

Réfléchir, communiquer, agir contre le stress, la souffrance et la violence à l'hôpital ou le syndrome d'épuisement professionnel du personnel soignant

La réflexion de trop, un mot de travers, le mal-être des autres qui dérange, dont on ne veut pas prendre conscience, des conditions de travail qui se fondent dans le quotidien, que personne n'ose plus évoquer... La violence verbale, physique, une souffrance latente, qui nuisent à la sérénité des soins... Au cœur même de la société, l'hôpital - les femmes et les hommes qui la composent - traverse et prend de plein fouet ce qu'il est convenu d'appeler le mal du siècle : le stress.

En prise directe avec la souffrance, le soignant est inmanquablement confronté à ses doutes... à son devenir d'Être humain. Quelles sont ses armes, quelles seront ses réactions ?

Aussi, dans un contexte de politique de prévention, de quelle manière aborder cette souffrance, cette violence qui « transpire » en milieu hospitalier... tant du côté des soignants que des patients ?

Cette interrogation, maintes fois relevée par les élus de la Mutuelle nationale des hospitaliers, en accord notamment

avec les médecins du travail hospitaliers, a incité à la création de cet ouvrage. Consciente de la difficulté de traiter un tel sujet, la MNH a créé un groupe de réflexion avant de confier la rédaction de ce manuel à Aline Mauranges, psychologue clinicienne, conseillère en ressources humaines et spécialiste du syndrome d'épuisement professionnel du personnel soignant.

D'une manière simple, avec le nécessaire recul, sans volonté de conseils, la MNH, fidèle à sa politique de prévention et de promotion de la santé, soucieuse du bien-être de ses adhérents et de leurs proches, souhaite qu'à la lecture de cet ouvrage, chacun s'interroge et réfléchisse.

Sans être exhaustif, délibérément agrémenté d'illustrations pour une approche plus conviviale, ce livre propose des pistes qui se veulent être la base d'une réflexion commune dans laquelle chacun peut trouver des signes, des clefs pour un mieux-être professionnel et personnel.



La MNH et MNH Prévoyance sont deux mutuelles régies par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculées au Registre Nationale des mutuelles sous les numéros 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance.

© Publication de la MNH



4^e édition 2011

STRESS, SOUFFRANCE ET VIOLENCE EN MILIEU HOSPITALIER

Aline Mauranges

LES GUIDES PRÉVENTION
MANUEL À L'USAGE DES SOIGNANTS



STRESS SOUFFRANCE ET VIOLENCE EN MILIEU HOSPITALIER

ALINE MAURANGES



PERFORMANTE CÔTÉ SANTÉ + SOLIDAIRE CÔTÉ SOCIAL.



Comité de relecture

Cet ouvrage a été réalisé à l'initiative de la Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social, sous l'égide de Francine Bonfils, vice-présidente de la MNH, Georges Quinquis, ancien directeur administratif de la MNH et Alain Martinez, secrétaire de rédaction adjoint, département communication de la MNH.

Ont prêté leur aimable concours au Comité de relecture : Madame Le Helley de l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP), Madame Juan, médecin du travail hospitalier, représentant l'Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux (ANMTEPH), Madame Mertani et Monsieur Vayne.

Je remercie l'ensemble du personnel soignant qui par sa disponibilité s'est prêté aux entretiens qui ont ensuite servi de supports à l'élaboration de ce manuel.

Remerciements en particulier au personnel de l'hôpital Tenon qui a su avec émotion et justesse traduire ses joies et ses peines et qui, en toutes situations, manifeste son engagement dans la relation d'aide et sa participation à l'évolution des progrès en matière de santé.

Remerciements enfin à Caroline Glorion, journaliste, pour son soutien et l'éclairage qu'ont apporté ses reportages télévisés sur la vie dans les services de psychiatrie et de gériatrie.

Aline MAURANGES

Psychologue clinicienne
Conseillère en ressources humaines
Hôpital TENON
75020 PARIS

Tél : 01 56 01 78 69

e-mail : aline.mauranges@tnn.ap-hop-paris.fr

Juillet 2011

Manuel à l'usage des soignants

Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier

Aline MAURANGES
Psychologue clinicienne
Conseillère en ressources humaines
à l'hôpital Tenon - AP-HP - PARIS

© Publication de la MNH

MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

331 avenue d'Antibes - Amilly - 45213 Montargis cedex

Tél. : 02 38 90 72 90 - Fax : 02 38 90 78 53

www.mnh.fr

PRÉFACE

La vocation de la MNH est d'être aux côtés des professionnels de santé. La prévention et l'éducation pour la santé sont pour nous une priorité tournée vers les mutualistes et leurs proches.

Dans leur vécu professionnel quotidien, nos adhérents et l'ensemble des personnels hospitaliers connaissent ou côtoient des situations telles que : stress, épuisement professionnel, agression. Mais de quoi s'agit-il réellement ? Comment faire face et nous acquitter au mieux de notre mission sans altérer notre propre santé ?

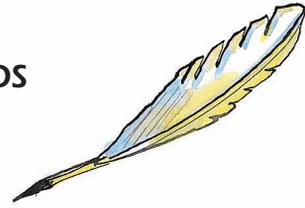
Par cette publication, nous avons voulu marquer notre solidarité avec tous ceux qui travaillent dans un contexte difficile, au service des patients et qui ne savent plus, ne peuvent plus prendre soin d'eux-mêmes.

Certes, nos statuts mutualistes nous invitent à prévenir les risques sociaux et sanitaires. Mais nous avons voulu aller plus loin en explicitant toutes ces situations si difficiles à affronter et qui pourtant font partie intégrante de notre vie professionnelle.

Et puis c'est aussi un enjeu de santé publique : les patients seront d'autant mieux pris en charge et soignés que les soignants eux-mêmes posséderont les ressources nécessaires à l'accomplissement de leurs tâches.

**Gérard Vuidepot
Président de la MNH**

AVANT-PROPOS



Cet ouvrage à l'usage des soignants est un outil pédagogique et didactique à la frontière du champ clinique et dans la lignée du conseil en ressources humaines. De nombreuses situations sont explorées ici comme une introspection de nos émotions et de nos modèles de fonctionnement. Le métier de soignant nous révèle, à travers la vie de nos patients, des morceaux d'histoires qui nous percutent par leur similitude avec les nôtres nous renvoyant ainsi à nos propres souffrances. Avec elles, se lèvent les questions les plus existentielles et l'obligation faite de devoir les mener à maturation dans un souci d'exploration de nous-mêmes, sans laquelle nous ne saurions nous positionner face à une pratique professionnelle souvent douloureuse.

