Dans ce travail d'initiation à la recherche nous traitons le thème des émotions et des ressentis, les codes non-verbaux sont de ce fait essentiels à étudier. Mon observation réalisée lors d'un stage au sein du Pôle dans lequel est intégré le dispositif, m'a permis de créer une fiche de lecture de mon observation. Cet outil (annexe 1 : grille d'observation – régulation téléphonique) me permet de mieux comprendre les enjeux et visualiser l'impalpable. Cette démarche me permet de cibler, d'isoler les données et de réaliser un point de vue individuel par les entretiens.

5.3.4 Observer, voir et surtout écouter

Lors de mon observation j'ai été immergé dans l'environnement d'écoute de l'infirmier VigilantSeur. Mon observation n'est pas restée extérieure au dispositif comme le souligne Arborio (2007). Lors de mon immersion j'ai été intégré et questionné en qualité d'infirmier travaillant en psychiatrie. À la fin des appels et des entretiens réalisés auprès des patients, une réflexion et une analyse étaient entreprises entre nous professionnels. J'étais à ce moment de

mon immersion considéré comme intégré à l'équipe. Cette position d'écoute et d'observateur a été très enrichissante pour mon étude, car cette phase m'a permis de visualiser ce que j'avais pu intérioriser lors de la phase de recherche et de concept sur le thème étudié.

Mon objectif est de mettre en lumière ce qui se joue lors de l'appel téléphonique mais également entre les infirmiers du dispositif.

6. ANALYSE ET DISCUSSION

Cette partie de mon travail est dédiée à l'analyse des entretiens et de mon observation que je mettrai en parallèle avec les concepts abordés dans la première partie. Quatre thématiques ont émergé du terrain d'enquête lors de mon observation et lors des entretiens. Les matériaux que j'ai récoltés, sélectionnés et organisés me permettent d'amener une discussion sur les hypothèses et la problématique. Cette analyse croisée des données des deux populations et de mon observation est réalisée et donne à mon travail un volume de matériaux intéressants pour l'analyse.

À l'issue de chaque analyse, les éléments synthétiques pouvant apporter des réponses aux hypothèses seront rédigés.

6.1 La transformation du genre professionnel soignant

Dans cette première partie de l'analyse du contenu d'enquête nous allons traiter le thème du genre professionnel. Cette thématique a émergé au cours des entretiens des infirmiers A1 et B1.

En effet, ils ont abordé la question du rapport à l'usager qui diffère dans le dispositif par rapport à la vision que l'on se fait de la posture infirmière dite « classique ». Cela renvoie à la notion du genre professionnel décrit par Clot et Faïta (2000) qui définissent cette notion comme un ensemble de pratiques, de normes et de règles pour une profession identifiée. Cette définition nous informe que chaque identité professionnelle détient un ensemble de codes qui permettent de s'identifier comme membre d'un genre professionnel.

Derrière la transformation d'un milieu professionnel, par la modernisation ou l'innovation, se joue une transformation du genre professionnel. Dans le cadre de notre enquête, les entretiens semi-directifs nous ont apportés des éléments sur ce thème. L'infirmière B1 prend l'exemple de l'entretien infirmier, qu'elle identifie comme « *le code secret que tout infirmier connaît. Tous les infirmiers pratiquent l'entretien infirmier. L'anamnèse, l'entretien de réassurance, l'entretien motivationnel, l'entretien informel dans un soin, voilà !* ». Ce code, elle l'identifie comme étant un élément central dans la pratique de l'infirmier. C'est en effet, cette pratique qui

anime les infirmiers Vigilants de manière centrale, car toutes leurs démarches se basent sur une évaluation clinique par l'entretien infirmier.

À travers ce premier thème, je vois émerger les prémices d'une absence de différence de l'entretien infirmier, qu'il soit virtuel ou distancié. Ce ressenti, je le perçois également par les mimiques et l'étonnement des infirmiers interrogés sur cette question de l'outil téléphonique et du soin à distance. Ils semblent étonnés que je me questionne sur cet aspect qu'ils considèrent comme « banal » dans leur pratique. Le genre professionnel ne serait donc pas impacté dans le cadre de ce dispositif. L'infirmier au chevet du patient pourrait donc être infirmier par téléphone, sans que ce dernier n'y constate une grande différence.

Un autre élément impacte le genre professionnel, celui de l'institution. Les modalités de ce dispositif impliquent que le soignant soit acteur dans la démarche « *d'aller vers le patient* », comme l'a mentionné l'infirmier A1. J'identifie également le lieu comme une transformation spatiale du poste de soins. L'environnement du soignant est modifié à travers ce dispositif. En effet, le cloisonnement des infirmiers dans des boxes phoniques, demande à ces derniers de s'adapter à un environnement très individualisé où chaque soignant n'a pas de visibilité sur le travail de l'autre. Lors de mon observation j'ai pu constater que lorsqu'un infirmier est en entretien avec un patient, les autres soignants qui ne sont pas en ligne, maintiennent une oreille attentive aux propos tenus par leur collègue, se permettant à certains moments de se lever pour rejoindre ce dernier si celui-ci semble en difficulté.

Nous allons à présent analyser cette évolution du genre professionnel par l'observation que j'ai réalisé au sein du dispositif.

6.1.1 Une observation immersive

Lors de mon observation, plusieurs séquences téléphoniques ont pu être écoutés en double appel et observés. Visuellement, chaque soignant décline sa personnalité, sa touche personnelle lorsqu'il est au téléphone. L'infirmière B2 se montre dynamique et spontanée. Sa vive gestuelle qui appuie ses propos et le ton employé, rendent l'entretien vivant. Seul son casque vissé sur la tête et son écran d'ordinateur nous font rappeler que le patient est à distance. Sa posture nous montre le contraire, comme si le patient était bel et bien en face de nous. Derrière l'autre cloison,

l'infirmier A1, est quant à lui plus statique. Ses yeux fixant les photos qui décorent son poste de travail, ses propos et le ton de sa voix sont posés. Sa gestuelle est plus réflexive.

Cette théâtralisation de mon observation peut paraître anodine, mais elle permet de s'inscrire dans l'atmosphère qui règne dans ce poste d'écoute clinique. Je vois à travers cette observation un nouveau genre de code professionnel. Celui de faire passer son empathie, son écoute active par le seul outil de la voix. Si je reprends les propos des quatre infirmiers concernant leur vision de leur activité, chacun trouve un mot pour banaliser et normaliser leur action de soins : « *ça ne modifie pas la technique de l'entretien en lui-même ou son contenu* » (infirmière B2), « *on n'a rien inventé* » (infirmier A1), « *on mène un entretien infirmier comme d'habitude* » (infirmière B1) et « *[les entretiens infirmiers] ça on sait faire ça ne change pas* » (infirmier A2). Je me questionne sur cette vision qu'ils m'offrent du soin par téléphone, est-elle relativisée pour me rassurer sur ce soin si évident à leurs yeux ? Cette banalisation de l'action de soin par téléphone se heurte cependant aux propos de l'infirmier A2 qui avoue que « *c'est pas tous les infirmiers qui pourraient être sur ce poste* ». En effet, au décours de deux entretiens infirmiers les propos sont spontanés et francs sur des situations cliniques vécues « *le patient qu'on va appeler là, il s'est tranché la gorge* » (infirmière B2). Cette phrase glaçante, permet-elle de briser la glace d'une telle situation relatée et imaginée par téléphone ?

6.1.2 Les préjugés du soin téléphonique

Alors certes la pratique de l'entretien ne semble pas éloignée de la pratique en « face à face », néanmoins, la spécificité de la crise suicidaire et l'atmosphère engendrée par le téléphone, posent question pour une personne extérieure au dispositif. Au-delà de la charge cognitive des situations cliniques, de la recherche de la bonne parole soignante, de l'investissement physique que nécessite l'écoute active, les contraintes et les difficultés constatées lors de ma recherche littéraire sur ce dispositif ne semblent pas être au premier plan considérés comme des obstacles pour les infirmiers interrogés. L'infirmier interrogé, relate la vision de leurs collègues sur ce dispositif, « *moi je ne pourrais pas faire ce que tu fais* » (infirmier A2).