Ce manuel à l'usage des soignants n'offre ni solutions ni recettes, car chacun s'expérimente et tire profit de son propre vécu. Il propose des trames de réflexion à partir de cas cliniques et institutionnels dans lesquels chacun se reconnaîtra.

Que comprendre des notions de stress et de violence ?

Liées dans un tandem de souffrance, elles présupposent l'idée d'un mauvais stress et d'une violence plus subie que agie.

Par mauvais stress, il faut entendre une réponse individuelle du soignant insuffisamment efficace pour dépasser et digérer une situation de tension. La mort imposée, la pathologie lourde, les agents stressés liés aux conditions de travail, l'aspect relationnel à double face, nos collègues d'une part, les malades et leur famille d'autre part, tous ces facteurs lourds en eux-mêmes s'épaississent du poids de la violence.

Par violence, il faut entendre celle que nous côtoyons depuis que l'hôpital existe, qui transite par la relation d'aide lorsque celle-ci est mise à mal. Souffrance psychologique, douleur physique, handicap, maladie, mort, ces états, qui justifient de la présence du patient dans nos lits, se répercutent sur la santé psychique du personnel lorsqu'il s'épuise en soutien, en deuils impossibles, en sentiments les plus contradictoires. Derrière la blouse blanche se cache un homme, derrière

*" Nous sommes tous
de futurs malades ".*

Pr Pujol



le malade allongé se trouve aussi un homme. Cette rencontre autour du tiers que représente la maladie nous livre à nous-mêmes et à nos émotions. Nous sommes dans la violence relationnelle et existentielle, une donnée à intégrer puisqu'elle est liée au choix du métier. Il n'existe pas de maladie sans violence.

Par violence, il faut aussi entendre la violence conflictuelle, une épreuve supplémentaire, survenant dans un climat de tension qui prend la forme d'une violence verbale ou physique, mais également plus insidieuse et psychologique comme le harcèlement moral.

Par violence enfin, il faut entendre celle qui s'inscrit dans les dysfonctionnements organisationnels et institutionnels, une dimension inhérente à toute entreprise qui n'épargne donc pas le milieu hospitalier.

Le stress et la violence sont des réalités du monde du travail mais ils n'ont pas de pouvoir absolu. Si nous ne pouvons les éradiquer, en revanche nous pouvons induire le cours de leur destin par des actions et des réflexions. Hôpital secours, hôpital recours, ce lieu prépondérant dans la cité où l'on vient travailler et se faire soigner est resté longtemps imprégné de l'idée de blanc et de douceur. Avec notre société en mutation, nous voyons se dessiner une autre représentation du milieu, et parce que de nouvelles valeurs apparaissent, de nouvelles réponses s'imposent.

La violence physique avec ses passages à l'acte demeure encore assez rare, ce qui n'est pas le cas de certaines conduites agressives quotidiennes et répétées. Le sentiment d'insécurité qu'elles produisent est comme une menace constante qui plane et génère des réactions de défense et de protection elles-mêmes parfois assez violentes. La violence n'a pas fait qu'entrer dans les murs de l'hôpital, elle a pris un visage nouveau.

Enfin, retenons que nous ne sommes égaux ni face à la violence ni face au stress. La personnalité, l'histoire de chacun, l'éducation nous construisent. Certains à la sensibilité exacerbée seront plus que d'autres vulnérables aux attaques et aux scènes de violence.

Lorsque trop d'éléments stressants nous encombrant jusqu'à nous user et alourdir notre charge psychique, certains signes cliniques et comportementaux apparaissent alors telle une alerte. Nous entrons dans l'aire du syndrome d'épuisement professionnel. Attendre trop longtemps avant de prendre soin de soi, donner sans se protéger ni s'aider ou encore ne pas apprendre à gérer le stress professionnel, génèrent une souffrance au travail là où nous pourrions tirer plus de plaisir.

C'est pourquoi le problème n'est pas la violence et le stress en soi, mais les solutions à trouver pour y faire face. Dénouer les anathèmes passe par l'apprentissage des situations et la connaissance de soi. La réflexion collective et la recherche de consensus font le reste.

MANUEL A L'USAGE DES SOIGNANTS

**STRESS,
SOUFFRANCE ET VIOLENCE
EN MILIEU HOSPITALIER**

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| I. LE QUOTIDIEN EN SERVICE DE SOINS | 1 |
| A. FACE A LA MORT | 3 |
| Cas cliniques : altercation et décès dans un service de cardiologie ; fausse route en médecine interne ; une injection qui prête à confusion ; en pédiatrie. | |
| B. FACE A LA SOUFFRANCE | 11 |
| Cas clinique : pronostic et souffrance | |
| II. LES RELATIONS CONFLICTUELLES | 17 |
| A. VIOLENCE SUR LE CORPS SOIGNANT | 18 |
| Cas cliniques : de la difficulté à communiquer... lorsque la dimension culturelle s'en mêle : l'alcoolisme et ses conduites agressives ; bronchopathie et stress ; trachéotomie et violence ; violence et toxicomanie. | |

| | |
|--|-----------|
| B. LES URGENCES : UN SERVICE À PART | 44 |
| I. SES PARTICULARITÉS | 45 |
| II. RÉPONSES À LA VIOLENCE | 48 |
| a) La désamorcer | |
| b) Renforcer la polyvalence de l'équipe | |
| c) Réinvestir autrement les locaux | |
| C. VIOLENCE DU CORPS SOIGNANT SUR LES PATIENTS | 55 |
| I. VIOLENCE ET MALADIE MENTALE : <i>la violence comme symptôme</i> | 58 |
| Cas clinique : Quand la maladie mentale rend violent | |
| Quelles réponses ? | |
| II. VIOLENCE ET GÉRIATRIE : <i>maltraitance sur personnes âgées</i> | 64 |
| a) Qu'est-ce que la maltraitance ? | |
| b) Comment éviter de se laisser aller à la maltraitance ? | |
| c) A propos de pathologies qui « appellent » à la violence | |
| * La maladie d'Alzheimer | |
| * La dépression | |
| III. PROPOSITIONS AUTOUR DE LA PSYCHIATRIE ET DE LA GÉRIATRIE | 72 |
| a) Côté soignants | |
| b) Côté patients | |
| D. LES RELATIONS CONFLICTUELLES DANS LES ÉQUIPES | 79 |
| I. LES CAUSES CLASSIQUES DE MÉSENTENTE | 80 |
| a) L'absence d'accueil | |
| b) Le comportement affectif | |

- c) Le pouvoir
- d) La rivalité et la jalousie
- e) L'inégalité des tâches

II. LE HARCÈLEMENT MORAL

89

- a) Manifestations du harcèlement
- b) A propos du « harceleur »
- c) Portrait de la victime
- d) Conséquences du harcèlement sur la victime

III. LES CONDITIONS ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL

97

VIOLENCE ET DYSFONCTIONNEMENTS

99

I. LES CONDITIONS DE TRAVAIL DÉTERMINÉES PAR L'ENVIRONNEMENT MATÉRIEL ET HUMAIN : *le principe des 5M*

- a) Le milieu
- b) Les matières premières
- c) Le matériel
- d) Les méthodes de travail
- e) La main d'œuvre

II. LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LA RELATION D'AIDE

121

- a) La solitude
- b) Le manque de reconnaissance
- c) Le manque de soutien

III. L'ORGANISATION DU TRAVAIL

127

- a) L'ambiguïté des rôles
- b) L'interruption des tâches
- c) La pression
- d) La mobilité et la gestion de carrière

IV. LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

139

- a) La prévention au plan institutionnel
- b) Les conditions de travail au quotidien
- c) La prise en charge institutionnelle
- d) La prise en charge individuelle

V. CONCLUSION

151

I. FACE À LA DÉLINQUANCE ET À LA VIOLENCE PHYSIQUE, quelles réponses ?

152

- a) La référence aux textes
- b) Le système sécuritaire
- c) Le suivi professionnel et le reclassement
pour les agents traumatisés

II. FACE À LA VIOLENCE DU STRESS ET DE LA SOUFFRANCE

156

Une autre façon de penser

VI. RÉFÉRENCES

159

VII. BIBLIOGRAPHIE

163

I. LE QUOTIDIEN EN SERVICE DE SOINS

« Guérir parfois,



soulager souvent,



consoler toujours ».

(proverbe français)



La maladie et ses traitements associés mobilisent des équipes polyvalentes et performantes guidées par le même objectif, se fédérer autour du malade hospitalisé, confié à leurs bons soins.

Corps objet, personne sujet, la somatique et le psychique sont étroitement liés : si le corps appelle la technique, l'esprit a besoin d'être accompagné. Lorsque les conditions les plus favorables sont réunies auprès du malade, elles lui permettent de développer son envie de guérir et de se battre aidé en cela par les soignants et la famille lorsqu'elle est présente. L'association entre le mental et la technique n'est-elle pas le meilleur gage d'une guérison ?

Ainsi donc être soignant, c'est faire acte de soin. Mais face au malheur des autres comment rester serein et garder son équilibre ? Comment associer le geste médical avec le soutien moral ? Comment soutenir sans stresser ? Comment composer entre l'agression du soin et la lutte pour la vie ? Jusqu'où porter ses efforts pour soigner sans s'épuiser ? L'acte de soin le plus bénin est violent : faire une piqûre c'est déjà percer la peau de l'autre, le soignant en fait son quotidien. Mais quand la mort frappe, quand la souffrance du patient nous déborde, soigner prend une coloration autre, chargée de doutes et de sentiments les plus contradictoires. Ce métier, éprouvant à la longue, n'est-il pas remis en question alors même qu'on en a la passion ?

Ce chapitre va traiter de la souffrance au quotidien, celle des malades, celle des soignants surtout. Nous sommes dans une violence existentielle inhérente au métier, née de la pratique soignante et

médicale. Nous sommes dans une souffrance liée à la quête identitaire d'un métier qui oblige les professionnels de la santé à composer avec eux-mêmes par l'intermédiaire de leurs patients. Si le plaisir au travail est au rendez-vous, la détresse l'est aussi bien souvent. De la tendresse à la violence, comment gérer ce conflit ?



« Ce qui fait le plus mal, c'est quand mon malade meurt alors qu'on se connaissait bien et qu'on avait presque des liens d'amitié ».

Choisir d'être un professionnel de la santé, c'est admettre de rencontrer un monde de violence dans le partage. L'accompagnement d'un mourant ou les constats d'impuissance retentissent fortement en nous, prenant racine au plus profond de nous-mêmes. Ne sommes-nous pas des êtres humains avant d'être soignants ?

Les malades sont les miroirs de notre histoire. Être à leur chevet réactive nos traumatismes, et lorsqu'ils s'interrogent sur le sens de leur vie, nous le faisons aussi, plus silencieusement sans doute, protégés par notre bonne santé et nos blouses blanches, mais comment éviter que la violence existentielle des patients s'empare ainsi de nous et fasse effraction ?

A. FACE À LA MORT

La difficulté à vivre la mort s'est accrue dans nos sociétés « thanatophobes* ». Les progrès technologiques font oublier que la vie c'est aussi la mort. Sujet rendu tabou, le drame humain lorsqu'il éclate fait violence. S'il y a non-préparation psychologique et philosophique, il provoque des réactions de révolte et de dépression.

La survenue d'une maladie grave est un événement traumatisant chez le malade. Face à lui, le soignant gère cette même menace de la mort qui fait écho d'autant plus fort que l'angoisse de mort de son patient sera présente. Cerner l'indicible pour un malade se traduit souvent par des attitudes d'angoisse que rien n'apaise provoquant en face des réactions alimentant ses craintes les plus profondes.



« La mort des autres, c'est un peu notre mort à soi ».

* situation tabou par rapport à la phobie de la mort.

Service de cardiologie : Altercation et décès

Cas clinique

Peu de chambres à un lit dans ce service vétuste, mais ce jour là, le malade a la chance d'en obtenir une vacante, alors que son état non critique l'aurait placé en temps normal dans une chambre double.

Un peu plus tard en journée, un malade grave venant d'outre mer, oblige le cadre à redistribuer l'espace des lits. La première personne est changée de chambre, ce qu'elle prend très mal. Les injures racistes pleuvent à l'égard de l'infirmière d'origine antillaise. Le nouveau malade est accusé de favoritisme, le ton monte en décibels et en termes agressifs et misogynes, au point que l'infirmière craque et pleure. Elle en réfère au cadre supérieur.

Même scénario pour cette dernière. Aucune parole ne semble devoir calmer ce malade de plus en plus agité. A bout, le cadre appelé vers d'autres tâches se sent humilié par les propos déversés, répond au malade : « Vous êtes dans un hôpital public, pas dans une prison. Si vous n'êtes pas content, vous pouvez partir ».

Elle tourne le dos, s'en va mais entendant un grand bruit de chute, elle se retourne... pour voir son patient par terre, mort.

La famille accusera le service qu'elle rendra responsable de l'accident. Une autopsie sera faite qui conclura à une embolie engendrée par un caillot.

« Jamais », confiera le cadre, « je n'ai attendu un résultat d'autopsie avec autant d'impatience. Mais il a quand même fallu des années avant que la culpabilité me quitte ».