Chaque professionnel, met en avant l'intérêt du téléphone dans ce dispositif. Trois infirmiers sur quatre y voient un intérêt personnel de part ce qu'ils peuvent renvoyer au patient s'ils avaient été en face à face, mais également un intérêt pour le patient qui d'après les soignants verbalisent

de manière « *plus spontanée* » et « *sans jugement* » sur leur passage à l'acte. Comme le stipule l'infirmière B1 :

« le téléphone est facilitant pour nous et pour le patient, ne pas les avoir sous le regard, c'est comme ça qu'on peut avancer. Sinon on est toujours pris par le regard, on réajuste trop, le patient peut se rendre compte qu'on est angoissé parce qu'on va faire une petite mimique, qu'il va surinterpréter. Là, il n'y a pas d'interprétation possible et je trouve que les patients parlent beaucoup plus et très facilement. »

Ce verbatim résume bien la pensée et le ressenti des professionnels sur l'outil. J'émettrai tout de même une nuance à l'absence d'interprétation par téléphone. Certes l'absence du visuel diminue le risque d'interprétation mais d'autres éléments vocaux peuvent être source d'interprétation : un silence, une question, une tonalité, etc. Cette vision de l'outil téléphonique facilitant décrit par Holleaux (1990), j'ai pu le constater lors de mon immersion dans le dispositif. L'opportunité d'être en double appel et de pouvoir entendre ce qui se joue dans la relation soignant – soigné au téléphone a été d'une grande richesse.

Je vais à présent relater une situation d'entretien infirmier comme je l'ai vécu lors de mon observation. En effet, il est important de resituer le patient au centre de mon étude car il est l'utilisateur, le bénéficiaire principal du dispositif étudié dans mon travail.

Lorsque la tonalité retentit, mon attention est grande, je me suis vu fermer les yeux afin de me concentrer sur les propos de la patiente. La patiente répond, il s'agit de la voix d'une jeune fille. Quatre appels intermédiaires ont déjà eu lieu. Elle a 16 ans, hospitalisée à la suite d'une TS par ingestion médicamenteuse volontaire, elle est sortie de l'hôpital. Les questionnements de l'infirmier A1 étaient francs et directs, les silences et les bruits environnementaux dressent le tableau de l'environnement dans lequel se trouve la patiente. Cette jeune patiente est en récréation dans son lycée, nous entendions en arrière-plan l'agitation d'une cour de lycée. L'infirmier lui demande si elle est disponible pour lui accorder un entretien. Rapidement la patiente affirme être disponible et s'être mise à l'écart de ses amis pour pouvoir parler plus facilement de son état de santé. L'évaluation clinique s'enchaîne par des questions intégrées à la discussion. Cette dernière semble informelle, mais elle est en réalité très réfléchie par l'infirmier qui pèse chaque mot employé. Cette subtilité et cette fluidité de langage est très

agréable à écouter en tant qu'infirmier travaillant en service psychiatrie. Les objectifs de soins sont définis par la patiente et le soignant et des pistes d'outils permettant à la patiente de réagir en cas de récurrence d'idées suicidaires sont identifiés. À la fin de cet appel, qui aura duré dix minutes, la patiente semble reconnaissante de cette attention qui lui est portée et en attente d'un nouvel appel qui sera programmé dans une semaine.

Cette analyse tente d'apporter des éléments de réponse à l'hypothèse numéro 1. Cependant, la réponse apportée semble plus ciblée aux singularités du dispositif et moins élargie comme mentionné au service public hospitalier. Alors certes, l'évolution des modalités de soins des professionnels et du format « *d'aller vers le patient* » peuvent être à l'origine d'une transformation des enjeux sociétaux et des enjeux soignants. Les modalités de soins observées dans ce dispositif viennent impacter le travail émotionnel infirmier, dans sa relation avec le patient mais également dans son travail de recherche d'éléments cliniques. Cet aspect sera développé à la suite de mon analyse. Car à ce stade de mon travail, je constate que cette évolution de la pratique que je considère banalisée par les professionnels reste sans réponse. En effet, les soignants verbalisent peu ou pas de modification de leur pratique quotidienne.

6.2 Individu et organisation face aux enjeux sociétaux

Cette partie va s'intéresser à présent à la place du professionnel au sein du dispositif et comment ces nouvelles modalités de soins permettent de comprendre ce qui se joue dans la société. En effet, s'intéresser au rapport entre l'individu et l'organisation, permet d'avoir accès à ce qui peut se jouer dans la société.

Développer cette partie me permet de comprendre la genèse du dispositif, de comprendre les transformations du rapport entre la société et l'hôpital qui interviennent dans le rapport usager – hôpital et soignant – soigné. C'est également le moment de répondre à l'hypothèse de l'impact des évolutions managériales du service public hospitalier sur le travail émotionnel de l'infirmier au sein du dispositif.

La question de l'adaptation du soignant à une organisation est essentielle dans le développement de mon analyse. Lors des entretiens, l'infirmière B1 a su verbaliser des prises de décisions permettant d'ajuster le dispositif face aux besoins des patients ; « *moi je montre au patient qu'il*

y a une présence, je donne facilement des rendez-vous intermédiaires, moi c'est ma façon de faire, ça me rassure aussi ». Cela peut être expliqué en citant Hanique, qui dans son ouvrage intitulé *Le sens du travail. Chronique de la modernisation au guichet*, sur la modernisation du travail des agents des guichets de La Poste, informe le lecteur que,

« Ne pouvant plus s'appuyer sur une prescription formelle, ni sur les ressources du collectif, les agents sont renvoyés à eux-mêmes. Puisant dans leurs ressources personnelles faites d'expériences capitalisées mais aussi de normes héritées [...] » (Hanique, 2004, p. 300).

De manière individuel les soignants développent des ficelles de métiers pour adapter leur pratique aux besoins des usagers. Cette adaptation intervient dans le discours de l'infirmier lors de l'entretien au téléphone, mais également lors de leur prise de décisions. L'infirmière B1 verbalise qu'elle « *réajuste [son] discours en permanence* » en fonction de la situation des patients qu'elle prend en soins. Ce propos est intéressant à relever dans cette partie car il note l'investissement personnel, la nuance et la subtilité dont doit faire preuve l'infirmier par téléphone. Je peux en déduire que cette adaptation, ce réajustement permanent est induit par le dispositif. Certes cette action peut se retrouver lors des entretiens physiques mais on peut imaginer qu'elle demande une réflexion et une concentration majorées du fait de la contrainte de restriction sensorielle.

L'infirmière B2 est la professionnelle de la population étudiée avec une expérience plus courte. Elle nous informe que certaines prises en charge complexes engendrent des difficultés dans la relation soignant-soigné et qu'il est parfois « *difficile de raccrocher* ». A l'inverse l'infirmière B1 plus expérimenté revient sur sa pratique lors des situations complexes et constate que « *ce dispositif il ne faut pas y avoir peur, et [...] pense qu'il ne faut pas hésiter parfois à poser le téléphone pour réfléchir à une situation et [...] rappeler le patient ensuite* ». Cette prise de recul est également partagée et verbalisée par l'infirmier A2.

Développer la vision macroscopique du dispositif en questionnant son impact dans la société et dans l'organisation a été difficile. Faire émerger des matériaux relevant de ce thème n'a pas été évident. Je me retrouve démunie pour répondre de manière précise à l'objectif que je m'étais fixé dans cette partie. Cependant des éléments intéressants émergent sur la question de prise de décision et d'autonomie des professionnels au sein du dispositif.

Cette partie nous informe sur la capacité des professionnels à prendre des décisions et à adapter leurs discours en fonction des situations vécues. La question de l'expérience en psychiatrie et au sein du dispositif semble impacter le vécu du professionnel dans sa pratique et sa posture. L'expérience induit une prise de décision et une adaptation de sa pratique quotidienne. Je vais à présent développer le concept d'autonomisation d'équipe.

6.3 Une organisation facilitant l'autonomisation d'équipe

Le terrain d'enquête nous apprend que le dispositif Vigilans est composé de soignants qui se considèrent comme « *autonomes* ». Cette vision, qu'ils nous offrent de leur travail est également validée par leur encadrement. En effet, chaque infirmier et chaque cadre de santé abordent l'aspect managérial du dispositif comme autonome.

Au début de ce travail, lorsque j'ai choisi d'étudier la place de l'infirmier au sein du dispositif Vigilans, je percevais la spécificité de ce service, néanmoins je n'avais pas pris en compte la place de l'autonomie dans ces équipes.

Il en ressort que ce degré d'autonomie est créé dans un « *champ délimité et défini par le cadre* » comme le résume l'infirmier A2 sur cette notion d'autonomie. La cadre de santé C1 décrit son positionnement comme « *une aide* » à l'organisation du dispositif.