Constat



La souffrance et la tension sont présentes à tous les niveaux :

- Au départ, le patient ne supporte pas le changement de chambre et se sent agressé.
- Plus tard, la famille vivra le décès d'un proche.
- Quant à l'équipe, elle vit une triple violence par les propos agressifs du patient d'abord, par le décès soudain du malade, puis par la plainte déposée.

Repérons les émotions

Colère et sentiment d'injustice dominant : le patient n'a pas supporté

d'être déplacé et l'équipe n'a pas supporté ses propos agressifs et son attitude misogyne.

La famille porte le deuil, tristesse et révolte l'emportent.

Nous remarquons que ces émotions sont nées d'un sentiment de maltraitance partagée. Chacun s'est senti spolié dans ses attentes ou incompris d'où la montée en escalade de l'énervement.

Chez le cadre, on note également :

Le souhait d'avoir voulu protéger l'infirmière, puis la tristesse de se sentir en échec à son tour.

La remise en cause de son pouvoir de gestionnaire.

La surprise qui le prend de plein fouet, suivi d'une insupportable culpabilité.

Que comprendre de cette situation ?

Côté soignants

Certaines morts soudaines sont bien connues des professionnels de la santé comme le choc septique, l'anévrisme, la rupture de la carotide chez certains cancéreux... et chaque fois elles bouleversent d'autant plus ***qu'il n'y a pas eu le temps du soin***. La place de la puissance médicale est mise en échec.

Côté patients

Deux facteurs anxiogènes peuvent éclairer le comportement agressif du patient : l'hospitalisation en elle-même qui modifie les repères (à deux reprises dans notre cas clinique) et la perte d'isolement du malade qui, en se retrouvant dans une chambre double, n'a plus la possibilité pourtant nécessaire de gérer sa maladie loin d'un regard étranger. Nous savons que certaines personnes ressentent la nécessité de se replier sur elles-mêmes.



Que retenir ?

L'agressivité renvoie toujours à une peur ou à une émotion qui n'a pas trouvé ses justes mots. Chercher l'origine d'une peur non-dite détourne le risque de violence.

Cas clinique

Un malade étouffe après avoir fait une fausse route. On l'aspire, on le sauve. Dans la nuit, le malade décède. La famille rend le service responsable du décès, l'agresse verbalement, puis décide de porter plainte.



Constat



Rien n'est pire que ce qui n'a pas de sens !

Sauver quelqu'un qui meurt quelques heures après l'avoir sauvé touche à l'absurde.

Il est légitime de s'interroger face à un décès auquel on ne s'attend pas : « Ai-je fait tout ce que je devais faire ? », « Est-ce que le malade m'a fait des signes que je n'ai malheureusement pas su décoder ? » culpabilité et impuissance se confondent en une même interrogation : « Pourquoi ? » Les acteurs ressentent des émotions variées et contradictoires : côté soignant, la joie puis la peine/l'incompréhension, puis la peur de la plainte. Côté famille, la reconnaissance puis la haine, en étant passé par l'agressivité.

Comment comprendre la plainte ?

Une famille peut terriblement souffrir d'avoir été absente lors du décès. N'avoir pu être un soutien au moment le plus crucial hante les proches et laisse planer l'idée d'abandon. Nombreuses sont les interrogations soulevées autour de cette absence. Est-ce qu'il a souffert ? M'a-t-il demandé ? Il arrive que la famille culpabilise, s'imposant une torture morale dans des questions restant sans réponse. Porter plainte est un acte déposé, un geste qui signifie qu'indirectement on

s'occupe de la personne décédée... après, faute de n'avoir pu le faire... avant.

La plainte est un acte posé. Agir revient à ne pas penser. Tant que dure l'action, la pensée est gelée et la souffrance préservée comme mise en veille. Si avoir trop mal peut anéantir et mettre en état de sidération, chez d'autres, ce qui prime est l'action. Une telle attitude n'est pas sans rappeler la nôtre. Lorsque nous, soignants, fonctionnons dans l'urgence, acte après acte, jour après jour, ne trouve-t-on pas un certain bénéfice immédiat à ne pas affronter nos pensées ?

Comment réagir dans l'équipe ?

La plainte est douloureusement ressentie car, outre ses conséquences juridiques, elle s'étaye sur des faits non probants, d'où un sentiment d'injustice très fortement ressenti.

Réponses



Et si, pour se protéger de cette menace, l'équipe proposait à la famille une commission de conciliation ? Un des avantages de ce recours est d'offrir aux plaignants la possibilité de parler et d'être en retour écouté. S'exprimer permet souvent de modifier les réactions. Parfois la plupart de ces plaintes n'aboutissent pas. La tristesse et la révolte ayant été déposées, partagées et reconnues, elles déchargent les plaignants de leur agressivité réactionnelle. Plainte juridique, plainte souffrante, la frontière est étroite ?



Que retenir ?

Un acte déposé comme une plainte se veut **symboliquement réparateur et salvateur**.

Dans la violence de la perte, les sentiments destructeurs peuvent parfois être projetés sur autrui. Cette famille, qui a initialement de l'estime pour l'équipe, se saisit pourtant d'elle pour décharger son contenu de violence face à la disparition de l'être cher. Nous sommes dans la projection, un mécanisme de défense qui fait qu'inconsciemment, en supprimant et en déformant le sens d'un contenu, on accède à un compromis acceptable pour soi.

Chacun de nous est susceptible d'avoir un jour un moment de révolte

qui modifie les réactions traditionnelles. C'est ainsi qu'en rendant un autre responsable d'un fait, on se préserve ponctuellement de la tristesse.

Une injection qui prête à confusion

Une infirmière fait une injection de calmant à un malade atteint d'un cancer afin de diminuer sa douleur. Au même instant le malade meurt.

Cette situation est d'une violence psychologique terrible, car il y a confusion entre l'acte d'amour et l'acte de mort.

L'acte de soin est un acte d'amour, la mort une violence ; comment conjuguer les deux ensemble ? La culpabilité apparaît très vite ouvrant la voie aux confusions symboliques et aux interprétations : en poussant le produit de la seringue en même temps que le malade « rend le dernier soupir », l'infirmière n'aurait-elle pas une part de responsabilité ?



Que retenir ?

Les situations paradoxales engendrent d'autorité des interprétations à connotation culpabilisante. Et lorsque la mort prend le visage de la violence, nous obéissons malgré nous et fréquemment à des mécanismes psychologiques qui nous mettent en cause.

En pédiatrie... dans l'échelle du stress, le pire est la mort d'un enfant

Cas clinique

Marion perd ses cheveux. Elle a 10 ans et un cancer du rein que les médecins ont découvert par hasard après une radio. Marion s'était cognée à une table en jouant chez elle.

Entre Marion et le service s'est nouée une relation particulière. C'est sa seconde maison. Elle y est depuis deux ans maintenant, médecins et soignants sont devenus son univers. Ils la chouchoutent beaucoup. Jamais elle ne se plaint, mais les grandes cernes noires et son air trop mûr parlent.

Un jour, Marion a demandé si elle allait mourir. C'était une question formulée simplement, mais avec un ton et un regard qui savaient. Elle avait 10 ans, elle est morte la veille de Noël.

L'inversion du temps lié à la maladie rend le cycle de la vie illogique. Notre impuissance est douleur. Formés pour préserver la vie, nous sommes comme pris en défaut.

La mort, même quand elle est naturelle, n'est pas un événement facile. En pédiatrie elle est une injustice, un défi aux lois naturelles, un désespoir thérapeutique. La fin d'un enfant abîme et épuise. Cet échec thérapeutique est une perte parfois dévorante et s'accompagne des questions inévitables telles que :

- Comment accompagner l'enfant et sa famille ?
- Comment réintroduire le cycle de la vie après la mort ?
- Comment apprendre à faire face au prévisible redouté ?

En travaillant en pédiatrie, nous apprenons à gérer encore plus souvent nos doutes existentiels. Mais nous partageons en revanche une solidarité et une complicité d'une qualité rare. Les soignants connaissent ce sentiment d'aller au bout de soi, d'aller vers l'authentique à travers un lien relationnel d'une inestimable valeur.

S'enrichir au contact de la mort ! **L'intimité que permet l'enfant autorise le soignant à prendre soin de lui dans la tendresse.** Apporter du réconfort, transmettre de la joie, soulager sa souffrance donne des repères qui combattent la douleur tendant à rendre l'inacceptable ponctuellement maîtrisable.

Le malade adulte ou enfant, pressent sa mort. L'enfant sent mieux que l'adulte quand on lui cache quelque chose. Nous ne prôtons pas la vérité. Toute vérité n'est pas bonne à dire, mais nous attirons l'attention sur la violence des fantasmes et des angoisses. Parler à un malade ne veut pas dire tout lâcher mais permettre un soulagement par le dialogue et le soutien. La transmission d'informations fait parfois moins de mal qu'un regard fuyant, une mise à distance gênée, un évitement des questions ou un prétexte pour ne pas répondre. Un comportement en dit aussi long que des mots mais fait parfois plus mal. Le renoncement au fantasme de toute puissance par l'acceptation de ses propres limites est un travail sur soi-même long et douloureux qui demande un renversement des valeurs auxquelles nous sommes mal formés. Pour cette raison, la remise en cause est profonde puisqu'il s'agit de dégager du sens face à la mort vécue comme un échec.



Que retenir?

Accompagner la fin de vie d'un enfant n'implique pas que nous lui taisions toujours la vérité. Comme nous, soignants, il adaptera son silence au nôtre et en voulant le protéger par un sursis de silence, nous le laissons seul face à ses pires angoisses.

Ce chapitre dénote l'existence d'une certaine violence psychologique attachée à la mort qui n'émerge qu'avec l'expérience, nous obligeant à repenser notre fonction loin des premières illusions de notre carrière. Les événements hospitaliers réveillent nos propres fragilités dans une confusion identitaire déstabilisante. Il serait illusoire de croire qu'on y échappe, et la richesse de ces expériences même si elles sont douloureuses, sont porteuses de réflexions et de philosophie qui nous aident à cicatriser nos blessures. Il est pour cela essentiel de se recentrer sur soi afin de donner du sens là où il fait d'abord défaut, et d'aller chercher le soutien dans certaines démarches thérapeutiques.

« Si j'ai choisi d'être soignant c'est que je supporte mal la violence de la mort et donc que j'ai eu envie d'y pallier ».

B. FACE À LA SOUFFRANCE

La problématique première de la souffrance repose sur l'impuissance à soulager le malade. Qui n'a pas porté la souffrance de son patient au point de s'identifier à lui ? La souffrance ne s'apprend pas sur les bancs de l'école, elle se vit et à quel prix.

Elle devient la nôtre lorsqu'elle fait effraction en nous. Par l'expression « *je souffre pour lui* », nous constatons notre impuissance à gérer la situation, le malade devenant une part de nous-même.

Sur le terrain, consoler et écouter, faire preuve d'empathie et de respect face à la douleur morale est un acte de soin, car la souffrance a en elle une force isolatrice destructrice. C'est ainsi que les soignants sont aujourd'hui de plus en plus nombreux à avoir adopté une attitude chaleureuse et « soutenante » ouverte à la confiance.



Cas clinique

« Est-ce que vous pourriez venir ? M. X. de la chambre 12 n'arrête pas de pleurer. Cela fait des heures et des heures que ça dure et je ne sais vraiment plus quoi faire ».

Les propos de l'aide-soignante s'accompagnent de signes évidents d'angoisse et de détresse : ongles qu'elle ronge, regard inquiet, elle semble dépassée par l'événement et vient mobiliser son cadre. Elle qui d'habitude gère plutôt bien ces situations, elle paraît débordée par celle-ci.

La chambre 12 est celle d'un quadragénaire venu en pneumologie il y a trois jours. Une série d'examen ont révélé une pathologie lourde au pronostic menaçant. A l'issue du diagnostic, il s'est d'abord pétrifié, puis effondré. Depuis il reste prostré dans son lit, à ce point bouleversé que l'aide-soignante n'arrive ni à lui parler, ni à le faire manger. Le contact semble rompu malgré tous ses efforts.

Alerte!

Repérer en vous les émotions que déclenche ce malade sur vous

En tant qu'individu

- Sa souffrance vous ramène à la vôtre ?
 - Il vous rappelle votre père, vos histoires se superposent ?
- La souffrance de votre patient provoque la vôtre par ricochet ?
- Vous le trouvez trop jeune pour mourir ?
 - Vous n'avez jamais vu d'homme pleurer ?

En tant qu'aide-soignante

- Vous êtes angoissée car vous ne pouvez pas l'aider ?
- Vous vous demandez si ses pleurs ne cachent pas quelque chose de plus grave ?



Quel constat ?

Une souffrance au travail est parfois inévitable et est une violence en soi :

- elle fragilise d'autant plus que vous fonctionnez en cavalier seul.

- Elle renvoie au sentiment d'infailibilité qui, d'un coup, bascule,
- elle vous fait perdre vos repères. C'est normal, mais pas fatal.

Quelles actions avez-vous mené ?