Cette « *autogestion* » est expliquée par la cadre de santé C1 par « *le profil des soignants expérimentés qui favorise ce type de management* ».

Cette caractéristique managériale serait-elle généralisée au sein de ce dispositif et liée à l'expérience des soignants qui la compose et à sa spécificité ?

La cadre de santé C2, est consciente de la spécificité et des compétences détenues par les infirmiers du dispositif, « *c'est lui qui a les compétences, il est expérimenté* ». On constate que la majorité des infirmiers rencontrés ont au minimum dix ans d'expérience en milieu psychiatrique et se sont formés à la crise suicidaire. Les cadres de santé, interrogés n'ont pas une expérience aussi large de ce milieu, « *la compétence est sur le terrain* » (cadre de santé C2). Cette vision managériale que l'on peut décrire comme situationnel amène les cadres de santé à sortir des schémas classiques d'encadrement.

Cette place de l'autonomie dans le dispositif est intéressante, car il vient apporter un nouveau concept à mon travail d'étude. Je fais le choix de mettre en parallèle le concept de l'intelligence émotionnelle et la place de l'autonomie dans le dispositif.

6.3.1 L'intelligence émotionnelle et l'autonomie

Un parallèle peut être réalisé entre l'intelligence émotionnelle et la prise d'initiative comme le mentionne Goleman (2002). Cette compétence d'intelligence émotionnelle peut-elle être recherchée lors d'un entretien de recrutement ? Les cadres C1 et C2, ont toutes les deux mis en avant l'importance du recrutement et des compétences recherchées. Pour les deux cadres interrogés se sont les infirmiers recrutés qui sont à l'origine de l'autonomisation de l'équipe. La cadre de santé C2 verbalise le fait que « *le soignant doit se caler sur ce format de travail* ». Du fait de leur expérience et la spécificité de leur unité, ils ont su s'adapter aux modalités du dispositif et à son organisation.

Cette autorégulation je l'ai constaté lors de ma phase d'observation. En effet, les réajustements organisationnels auxquels ils font face sont arbitrés entre eux. Prenons l'exemple des congés, lors de ma présence, un des trois infirmiers a souhaité poser un jour de congé. Avant d'informer son encadrement par mail, il a posé la question aux deux autres infirmiers présents, ces derniers ont accepté et se sont réparti les patients que le demandeur devait contacter ce jour-là. Cette réorganisation ils me l'ont dit « *c'est leur mode de fonctionnement* ».

Le processus et la marge d'autonomie relatés par les professionnels et que j'ai constaté durant mon observation « peuvent être mis en relation avec le sens donné par les acteurs à leurs pratiques » (Arborio, 2007, p. 27).

En effet, comme nous l'avons indiqué dans la partie concept et à la suite de l'entretien exploratoire, la spécialisation de ces infirmiers dans la crise suicidaire, la valorisation par l'autonomie et le sentiment d'appartenance à l'équipe semble être des facteurs attractifs et protecteurs dans ce poste.

Cette habileté face aux émotions décrite comme une compétence par Goleman, semble recherchée par les cadres de santé lors du recrutement. Il aurait été intéressant de questionner les

cadres de santé sur la manière concrète de reconnaître cette compétence lors de l'entretien de recrutement.

6.3.2 Autonomie clinique et managériale

Deux aspects d'autonomie sont identifiés par la cadre C2. Un aspect clinique, elle nous informe « *qu'ils sont autonomes dans leurs prises de décision clinique* ». En effet, leur poste et leur immersion téléphonique les isolent des deux autres VigilantSeur, « *parfois on peut se sentir seul* » (infirmière B1). Certes un médecin psychiatre est disponible par téléphone pour toutes questions en lien avec une situation clinique. Mais la prise d'initiative clinique est la norme dans ce dispositif, « *ils nous font confiance, enfin je pense* » souligne l'infirmière B1 en parlant des médecins et de la cadre de santé. Le second aspect d'autonomie identifié par la cadre C2 est celui du management comme mentionné plus haut.

L'adaptation de l'encadrement au dispositif a été abordé lors des entretiens. La cadre C2, a verbalisé le fait « *[qu'elle] adapte pas [son] encadrement au service mais aux personnes. Chaque personne a des besoins d'encadrement différent et [elle] essaie de [s']adapter aux personnes* ». Cela fait écho aux Lois de Rolland sur les principes du services publics, mentionnant l'adaptabilité des agents aux besoins des usagers. Néanmoins le cadre de santé au sein d'une unité de soin, doit s'adapter aux agents mais également à l'institution dans laquelle il travaille.

À la suite de cette analyse, je constate que l'hypothèse 2 traitant de l'action managériale du cadre de santé était trop ambitieuse face à la réalité du terrain interrogé. En effet, le matériau récolté n'a pas permis de développer cette notion d'innovation. L'humilité des cadres interrogés n'ont jamais abordé son action managériale sous l'angle de l'innovation. La réflexion portée à leur pratique dans cette structure spécifique ne semble pas innovante mais adaptable. Nous revenons sur notre fil conducteur posé à la genèse de notre travail, sur la question de l'adaptabilité dans le service public. L'innovation et l'adaptabilité ne sont pas deux notions antonymes, elles sont complémentaires, mais lors des entretiens c'est la notion d'adaptabilité qui a émergé.

6.4 Le concept d'émotion une vision managériale et soignante

Cette partie de mon travail permet l'émergence du concept de l'émotion. Analysé d'un point de vue managérial par l'analyse du matériel apporté par les cadres de santé interrogés et également par la vision soignante grâce au matériel des infirmiers. Je détaillerai comment les émotions impactent la prise de décision clinique et managérial. Puis le lien avec le concept d'intelligence émotionnelle et le matériel recueilli sera réalisé.

6.4.1 De l'émotion à la prise de décision clinique

Lors de mon premier entretien avec l'infirmière B2, ma question sur les émotions est rapidement balayée par cette réponse « *Pour le coup je ne travaille pas vraiment avec mes émotions* ». Or mon analyse de la littérature sur les émotions dans le travail vient à l'encontre de ce propos. Car on retient de la littérature que tout travail nécessite un degré d'investissement émotionnel. L'infirmière nuance la notion « d'émotion » en évoquant le *feeling*. Ce terme provenant de l'anglais familier signifiant « *la manière de ressentir telle ou telle situation, intuition* » (Larousse, 2020). Je décide de relater ce propos et d'analyser cette information même s'il n'est pas représentatif de la majorité des infirmiers interrogés. En effet, Becker (2002) dans *Les ficelles du métier*, nous informe que l'analyse des matériaux considérés comme « anormaux » en marge de la représentativité permet « *d'affiner, de retravailler l'explication* ». Car ce que j'analyse à travers cette explication est la signification et la représentation que l'on peut avoir de cette notion d'émotion. L'utilisation des émotions dans le travail peut faire intervenir des éléments personnels. Se dévoiler émotionnellement devant un patient peut être considéré comme un aveu de faiblesse de la part de la professionnelle. La même infirmière me disait que l'outil téléphonique, était justement intéressant pour se « *protéger derrière le téléphone* », que cet outil était « *comme un espèce de bouclier. On ne reçoit pas l'émotion direct du patient* ».

Deux aspects sont abordés dans ce verbatim. Le premier aspect est l'outil téléphonique permettant au VigilantSeur de se protéger et le fait que l'infirmière travail avec les émotions du patient. Il y a donc une mise en confrontation entre le travail infirmier qui se base sur les

émotions verbalisées par le patient et ses propres émotions qui doivent être le moins perceptibles possible par le patient.

La nuance verbalisée par l'infirmière entre émotion, ressenti, perception et *feeling* est intéressante, car on comprend qu'elle souhaite mettre une valeur clinique, professionnalisante de ses émotions dans son travail.

Les autres infirmiers interrogés sont moins nuancés, ils évoquent le fait que fréquemment leurs émotions interviennent dans leur prise de décisions. Certes, d'autres éléments « *impalpables* » s'insèrent dans ce processus décisionnel clinique, mais les émotions ressenties et utilisées par le biais de leur voix est un outil permettant de faire passer des informations au patient et de faire passer au travers du téléphone cette notion d'inquiétude, sur laquelle se base ce dispositif.