Vous choisissez d'en référer à votre cadre, avez-vous pensé en parler avec la psychologue pour prendre de la distance ?

Vos collègues ont-ils pris le relais ?

Avez-vous sollicité le médecin pour la prescription d'un tranquillisant ?

Et surtout, avez-vous prévenu quelqu'un de proche, ami ou famille du malade, qui puisse être un réconfort ?

Y a-t-il des solutions ?



Dans un premier temps, la hiérarchie est en effet votre référence, et également votre point d'appui et votre soutien.

Dans un deuxième temps, une réunion de travail sur le thème de la détresse et du savoir-faire de l'aide-soignante peut se révéler informative et surtout générer une prise de distance pour ne pas s'user. Tous les services devraient pouvoir appliquer la politique de l'échange. La souffrance des patients, c'est avant tout la nôtre, professionnels de santé. Mobiliser les autres semble pertinent dans une relation déconcertante. Réfléchir, se concerter, se confier, libérer un temps de parole n'est pas un temps perdu mais gagné.

Dans un troisième temps, il serait bon de proposer au patient une prise en charge de sa souffrance par des méthodes de relaxation comme on le fait de plus en plus en cancérologie.

Il semble que cette méthode simple redonne de la sérénité au patient au point d'être considérée comme un outil d'amélioration de la maladie. Une équipe qui ne se bat plus seule, mais avec son malade, est une équipe qui vivra mieux son combat. Associer le patient aux soignants n'est-ce pas augmenter les chances de réussite ?



Que retenir ?

La force de lutter quand on est soignant se puise dans la force de lutte du patient et sa réciproque est vraie.

« La guérison est aussi dans le regard de l'autre ». **Denis Jaffe**

En conclusion,

Être soignant implique de vivre dans un monde professionnel marqué d'une dimension émotive que seules les professions à caractère relationnel connaissent. La multitude d'affects provoquée par les pathologies lourdes ont sur nous un impact psychologique. Celui-ci retentit sur notre vie privée nous exposant à des chocs sentimentaux face auxquels nous devons apprendre à nous positionner.

La relation d'aide ne saurait être garante de nos équilibres respectifs sans l'apprentissage de la juste distance entre le soignant et son malade. Ni figée ni plaquée, cette distance est élastique et c'est en nous interpénétrant de la subjectivité d'autrui que nous nous laisserons conduire souplement par le lien qui se tisse. Nous oscillons au gré de l'évolution de la maladie, de l'environnement du malade et de nos propres humeurs, nous nous réajustons à chaque histoire relationnelle et ces rencontres professionnelles sont l'occasion d'une épreuve en miroir dans laquelle chacun des protagonistes se découvre.

Être soignant nous oblige forcément à modifier nos conduites et à gouverner nos émotions ; car si nous nous retrouvons débordé par nos projections et nos identifications, comment rester professionnel ? Il est clair qu'aujourd'hui à vouloir trop préserver le patient, nous nous mettons en danger.

**« Chaque fois que je rentre chez moi
après une journée aussi chargée, j'ai qu'une envie,
me plonger dans mon bain avec
un petit verre d'alcool et me coucher.
Je ne vois plus personne depuis quelque temps ».**

Dans l'ordre des choses, s'occuper des autres passe par la connaissance de soi. Les temps de pause, les espaces personnels qui ne doivent pas passer en second plan « quand on a le temps », le travail d'élaboration, soit en équipe soit en individuel, et la gestion de soi demandent un effort, mais nous resituent dans la dimension à l'autre.

En revanche, agir pour ne pas penser et remettre à plus tard ce qui nous encombre, est un mécanisme classique dont nous payons un jour ou l'autre les effets en terme de fatigue, de stress voire même d'épuisement professionnel, quand ce ne sera l'expression d'une décompensation somatique. Les questions refoulées ne finissent-elles pas par nous rattraper toujours ?

Aussi, se poser et faire le point est un moment propice à la traduction et à la mise en sens de toutes les expressions émotionnelles qui circulent dans notre métier, colère, incompréhension, impuissance, affolement, angoisse... La mise en place de groupes de paroles, le fait d'exprimer et de déposer en équipe son bagage de mal-être, allège et rend moins pénible notre détresse. Nous constatons que nous sommes tous logés à la même enseigne avec nos sentiments ambivalents et culpabilisants. Sans un soutien ponctuel notre infaillibilité n'est qu'illusion.

Alors ! Prendre soin des autres pour prendre soin de soi ? Ou... prendre soin de soi pour prendre soin des autres ?



Que retenir ?

L'équipe est une force de travail performante. Maintenir sa cohésion par des staffs et des groupes de paroles la rend davantage cohérente. L'harmonie d'une équipe contribue à l'amélioration des guérisons.

Ne nous faisons pas violence ! Puisque nous sommes le réseau de soins du malade, pourquoi ne pas nous forger notre propre réseau de soutien ?



II. LES RELATIONS CONFLICTUELLES

« Nous sommes habitués à juger les autres d'après nous, et, si nous les absolvons complaisamment de nos défauts, nous les condamnons sévèrement de ne pas avoir nos qualités ».

Balzac

Les périodes de révolte et de stress se traduisent par des réactions d'opposition à l'entourage, alors que celui-ci ignore la plupart du temps ce qui a pu déclencher cette violence.

Par réaction d'opposition, nous observons le plus couramment l'agression verbale. Insultes, menaces et incivilités se sont beaucoup développées laissant un sentiment d'insécurité qui relève plus de la perception que de la réalité. Néanmoins, elles blessent terriblement car lorsque les mots touchent leur cible, ils portent atteinte à l'intégrité et à la dignité.

D'autres formes de violences portant atteinte à l'intégrité physique sont de plus en plus dénoncées et repérées notamment au service des urgences, de la psychiatrie ou du long séjour ; services qui paraissent les plus exposés. Pour l'instant, la majorité des agressions est qualifiée de légère, est-ce pour autant qu'elle laisse insensible ? Il ne faudrait pas attendre des violences physiques qu'elles s'aggravent pour apprendre à gérer ce nouveau phénomène.

La violence n'est jamais acceptable. En revanche, elle peut se comprendre. Anticiper les réactions, décoder une situation, adapter ses propos et ses attitudes sont devenus aujourd'hui indispensables pour apprendre à y faire face et à se protéger. Accorder de la réflexion aux raisons de ces actes nous avance plus que de poser une appréciation sur le comportement, d'autant que les motifs d'agression ne sont qu'exceptionnellement intentionnels.

Défaut de communication, mauvais accueil, barrage culturel, tensions internes, mais aussi refus d'acceptation des situations, irruption de l'imprévu, stress et fatigue sont des causes de violence. La liste est loin d'être exhaustive.