Lors des entretiens trois infirmiers A1, B1 et B2 ont abordé la question de la prise de décision clinique. B2 évoque son absence d'appréhension d'appeler les patients et que cet outil était protecteur. A1 et B1 ont abordé cette question de la prise de décision clinique comme faisant partie de leur métier « *on fait comme d'habitude* » souligne A1. L'infirmière B1, me relate une situation difficile vécue lors de l'appel d'un patient en crise suicidaire, elle me dit « *la dernière fois que j'ai eu ce patient au téléphone il était vraiment mal. Lorsque je l'ai rappelé pour son suivi, je sentais que j'étais un peu stressée de savoir dans quel état j'allais l'avoir* ». C'est qui est difficile pour elle c'est l'absence de moment de transition. Elle exprime la différence entre l'entretien physique et par téléphone. Lorsqu'un patient vient physiquement en entretien, « *inconsciemment* » les soignants observent cliniquement le patient, ce qui leur permet un premier cheminement dans la prise de décisions cliniques. Par téléphone, cette phase est absente, « *il y a la tonalité du téléphone puis le patient répond* », elle constate l'absence de phase transitoire pouvant préparer le soignant à aborder le patient de telle ou telle façon. C'est au travers de ce thème que l'infirmière B1 a pu verbaliser des éléments différenciés entre la pratique téléphonique de l'entretien infirmier et la pratique en « face à face », ce dont elle n'était pas parvenue lorsque j'ai abordé la question du genre professionnel.

Le téléphone nécessite d'après l'infirmier A1, « *d'être direct dans les questions [qu'il] pose* ». Le patient n'étant pas visible, il doit tenter d'obtenir les informations cliniques « *authentiques* » nécessaire à la prise de décisions. Je l'ai constaté lors de mon observation. Les questions sont posées clairement et la parole est libre des deux côtés de la relation. Cette atmosphère créée par l'infirmier est réalisée de manière subtile « *sans avoir l'aire intrusif* » (infirmier A1). Cette

notion de recherche d'authenticité, nous renvoi aux propos de Soares (2003), sur l'impact du « manque d'authenticité des émotions au travail » (Soares, 2003, p.12). Car la relation créée par l'infirmier, nécessite qu'il s'investisse personnellement pour transmettre par téléphone empathie et bienveillance. Exprimer de « vraies émotions » (p.12) par téléphone, implique fortement le soignant dans son travail.

La mise en œuvre de procédures serait un moyen permettant d'esquiver l'aspect et la valeur émotionnelle transmis par l'action de la prise de décision. La cadre de santé C2, m'interpelle sur cette notion de prise de décisions en évoquant qu'ils ont déjà « *construit des logigrammes en cas de [...]. Mais en fait, comme chaque patient est différent et qu'il y a tellement de paramètres à prendre en compte [...] les logigrammes atteignent vite leurs limites* ». Après réflexion, je regrette de ne pas avoir demandé à la cadre de santé de développer les différents paramètres venant impactés les logigrammes de l'évaluation de la crise suicidaire par téléphone, ainsi que de détailler les ébauches d'outil ayant été construit. Cela m'aurait permis d'investiguer cette question.

6.4.2 De l'émotion à la prise de décision managériale

J'ai pu interroger les cadres de santé sur cet aspect managérial et l'adaptation de leur management face à ces équipes spécialisés et de faible effectif. La cadre C1 m'informe ne pas savoir « *qui s'adapte à qui* ». Est-ce l'équipe qui s'adapte au cadre ou le cadre qui s'adapte à l'équipe qui l'encadre ? Je ne m'attendais pas à ce que la question posée me soit reformulée et vienne questionner un autre aspect non pris en compte dans mon travail initial. Elle exprime ce questionnement et poursuit en argumentant que « *se sont eux qui ont l'expertise de la crise suicidaire* », son rôle elle le décrit comme une aide organisationnelle, un accompagnement permettant d'optimiser le dispositif. Ce qui rend difficile l'analyse de ce thème et que la cadre de santé C2, se positionne en affirmant « *[qu'elle] adapte pas [son] encadrement au service mais aux personnes. Chaque personne a des besoins d'encadrement différents et [elle] essaie de [s']adapter aux personnes* ».

Ce que je relève des entretiens avec les cadres sur le thème de la prise de décision est la subtilité de la relation soignant-encadrant. Cette subtilité est identifiée dans le positionnement du cadre

de santé et la distance qu'il entretient auprès des infirmiers. Cette distance varie en fonction des besoins manifestés par les infirmiers.

6.4.3 L'intelligence émotionnelle un outil managérial

Lors de la rédaction de mon cadre conceptuel j'ai pris connaissance de la notion d'intelligence émotionnelle. Cette notion fait écho à la problématique posée. J'ai tenté lors des entretiens et de l'observation de faire émerger des matériaux pouvant relever de cette notion.

Considérer la compétence d'intelligence émotionnelle comme un outil managérial, je l'ai constaté lors des entretiens auprès des deux cadres de santé. En effet, elles s'en servent dans leurs prises de décisions et dans le choix de leurs positionnements. Il n'a cependant pas été aisé d'obtenir des éléments de réponse détaillés sur cette notion.

6.5 Retour sur les hypothèses

Pour clôturer cette analyse et la discussion je propose une synthèse sur ce que ce travail m'a permis de comprendre. La problématique ainsi choisie : « En quoi l'impact émotionnel de l'infirmier au sein du dispositif Vigilans amène le cadre de santé à innover dans sa pratique managériale ? » avait permis de faire émerger deux hypothèses : « Les évolutions managériales du service public hospitalier impactent le travail émotionnel de l'infirmier au sein du dispositif » et « le cadre de santé doit innover pour intégrer la gestion des émotions créées par le travail. »

Afin de répondre de manière structurée, j'ai tenté de suivre tout au long de mon cheminement un fil conducteur, celui de la transformation professionnelle des infirmiers et du cadre de santé face à une nouvelle pratique de soins, celle de l'évaluation clinique de la crise suicidaire par téléphone. Comment, quotidiennement, les infirmiers et les cadres de santé viennent s'adapter individuellement et collectivement dans ce nouvel environnement de soin sans la présence physique des patients ? A l'issue de ce parcours, qu'avons-nous appris ?

Tout d'abord, il y a la littérature scientifique et professionnelle récentes et le retour des soignants qui travaillent au sein de ce dispositif. On y apprend une philosophie celle de l'inquiétude, non éloigné de la philosophie inculquée par Carl Rogers. Mon point de vue initial et extérieur à ce dispositif est très réducteur de la pratique qui s'y joue. Y voir un soin à deux vitesses est faux. Car ce qui s'y passe est d'une grande richesse.

6.5.1 Hypothèse n°1

Les matériaux récoltés permettant l'analyse de l'hypothèse 1 : « Les évolutions managériales du service public hospitalier impactent le travail émotionnel de l'infirmier au sein du dispositif », ne viennent pas invalider cette dernière mais viennent la nuancer. Car la valeur macroscopique donnée à cette hypothèse rend l'analyse complexe. En effet, l'objet d'étude ciblé sur une structure identifiée et de petite taille, rend complexe l'extrapolation. Ce que l'on retient du matériel récolté est que les infirmiers voient étonnamment peu de différences entre leur pratique dite « ordinaire » et leur travail au sein du dispositif. Pourtant l'apparence de leurs tâches quotidiennes a bien évolué. Elle a évolué sur l'aspect de la relation soignant-soigné. Car l'absence de patient circulant dans le service et la réduction sensorielle de cette clinique de la voix sont des modifications de l'environnement de travail qui génèrent une modification aussi faible que cela peut être du genre professionnel.

L'évolution est également constatée sur l'aspect décisionnel et l'habileté que l'entretien téléphonique nécessite. Cette habileté que l'on peut appeler intelligence émotionnelle impacte le travail et l'adaptabilité déployé au quotidien par le professionnel. Savoir transmettre les valeurs soignantes telles que la bienveillance et l'empathie par téléphone est une compétence que les infirmiers que j'ai observé détenaient. J'ai d'ailleurs pu le ressentir lors de mon écoute en double appel.

Les infirmiers interrogés abordent avec pudeur et modestie cette compétence, ils se questionnent néanmoins sur l'authenticité de la relation et comment ce qu'ils transmettent par téléphone est perçu : « *comment ma voix est-elle interprétée par le patient ?* ».

La démarche téléphonique et le non-face-à-face peut également questionner l'usager du service public hospitalier. Habitué de ces pratiques pour les démarches administratives, le secteur du soin n'était-il pas le seul rempart à cette éloignement imposé ? Néanmoins, les retours des

usagers que j'ai pu entendre lors de mon observation, sont extrêmement satisfaits de la démarche qui leur est proposée et non imposée comme cela peut arriver dans le secteur psychiatrique.

Pour l'observateur issu des services intra-hospitalier, les conditions de travail pourraient être idéalisées. Il n'en est cependant pas si évident. Certes le téléphone permet une protection face à la détresse permanente verbalisée par les patients à l'autre bout de la ligne. Mais ce qui est entendu est d'une force parfois déconcertante. Les propos entendus et l'imaginaire qui se jouent à chaque appel, vient confronter ce semblant de bouclier créé par le casque audio et les boxes phoniques.

6.5.2 Hypothèse n°2

Les éléments récoltés permettant l'analyse de l'hypothèse 2 : « le cadre de santé doit innover pour intégrer la gestion des émotions créées par le travail », permet de valider l'hypothèse énoncée. En effet, les cadres de santé, travaillant généralement à distance de ces équipes spécialisées, sont conscientes de ce qui se joue derrière le téléphone. Pour exemple, une des cadres interrogées a pratiqué ce soin téléphonique lors de sa prise de fonction.

Pour compenser l'exigence, la concentration et la maturité que demande ce poste, la marge d'autonomie laissée par l'encadrement est importante. Cette présence managériale décrite comme un soutien organisationnel vient rassurer et assoir la responsabilité et l'autonomie clinique demandés par la prise de décisions quotidienne qui clôturent chaque entretien téléphonique. C'est cette posture et ce positionnement à la fois proche et distant, qui permet de créer une relation basée sur la confiance et l'autonomie.

J'ai pu prendre connaissance d'un autre élément singulier à la pratique des cadres de santé interrogés dans ce dispositif. Il s'agit de la recherche de compétence émotionnelle des agents recrutés. Cette compétence, que les cadres recherchent et la nomment de différentes façons « *gestion du stress* », « *prise de recul* » (Cadre C1) ou encore « *jongler avec les dires des patients* » (Cadre C2). Ces éléments démontrent une innovation développée par le cadre de santé dans sa méthode de recrutement. Certes, comme je l'ai écrit précédemment, il aurait été intéressant de développer cet aspect de l'innovation en faisant verbaliser le cadre de santé sur sa manière concrète de faire émerger cette compétence au travers du parcours professionnel de

l'agent. Pour cela l'observation d'un entretien de recrutement d'un infirmier souhaitant intégrer le dispositif aurait pu être intéressant pour consolider mon analyse.

Lors des entretiens, aucun soignant n'a abordé spontanément le sujet de l'épuisement professionnel et des émotions créés par le dispositif, comme j'avais pu le lire dans la littérature. Questionné sur ce thème, ils ont dans la majorité des cas effectués un parallèle avec la réalité du terrain dans les services de soins que nous pouvons décrire comme « classiques ». Cette humilité, verbalisée par ces soignants je l'ai ressentie. Mettant en avant le fait « *de ne faire que leur travail* », lorsque je décrivais et m'étonnais des nouvelles modalités de soin. Le même constat est réalisé auprès de la population cadre que j'ai interrogé. À l'évocation de ce sujet, ces derniers sont conscients des contraintes émotionnelles et psychiques engendrées par le dispositif. Ce constat n'impacte cependant pas leurs pratiques managériales spécifiquement aux infirmiers travaillant au sein du dispositif Vigilans, par rapport aux autres équipes qu'ils encadrent. En effet, ces cadres de santé multisites, encadrent également les équipes infirmières des urgences, personnels également confrontés à des contraintes émotionnelles importantes.

Au vu de la population interrogée par son nombre et son ancienneté dans le dispositif, je ne me permettrai pas de généraliser les retours et les constats que j'ai relevé. De plus, lors de cette analyse et la discussion qui en a découlé, j'ai émis des probabilités, qui réduisent la valeur scientifique de mon propos. Ce choix est volontaire car, travailler sur le thème des émotions au travail demande une part de subjectivité du fait de l'aspect personnel du ressenti vécu face à une situation.

7. CONCLUSION

À travers ce travail, j'ai cherché à décrire l'activité de l'infirmier au sein du dispositif Vigilans. Les écrits recensés m'ont permis de mettre en évidence les contours de cette nouvelle modalité de soin par téléphone et de la clinique qu'elle nécessite.

Ce travail a été réalisé dans un contexte sanitaire contraint par la sortie d'une crise sanitaire causée par une pandémie mondiale. Ce contexte a probablement engendré et accéléré certaines modalités nouvelles du travail soignant. En effet, nombre de professionnels de santé issus de la psychiatrie ont dû poursuivre leur activité de suivi des patients à distance par l'utilisation du téléphone. Ce travail pourrait donc se poursuivre et être réalisé de manière plus large à l'ensemble des praticiens en centre médico-psychologique.

Ce travail d'initiation à la recherche mettant en parallèle les émotions des professionnels vécues dans leurs pratiques et l'adaptation du management face à ce phénomène est très intéressant. Mon travail s'intéressant à une notion que l'on ne voit pas, et traite de l'invisible, je suis curieux d'aller confronter mes questionnements sur le terrain avec les entretiens semi-directifs et l'observation du dispositif.

La trajectoire de ces nouvelles modalités de soins que j'ai interrogé en orientant ma recherche sur le soignant pourrait être élargie et venir questionner la relation soignant-soigné dans ces outils qui peuvent s'intégrer à «l' e-santé mentale ». De récentes études ont en effet montré que la psychothérapie à distance via des applications permettaient des niveaux d'efficacité aussi élevés qu'en face-à-face.

Ce travail m'a demandé une rigueur scientifique. J'ai été confronté lors de mon travail à un matériel subjectif induit par le thème des émotions. J'ai eu à cœur de restituer avec cohérence et exactitude les éléments qui m'étaient donnés par le terrain, lors de mon observation directe et lors de la réalisation des entretiens semi-directifs.

La transférabilité de ce travail dans d'autres services de soins peut être réalisé, car l'étude des émotions dans le travail reste une notion récemment prise en compte et peu étudiée chez les infirmiers.

Je souhaiterais réaliser une ouverture à mon travail en abordant la question de l'utilisation de la simulation relationnelle dans le cadre de l'unité Vigilans. Cette réflexion sur une méthode pédagogique permettant d'anticiper et d'identifier les éléments émotionnels créés par les entretiens téléphoniques

8. BIBLIOGRAPHIE

Abaroa, F. (2006). L'intelligence des émotions : une relecture des fondements de « l'intelligence émotionnelle ». *Revue internationale de psychosociologie*, 28(12), 25-38.

Anton, P. (2020). Agilité organisationnelle et gestion de la pandémie Covid-19 : contribution d'une approche exploratoire réalisée auprès de managers hospitaliers français. *Question(s) de management*, 3(29), 45-49.

<https://www.cairn.info/revue-questions-de-management-2020-3-page-45.htm>

Arborio, A-M. (2007). L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 3(90), 26-34.

Becker, H. (2002). Ne demandez pas « pourquoi ? » ; demandez « comment ? ». Dans, *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales* (p. 104-107). La découverte, Collection « Guides » Repères.

Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression*. La Découverte

Benner, P. (2003). *De novice à expert, excellence en soins infirmier*. Masson

Blockelet, B. (2019). "VigilanSeu.r.se" : un nouveau métier ? *L'Encéphale*, 45(1), 42-44.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S001370061830201X?via%3Dihub>

Bourdillon, F. (2019). Santé Publique France : de la surveillance à la prévention des conduites suicidaires. *L'Encéphale*, 45(1), 45-46

<https://www.em-consulte.com/article/1268143/sante-publique-france%C2%A0-de-la-surveillance-a-la-pre>

Cadéac, B., et Lauru, D. (2007). L'entretien clinique au téléphone. *Le Carnet PSY*, 8 (121), 22-24. <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2007-8-page-22.htm>

Changeux, J.P., (1994). Préface. Dans, A. Damasio (Dir), *L'erreur de Descartes : La raison des émotions* (p. 2). Odile Jacob.