Les petites maladroresses peuvent déclencher de grosses réactions, de même que des petits riens peuvent sauver des pires violences.

A. VIOLENCE SUR LE CORPS SOIGNANT

De la difficulté à communiquer...

Lorsque la dimension culturelle s'en mêle

Cas
clinique

Un patient âgé d'origine maghrébine est hospitalisé durant le week-end dans un état critique. Ses enfants viennent le voir. Ils découvrent à cette occasion des affiches placardées un peu partout sur les murs, indiquant que le service est en grève, au même titre que d'autres d'ailleurs.

Cependant, leur père est bien reçu, installé dans une chambre correcte. Tout se déroule très normalement.

A peine une heure après le départ des enfants, le patient décède. La famille informée se rend à son chevet. Très émue, souhaitant rencontrer le médecin, elle s'adresse à l'infirmier et s'entend répondre « Y'a pas de médecin ! » Celui-ci est pourtant présent, mais apparemment occupé auprès d'un autre malade.

A partir de là, tout va très vite et la situation dégénère. Il semble que la famille très réactive s'énerve et en vienne aux mains. Elle accuse le service d'être responsable de la mort de leur père et se jette sur le soignant qui pare les coups comme il le peut. Des policiers sont appelés en renfort, la salle se remplit d'uniformes. Pour finir, on embarque les enfants au poste, pendant que l'infirmier est emmené aux urgences pour les premiers soins.

Constat ?



- Décès, souffrance, bagarre, arrestation, quel tableau ! Famille, soignant, tout le monde est touché par la violence, une violence en chaîne ou tout s'enchaîne, très vite.
- La violence est double : à la fois psychologique et physique. Un lien qui s'établit entre personnes de l'extérieur et de l'intérieur sur la base de la souffrance.

Pour le soignant, partant de l'existence de la grève, ne peut-on pas d'emblée poser l'hypothèse d'un stress dans le corps para-médical pouvant s'accompagner de saturation ou de démotivation ?

Pour la famille, qui vit cette situation un week-end et dans un

hôpital en grève, ne peut-on pas retenir à la base l'existence de deux paramètres anxigènes ?

Objectivement, ces éléments ne sont pas déterminants. Ils n'empêchent pas d'accueillir et de soigner parfaitement le patient. Subjectivement ne provoquent-ils pas légitimement l'anxiété d'être mal soigné ?



Que comprendre de l'attitude du soignant ?

La fonction symbolique du soignant

Être l'interlocuteur d'un malade et de sa famille revient à être la personne de référence. Face à la souffrance lorsque la révolte naît, et il s'agit bien ici de ce type de sentiment, ce référent est parfois choisi comme bouc émissaire, parce qu'à ce moment précis il est le seul présent et accessible. Il recevra les réactions en direct sans temps de latence. Le soignant-cible est le représentant symbolique d'une institution qui fait mal. Il devient un exutoire pour la famille qui décharge une violence réactionnelle au décès.

L'art et la manière de communiquer

La communication la plus adaptée nous impose de répondre au besoin d'informations avec des mots clairs. Donner l'impression d'évincer les questions n'alimente-t-il pas l'anxiété latente ? En effet, répondre ne revient pas à lâcher une phrase lapidaire dépourvue de sentiments de compassion. Les mots ont une force insoupçonnée liés en priorité au ton qui les accompagne, puis au sens qu'on leur donne. Pour cette raison la phrase se doit d'être la plus

limpide possible, **afin que le message ne soit pas interprétable**. S'il réduit l'inquiétude du patient et de sa famille, c'est parce qu'**il s'accompagne d'une force de persuasion comportementale**. Communiquer revient à transmettre un message, transmettre un message consiste à ne pas permettre qu'il ait plusieurs sens.

« *Le médecin n'est pas là* » peut être interprété comme « *le médecin est absent de l'hôpital* ». S'il est absent, compte tenu de son pouvoir attendu de guérison, il est facile d'en déduire que le patient n'a pas été soigné par lui,... et d'ailleurs comme l'hôpital est en grève, c'est bien une preuve qu'il n'y avait personne... et s'il n'y avait personne, le service est responsable de la mort du père... Nous voici transportés dans les méandres de l'interprétation accusatrice !

Outre la capacité à fermer ou à ouvrir un dialogue selon le ton et le choix des mots, le sens linguistique d'une phrase n'a pas toujours le sens voulu car les codes diffèrent selon l'impact interculturel. Le barrage de la langue provoque une incompréhension qui se renforce avec l'inquiétude, offrant ainsi une compréhension partielle voire même sujette à interprétation fautive. Ce d'autant plus fortement que les mots seront associés à une attitude ressentie comme menaçante.

Nous le voyons, communiquer est un acte de soin dans la mesure ou il interfère directement dans le processus relationnel et dans la relation d'aide.

Que comprendre de l'attitude de la famille ?

Le choc de la disparition

Le moment qui suit l'annonce d'une mauvaise nouvelle est un instant de grande fragilité et pourvoyeur de manifestations les plus inattendues.

La première réaction de souffrance passe par le déni de réalité : « *Ce n'est pas possible* », « *Je ne peux pas le croire* », « *Il n'allait pas si mal que ça...* »

La deuxième réaction, celle qui suit immédiatement le déni, celle qui se confond presque avec la première, est celle de la révolte ou de la colère : « *Ce n'est pas juste* », « *Je ne les laisserai pas me faire ça* », « *Je veux une explication...* »

Un lien se brise, laissant les gens sous le choc de l'événement. Cette

phase est à respecter, aussi pour cela encore faut-il la connaître et la reconnaître comme un passage obligé et naturel dans le processus du deuil.

Ému et déstabilisé, pourquoi réagissons-nous comme s'il ne se passait rien ? N'est-ce pas normal d'être hors de soi et différent ? Lorsque l'émotion l'emporte, ne sommes-nous pas exposés et vulnérables ?

Protester ou être en colère sont des réactions qui permettent de garder le contact avec la réalité. Au fond, nous nous accrochons pour ne pas nous noyer, même au prix de vieux réflexes enfantins. Nous nous retrouvons comme quand nous étions petits, en colère par la perte de ce qui nous est cher et perdu, car hors de nos repères habituels.

Réponses ?



Côté soignants

- La formation à la communication

Avons-nous d'un côté la technicité, de l'autre le relationnel ? L'acte de soin est un tout qui englobe la relation humaine sous la forme polyvalente d'agir et d'être. Se former à l'art de la communication contribue à l'amélioration du bien-être même si celui-ci est moins perceptible car non quantifiable. La communication, dans l'acte de soin, fait partie du qualitatif.