Chanlat, J. F. (2003). Émotions, organisation et management : une réflexion critique sur la notion d'intelligence émotionnelle. *Travailler, 1*, 113-132

Circulaire N°DGS/SP4/DGOS/2021/122 du 7 juillet 2021 relative à la mise en place du numéro national de prévention du suicide dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide. <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=45209>

Clot, Y., et Faïta, D. (2000). Genre et style en analyse de travail. Concepts et méthodes. *Travailler, 4*, 7-42.

Cosnier, J. (1994). *Psychologie des émotions et des sentiments*. Ed. Retz

Debien, C., et Vieux, M. (2021). Vigilans un dispositif de veille. *Santé mentale, (256)*, 42-46.

De Gaulejac, V. (2012). *La recherche malade du management*. Ed. Quae.

Dejoux, C., et al. (2011). Intelligence émotionnel et processus de décision. *Gestion 2000, 28*(3), 67-81. <https://doi.org/10.3917/g2000.283.0067>

Demazier, D. (2008). L'entretien biographique comme interaction. Négociations, contre-interprétations, ajustements de sens. *Langage et société, 1*(123), 15-35.
<https://www.cairn.info/revue-langage-et-societe-2008-1-page-15.htm>

Direction Générale de la Santé. (2015). *Programme national d'action contre le suicide 2011 – 2014*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_pnacs_2011-2014.pdf

Faure, C. (2015). Le rôle de l'imagination créative dans la vie psychique. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 1*(105), 85-93.

Fourel, D., et al. (2021). États d'âme en réanimation COVID-19 : des émotions aux devoirs moraux des acteurs du soin. *Éthique et Santé*, 18(4), 217-223.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8414106/>

Fradin, A. (2021). *VigilanS, le dispositif anti-suicide qui résiste au Covid*. *Mediacites.fr*.

<https://www.mediaticites.fr/reportage/lille/2021/07/16/vigilans-le-dispositif-anti-suicide-qui-resiste-au-covid/>

Goleman, D. (1997). *L'intelligence émotionnelle : Comment transformer ses émotions en intelligence*. Ed. France Loisirs.

Ha, C., Decool, E., et Chan Chee, C. (2017). Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France 2000-2013. *Santé publique France, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 23.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/mortalite-des-personnes-souffrant-de-troubles-mentaux.-analyse-en-causes-multiples-des-certificats-de-deces-en-france-2000-2013>

Hanique, F. (2004). La reconfiguration du sens de l'action et l'altération de ses référents traditionnels. Dans, *Le sens du travail. Chronique de la modernisation au guichet* (p. 300). Edition érès.

Hochschild, A. (2017). *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*. La Découverte.

Holleaux, A., et Da Silva, E. (2009). Une écoute suffisamment bonne. *Le journal des psychologues*, 4(267). 50-53.

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2009-4-page-50.htm>

Leaune, E., et Vaiva, G. (2021). Prévention du suicide : avancées et perspectives. *Santé mentale*, (256), 22-29.

Leca, H., et Bécache, E. (2021). Pratiques par téléphone au temps du COVID. Une écoute sur le fil. *Nouvelle Revue de l'Enfance et de l'Adolescence*, (Hors-série), 131-140.

<https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2021-HS1-page-131.html>

Lemieux, C. (2012). Problématiser. Dans S. Paugam (Dir.), *L'enquête sociologique* (p. 27-51). Presses Universitaires de France.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/legiarti000031930633/

Ministère des solidarités et de la santé. (2019). *Instruction no DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide*.
https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2019/19-10/ste_20190010_0000_0124.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie*.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/>

Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Ed. La Dispute

Motto, J.A., et Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric services*, 52(6), 828-833.
https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.52.6.828?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

Nouvel, E., Ohiichuk, Y., et Berrouiguet, S. (2021). Évaluer le risque de réitération suicidaire. *Santé mentale*, (256), 36-40.

Ordre National des Infirmiers. (2018). *Dépression, épuisement professionnel, mal-être : quelle réalité au sein de notre profession ?*
https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/publications/Mal_etre_synthese_enquete_avril_2018.pdf

- Organisation de coopération et de développement économique. (2019). *Taux de suicide*. OCDE.org. <https://data.oecd.org/fr/healthstat/taux-de-suicide.htm>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>
- Paugam, S. (2012). S'affranchir des prénotions. *L'enquête sociologique* (p. 5-26). Presses Universitaires de France.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Ed. du Seuil.
- Salovey, P., et Mayer, J.D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211. <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Santé Publique France (2019). *Analyse qualitative de l'implantation du dispositif de prévention de la récurrence suicidaire Vigilans dans 5 territoires pilotes (2016-2018)*. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/bourgogne-franche-comte/documents/enquetes-etudes/2019/analyse-qualitative-de-l-implantation-du-dispositif-de-prevention-de-la-recidive-suicidaire-vigilans-dans-5-territoires-pilotes-2016-2018-breta>
- Schurmans, M.N. (2008). « L'approche compréhensive et qualitative dans la recherche en formation », *Education permanente*, 177, 91-103
- Sebbane, D. (2022). Applis de santé mentale. Sont-elles efficaces ? Le magazine de l'INSERM, (52),42-43.
- Svandra, P. (2021). Le management à l'épreuve de l'éthique : pour des pratiques managériales plus réflexives. *Éthique et Santé*, 18(3), 164-172.
- Vaiva, et al. (2011). Algos: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*, 11(1). 1-7.

<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-11-1>

Vie publique au cœur du débat public. (2018). *La notion de service public*. Vie-public.fr.

<https://www.vie-publique.fr/fiches/20223-la-notion-de-service-public>

Vuagnat, A, et al. (2019). Recurrence and mortality 1 year after hospital admission for non-fatal self-harm : a nationwide population-based study. *Epidemiology Psychiatric Sciences*, 29, 20-23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8061131/>

Walter, M., et al. (2019). Les racines philosophiques du « rester en lien » : la clinique du souci. *L'Encéphale*, 45(1), 3-6.

<https://www.em-consulte.com/article/1268138/les-racines-philosophiques-du-%C2%A0rester-en-lien%C2%A0-%C2%A0la>

ANNEXES

Annexe 1 : guide d'entretien

Grille d'observation : la régulation téléphonique

- I. Atmosphère
 - a. Relation entre professionnelles
 - b. Relation avec les patients
 - c. Lieu
 - i. Identifier les nuisances
 - ii. L'espace de travail

- II. Le non verbal
 - a. Comportement des professionnels
 - b. Organisation du travail

Grille d'entretien semi-directif : infirmier

Question inaugurale : Pouvez-vous me raconter un appel d'évaluation de crise suicidaire ayant fait émerger des émotions fortes ?

Thème 1 : L'évolution émotionnelle dans votre travail

Expérience du professionnel

- a. Expérience antérieure
- b. Expérience dans l'unité
- c. Choix de cette unité

Vécu et ressenti

- a. L'outil téléphonique
- b. Réflexion sur l'impact des émotions dans la prise de décision

Investissement, impacts professionnels et personnels

Répercussions personnelles / professionnelles du dispositif

- a. Apprentissage, retour d'expérience

Thème 2 : l'encadrement et son positionnement face aux émotions

- a. Vision et implication de l'encadrement dans le dispositif
- b. Impact du management

Grille d'entretien semi-directif : Cadre de santé

Question inaugurale : Pouvez-vous me raconter votre intervention managériale au sein du dispositif Vigilans ?

Thème 1 : Vignette expérientielle

Expérience du professionnel

- d. Expérience managériale antérieure
- e. Expérience dans l'unité
- f. Choix de cette unité

Vécu et ressenti

- c. La vision de l'outil téléphonique
- d. Réflexion sur l'impact des émotions dans la prise de décision du cadre de santé

Investissement, impacts professionnels et personnels

- a. Répercussions personnelles / professionnelles du dispositif
- b. Apprentissage, retour d'expérience

Thème 2 : l'encadrement et son positionnement face aux émotions

- e. Vision et implication de l'encadrement dans le dispositif
- f. Impact du management

Thème 3 : L'innovation managériale

- a. Le cadre de santé face aux émotions des soignants
- b. Modifier sa pratique
- c. Management service dépendant

Annexe 2 : retranscription de l'entretien, infirmière B2

L'entretien numéro 4 de la population infirmière est réalisé avec B2. Une infirmière de 36 ans, diplômée depuis 2016, elle occupe ce poste depuis deux ans.

Observation générale concernant l'entretien : l'infirmière a été contactée sept jours avant l'entretien, par mail pour convenir d'une date et d'un horaire. L'entretien c'est déroulé à la date prévue. L'infirmière a eu dix minutes de retard sur l'horaire prévu, car le jour de l'entretien elle était seule dans le dispositif. Elle a donc été retardée par l'appel d'un patient sur le téléphone d'astreinte. L'entretien a été réalisé dans l'espace de réunion au sein même du dispositif. Nous étions seul dans la salle. Notre rencontre a durée 50 minutes, il s'est réalisé entre 13h et 14h. Il a été enregistré. Après avoir coupé mon enregistrement, l'entretien s'est poursuivi. J'ai eu le sentiment que ce moment en aparté a permis une expression plus spontanée de l'infirmière. L'infirmière interrogée avait une voix calme, ses mots étaient posés.

En quelques mots comment décrirais tu ton travail au sein du dispositif Vigilans ?

Infirmière B2 : Comment je décrirais ? Euh, d'un point de vue, de l'activité formel du soin ou plus personnel ?

Je voudrais voir avec toi en quoi consiste ton activité de Vigilans. J'aimerais t'entendre sur les deux aspects, le soins et l'aspect personnel du travail dans le dispositif Vigilans.

Infirmière B2 : Euh, la principale activité c'est de passer des messages et d'en recevoir. Euh, des appels pardon, passer des appels et recevoir des appels liés à l'activité même du dispositif. Euh, tu veux que je décrive en détail, euh lors des appels par exemple ?

Oui de façon succincte.

Infirmière B2 : Lors des appels l'objectif premier c'est de mener un entretien clinique, d'évaluation clinique, le risque de récurrence suicidaire. La deuxième partie de l'appel, c'est de vérifier avec le patient, s'il arrive à se débrouiller avec son compromis de sortie, qui est formulé la plupart du temps aux urgences. Est-ce qu'il arrive à s'organiser dans ces soins et de l'aider à ce propos. Et la dernière partie de l'appel si on résume un peu les choses c'est de lui réexpliquer le dispositif, qu'on est là justement aussi dans les moments où il a besoin. A savoir que le

dispositif marche dans les deux sens. Nous émettons les appels et les patients peuvent aussi nous appeler dans les moments où il n'est pas bien.

Je trouve que globalement mon travail est stimulant, euh assez original et pas routinier. C'est une organisation assez maniable, qui varie en fonction des appels, avec beaucoup d'imprévu au cours de la journée et j'aime beaucoup la part d'autonomie que je peux avoir [silence] et qui est indirectement valorisant.

Et la confiance que l'on m'accorde et qui est indirectement valorisant.

Lorsque j'ai intégré ce dispositif mes collègues de travail m'ont fait part de leur préjugé, euh, sur cette nouvelle modalité du soin par téléphone. Alors que moi j'y ai vu une réelle opportunité et non un frein à la prise en charge. Pouvoir confronter son imaginaire lié au téléphone, mais l'imaginaire vient des deux côtés, soignant et patient.

Donc voilà, stimulant, c'est un dispositif où je peux développer mon analyse clinique et me rendre compte que là maintenant j'arrive à quelque chose que j'espérais en venant travailler en psychiatrie, c'était de pouvoir euh, développer mes compétences en lien avec le rôle propre infirmier.

Comment est-ce que tes ressentis, tes émotions impactent, ton travail, ta prise de décision, ton évaluation clinique ? Est-ce que tu trouves que par rapport à ton activité que tu avais avant, que l'on peut nommer « ordinaire », avec une action au chevet du patient. Est-ce que tu trouves que ton travail en est impacté ?

Infirmière B2 : Euh, versus des entretiens physiques ?

Oui

Infirmière B2 : Alors pour moi, euh, un entretien physique et un entretien téléphonique, c'est assez semblable, et les éléments qui vont changer ne modifient pas l'entretien en lui-même et son contenu, mais y a des différences, ça c'est certains, notamment le fait de ne pas se voir, notamment le fait de développer une clinique de la voix et des sons qui entourent le patient qu'on ne voit pas. Et après un certain nombre de choses qui sont propres au dispositif téléphonique

qui est que ça modifie un peu le cadre de l'entretien, mais ça ne modifie pas la technique de l'entretien en lui-même ou son contenu.

Par rapport aux émotions ?

Oui.

Infirmière B2 : Alors les émotions que je ressens ? Moi ?

[Hochement de la tête]

Infirmière B2 : [Silence] Pour le coup je ne travaille pas vraiment avec mes émotions, alors après ça dépend comment est-ce qu'on définit les émotions ? Mais si là on parle plus de *feeling*, de comment on perçoit les choses ? C'est pas mes émotions en particulier mais plutôt ce que je perçois, qui va m'aider dans l'entretien.

D'accord, et comment cela t'aide ?

Infirmière B2 : Comment ce que je perçois m'aide ? Bah, je travaille donc avec mon ressenti, qui ne sont pas forcément des émotions, mais des indicateurs qui sont un peu une réponse à ce qui se passe en fait tout simplement. Et je m'appuie dessus pour m'aider à avancer dans mon entretien clinique

Et tes ressenti là ce sont des choses concrètes, que tu identifies par téléphone, ou alors ce sont des choses un peu plus impalpables ?

Infirmière B2 : Oui je dirais que globalement c'est assez impalpable, c'est un processus qui est assez latent, en arrière-plan que chaque soignant connaît. Euh, qui n'est pas forcément, euh, qui n'est pas forcément au premier plan mais qui permet une lecture de la situation. C'est un processus qui est aussi lié à l'expérience, qui n'est pas quelque chose auquel on se fie tout de suite en début de carrière. Je trouve que c'est quelque chose qui oriente mes entretiens, mais ce n'est pas quelque chose au premier plan, c'est quand même la technique au premier plan et au

deuxième plan je dirais le ressenti qui permet d'affiner les choses ou de m'orienter d'une certaine manière, mais on ne peut pas fonctionner qu'au feeling, c'est pas possible.

Comment par la voix on parvient à percevoir que le patient ne va pas bien ?

(La sonnerie du téléphone d'astreinte retenti. L'infirmière se lève afin de répondre. L'entretien est interrompu durant douze minutes)

Excuse-moi, je devais répondre.

Je comprends, je posais la question de savoir comment par la voix on parvient à percevoir que le patient ne va pas bien ?

Infirmière B2 : C'est difficile de répondre à cette question, mais tout comme on peut percevoir un sourire derrière un téléphone on peut percevoir une tristesse. Je ne sais pas trop l'expliquer.

Oui, je vois. Tout à l'heure tu parlais de préjugé sur le dispositif, as-tu des retours de tes anciens collègues sur cette unité et sur l'imaginaire qu'ils en ont ?

Infirmière B2 : Alors du coup moi, j'ai pu avoir le retour de mes anciens collègues qui me disaient : « du coup tu ne vois plus de patient, tu passes ta journée au téléphone ». Ils trouvaient ça assez curieux.

Et je me rends compte que c'est totalement l'inverse, c'étaient des préjugés de départ qui me disaient que tu n'es plus au chevet du patient.

Du coup, comment t'ai tu approprié, ce nouveau soin par téléphone ? Vous avez parlé de développer une clinique de la voix et du son, alors que ce ne sont pas des choses que l'on apprend pendant le cursus initial d'infirmier.

Infirmière B2 : Oui, et bien en premier lieu par l'expérience même de la relation par téléphone, c'est à dire que je pense que c'est automatique. On est mis dans une situation qui fait que ça va favoriser, ce sens là, celui de l'écoute. Puis c'est qu'on n'est pas gêné par celui de la vue, versus un entretien physique. Le dispositif en lui-même favorise le fait que l'on soit plus attentif à la

voie au discours et au son qui entoure le patient. Donc ça c'est l'expérience et après j'ai fait quand même des recherches là-dessus, pour euh, pour être plus à l'aise, dans cette posture-là. Donc j'ai regardé dans la littérature qu'est ce qui était dit, sur les dispositifs téléphoniques, sur l'expérience et les soignants qui ont déjà vécu ça. Qu'est-ce qu'y a été identifié, les freins, ou les facteurs favorisant.

C'est vrai que l'on apprend sur le tas, je suis arrivé dans ce dispositif avec mon expérience de 4 ans dans un service de psychiatrie, et avec mon expertise sur le suicide. Et là par téléphone, je n'ai jamais eu de peur, je ne me suis jamais dit : « à ce va être compliqué ». C'est venu assez naturellement. Parce que ça reste un entretien infirmier, avec un objectif bien déterminé. Il y a vraiment quelque chose de très naturel dans la démarche. On n'a pas le patient en face de nous. On doit entrer en relation avec le patient par le moyen du téléphone, et pour moi ça ne me pose pas de problème.

Je ne me souviens pas de mettre dit lors du premier appel, que je n'allais pas réussir.

[Sourire]

Donc pas de difficulté par rapport à cette modalité du téléphone.

Infirmière B2 : Non je pense que ce n'est vraiment pas une difficulté.

Ok, donc si je résume, pour toi c'est juste le format qui change, mais au le quotidien dans ta relation avec le patient, il y a peu de changement.

Infirmière B2 : Oui c'est ça. Pour moi ce format est une continuité dans la prise en charge. Et le téléphone nous permet d'avoir des aspects que l'on n'a pas dans le face à face.

Lequel par exemple ?

Infirmier B2 : Le téléphone a un aspect facilitateur dans la relation, il permet au patient d'avoir une parole plus libérée. Et même pour le soignant, moi je me sens protéger derrière le téléphone. Lorsque les patients verbalisent des choses, des traumatismes, c'est pas simple et je trouve que le téléphone fait comme un espèce de bouclier. On ne reçoit pas l'émotion directe du patient. Et je suis aidé par le téléphone car les patients ne voient pas ce que je pourrais laisser

transparaître sur mon visage face à leur discours. Après il y a des limites que nous pouvons avoir, au téléphone, on va dire que si par exemple le patient décide de mettre fin à la conversation, dans l'immédiateté, ils peuvent raccrocher au nez. Après ça arrive que très rarement. Le patient qui ne veut pas échanger, n'échangerait peut-être pas non plus en face à face. Je pense que la limite est peut-être dans l'accroche du patient au dispositif. Peut-être que de ne pas pouvoir voir la personne dans son environnement est une des limites aussi.

Mais au contraire je trouve qu'il y a plus de levier, là en étant au téléphone.

[Silence]

En dehors du téléphone il y a toute cette philosophie dite de l'inquiétude.

Infirmier B2 : [sourire], Oui

Alors comment est-ce qu'on s'adapte à ce genre de nouvelle philosophie, qui est différente du soin habituel

Infirmier B2 : Oh, elle n'est pas non plus en contradiction, hein. Globalement soigner, c'est s'inquiéter pour l'autre. Voilà, donc il n'y a pas d'exercice de grand écart non plus. Après moi je suis assez branché philo donc c'est quelque chose qui me correspond assez bien, ça matche assez bien avec mon profil. Euh [silence]

Et ceux qui ont développé ces courants-là, philosophique, euh, ce sont des courants humanistes que l'on retrouve dans le soin. Euh, l'entretien infirmier classique c'est Carl Rogers et c'est déjà de la psychologie humaniste, centrée sur la personne avec ce souci et cette inquiétude de l'autre.

(Silence)

Est-ce que toi, tu as dans une des situations que tu as pu vivre par téléphone, une situation ou ce ressenti, ce feeling qu'il y a pu avoir a été aidant ?

Je me souviens en priorité des situations où je me suis retrouvée assez en difficulté. Il y a quand même une limite comme on l'a dit, à ce cadre là, qui est virtuel, téléphonique. Lorsque l'on a

des patients pour qui ce type de dispositif ne leur correspond pas et qui vont détourner un peu justement cette question de l'inquiétude et nous inquiéter par téléphone sans que l'on puisse avoir beaucoup de marge de manœuvre pour gérer les situations et qui du coup vont s'installer comme ça. Comme le téléphone offre cette possibilité d'être immédiatement en contact, vous n'avez plus du tout le cadre habituel que quand on est en physique, lors d'un rendez-vous dans un bureau, les murs de l'hôpital et tout. Et donc, on peut vous appeler comme ça et vous solliciter et donc là ça prend beaucoup d'énergie et on n'a pas beaucoup de marge de manœuvre c'est très énergivore et on s'en que ça commence à détourner le sens du dispositif. Je me souviens surtout de ce type de situation où il faut repenser la situation et en parler en staff, le risque c'est de nous user par téléphone et sans efficacité.

Donc ce son des patients qui vont appeler avec des paroles inquiétantes, sans risque suicidaire immédiat, sans avoir le besoin d'appeler les secours avec cet entre-deux. L'objectif du patient c'est de nous mettre dans une situation d'impuissance et de botter en touche sur beaucoup de propositions et de solutions que l'on pourrait lui proposer.

L'objectif du patient c'est de rester en lien ?

Infirmière B2 : C'est possiblement de maintenir un lien ça c'est sûr. C'est pour ça que ça marche avec le dispositif par contre la qualité du lien ça n'est peut-être pas celle que l'on recherche et du coup on peut être en lien de mille et une façon et on peut même s'aliéner, lorsque le lien n'est pas bon. Donc c'est possiblement une espèce de truc tordu qui s'installe et qui est plus proche de l'aliénation que du lien de qualité que l'on cherche à avoir et qui est plutôt aidant. C'est dans ces moments qu'il est difficile de raccrocher car le patient arrive à nous garder en alerte. On peut douter dans ces moments de notre réponse à donner.

Donc ce genre de situation difficile, vous l'aborder en staff, une fois par semaine ?

Infirmière B2 : Oui c'est ça toute l'équipe est présente

Est-ce que votre encadrement est sensibilisé à cette valeur émotionnelle du travail à Vigilans ?

Infirmière B2 : Je pense que l'encadrement a conscience des enjeux émotionnels que ce type de dispositif peut susciter, on l'a déjà évoqué. Le médecin propose en staff une supervision et une régulation assez formel des choses. Il ne mobilise pas trop l'aspect émotionnelle. C'est à dire qu'il y aurait deux moyens de réguler les situations. Un assez formel et organisationnel, qu'on a déjà commencé à faire qui est de mettre en place des procédés dans des situations qui sont compliquées et comme ça chacun sait ce qu'il a à faire. Ça régule les choses sur un plan organisationnel et fonctionnel etc. En revanche ça n'a que peu d'incidence sur la régulation émotionnelle du dispositif. Là ou moi je n'imagine plus trop, plutôt pardon, une supervision par un professionnel de l'extérieur, parce que là il faut être un petit peu dégagé des enjeux institutionnelle, c'est mieux si on veut le faire au mieux avec quelqu'un de l'extérieur et.
(Silence)

Notre entretien s'arrête ici.

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Infirmière B2 : Non, j'espère avoir été clair. Et merci à vous de vous intéresser à ce dispositif méconnu.

(Enregistrement coupé)

L'entretien s'est poursuivi de manière informelle.

GUERMEUR	Anthony	Promotion Uderzo 2021 - 2022
<p>Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master 1 « Économie Sociale et Solidaire parcours Santé, Protection et Économie sociales »</p>		
<p>Les évolutions managériales face aux nouvelles modalités de soins. L'exemple du dispositif Vigilans. Sous la direction de Monsieur GILIOLI Christian</p>		
<p>Institut de formation des cadres de santé GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences - Sainte Anne Université Gustave Eiffel</p>		
<p>Résumé : Le dispositif de veille sanitaire de la crise suicidaire nommé Vigilans s'est développé sur le territoire national depuis 2015. Son action est basée sur l'évaluation clinique de la crise suicidaire par téléphone. Cette évolution des modalités du soin infirmier m'ont amené à orienter mon travail en sciences sociales sur : En quoi l'impact émotionnel de l'infirmier au sein du dispositif Vigilans amène le cadre de santé à innover dans sa pratique managériale ? La méthodologie utilisée sera celle des sciences sociales. Je me suis appuyé sur des entretiens semi-directifs et une observation par immersion au sein du dispositif. La population que j'ai choisi d'interroger est composée de quatre infirmiers et deux cadres de santé travaillant au sein de deux unités Vigilans. Le résultat de mon travail d'initiation à la recherche, m'a permis de faire émerger l'impact favorisant de l'outil téléphonique pour la population suicidante et de déconstruire les préjugés qui pouvaient en émaner. Ce travail a également permis de promouvoir et d'aller à la rencontre de ces infirmiers qui ont développé une clinique de la voix et des sons au profit des patients suicidants.</p>		
<p>Mots clés (thésaurus BDSF) : Management, innovation, émotions, intelligence émotionnelle, suicide, entretien infirmier, dispositif Vigilans.</p>		
<p><i>L'Institut de Formation des Cadres de Santé du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs</i></p>		