Apprendre à communiquer est affaire d'apprentissage, certes par des cours dispensés théoriquement, mais également par l'expérience sur le terrain, donc dans le développement des relations. Nous nous heurtons tous à nos erreurs avant d'ajuster notre sensibilité à celle d'autrui.

- La prise en compte de la culture et son influence

Interrogeons-nous sur les personnes étrangères qui vivent une expérience de rupture culturelle. Différence de langue, d'expression, de religion et d'idéaux, nous sommes face à des éléments identitaires qui nous échappent et que nous ne pouvons que difficilement intégrer dans la relation d'aide, car nous agissons selon nos vieux réflexes de fonctionnement.

Des séminaires de rencontres transculturels sont des mises au point riches en apprentissage et découverte d'autrui. Les établissements hospitaliers sont de plus en plus nombreux à faire appel à des associations. Celles-ci peuvent familiariser les soignants avec les us et coutumes des pays, et se déplacer au chevet du malade. Ainsi, en collaboration avec l'équipe soignante et médicale, ces associations transmettent au malade les règles d'accompagnement du soin.

- Le soutien de l'équipe

Outre la formation, le soutien de l'équipe s'avère nécessaire. Puisque nous nous situons par l'expérience et le regard de l'autre. Entendre un collègue faire état d'une difficulté semblable à la nôtre a de quoi rassurer, car nous relativisons ainsi nos erreurs. Les témoignages sont des soutiens.

De plus, parler de soi fait baisser la tension. Pour qu'un soignant apprenne à écouter les patients, ne doit-il pas être lui-même écouté



et compris ? Les services sont-ils donc dotés de psychologues ou d'intervenants qui favorisent des échanges de qualité et permettent le retour en miroir ?

Côté famille

- L'accueil des familles en général

Lieu de passage, le couloir est un espace devenu de plus en plus mal utilisé. On y tient des mini conférences, on accueille des familles au milieu des brancards. Espace transitionnel, le couloir est ainsi devenu lieu de vie, espace d'accueil et lieu d'exercice professionnel, faute d'aménagement d'espaces suffisants et personnalisés.

Or, il conviendrait de trouver à la famille accompagnatrice et aux visiteurs un endroit, à l'abri des regards indiscrets, qui respecte la pudeur des émotions et la confidentialité des propos.

Un petit espace est suffisant s'il protège de l'agitation ambiante. Agrémenté de la charte du patient, de quelques rayons de livres et du livret d'accueil du service, cela suffit déjà à créer un cadre convivial qui fera beaucoup pour apaiser les « inhabitués » du monde hospitalier.

Le lieu d'accueil, lorsqu'il existe participe à la démarche thérapeutique.

- L'accueil du malade de culture étrangère

Les premiers mots et l'installation sont des paramètres qui conditionnent la relation future. Savoir accueillir demande qu'on se dote de quelques moyens matériels et de beaucoup de savoir-être. Or, l'hôpital public reçoit des malades de provenances multiples, c'est une de ses richesses relationnelles.

Depuis peu, le barrage culturel a été franchi avec la publication de livrets d'accueil traduits en langues étrangères. C'est déjà un début. Mais a-t-on pensé aux moyens d'accompagnement des cultes religieux ? Dans les aéroports, nous trouvons des lieux de recueillement comme le temple, la mosquée... Qu'est-ce qui nous empêche de remettre par exemple un petit tapis de prière à un malade musulman, lorsque l'on sait le poids de la tradition et le réconfort moral que peut apporter la pratique religieuse ? A défaut de tapis, une couverture sera appréciée.

Accueillir, c'est reconnaître. En ayant ces gestes empreints de tolérance, un malade inquiet et en perte de repères trouve un moyen d'aménagement psychologique qui dégonflera, s'il y a lieu, une éventuelle tension.



Que retenir ?

Une communication est un comportement qui agit sur l'émotionnel.

Le pouvoir de la communication est à double tranchant. Il sert autant à informer qu'à tromper autrui.

La colère n'est pas toujours guidée par une logique, mais agit comme un détonateur. Elle exprime peur et/ou désarroi.

La colère est un acte qui se substitue aux mots. Plus nous aurons face à nous un interlocuteur en situation de nous entendre et de nous comprendre, plus les mots retrouveront leur place.

Plus les mots retrouvent leur place, car sont autorisés à « être entendus », moins la violence n'a de raison d'exister.

Trouver les bons mots et la disponibilité matérielle et psychologique au bon moment n'est pas facile lorsqu'on est débordé et fatigué. Et pourtant, compte tenu que le XXIe siècle donne de plus en plus la parole aux malades et à leur famille, apprenons à la respecter.

L'alcoolisme et ses conduites agressives : Une différence dérangement

Cas clinique

Aux urgences de l'hôpital d'une grande ville, une nuit parmi d'autres, arrive un homme jeune, apparemment clochardisé.

Très sale, le visage tuméfié par des coups, les paupières gonflées sur des yeux rouges et rétrécis, la démarche vacillante, tout laisse supposer l'éthylisme avancé. Plutôt nerveux, il parle haut et fort de façon incohérente, manque de tomber et se raccroche aux personnes présentes qui, d'un bond réflexe s'éloignent de lui. Il finit par s'en prendre à tout le monde sans distinction, la voix agressive et rocailleuse. Il sème l'inquiétude par ses gesticulations bruyantes.

A la suite d'une injonction un peu sèche d'un soignant lui ordonnant de se calmer et d'attendre son tour, il se jette sur celui-ci cherchant visiblement la bagarre.



Un entrant alcoolique est amené en service de médecine.

Le lendemain, le patient « s'évade » en quittant sans autorisation l'hôpital, puis réapparaît une heure plus tard visiblement alcoolisé.

Un médecin l'apostrophe lui demandant des comptes « Où étiez-vous passé ? » ce qui déclenche dès les premiers mots une cascade d'insultes.

Face à cette agression verbale, le médecin monte la voix d'un décibel : « Vous n'avez ni à me parler sur ce ton, ni à partir comme ça. Quant à l'hôpital, ce n'est ni un troquet pour souïards et encore moins un moulin ».

Le patient, pas le moins du monde impressionné, réagit immédiatement en hurlant. S'ensuivent des coups de pieds dans la porte et des menaces : « Je vais vous exploser la tête », « Vous n'êtes que des c... et des incapables ... »

Il gesticule, en impose, sa force paraît décuplée. Personne n'ose plus bouger jusqu'à l'arrivée du cadre supérieur.

Très calme, celui-ci s'approche et s'adresse au patient. Il le nomme par son nom qu'il répète à plusieurs reprises. La voix est ferme et assurée, les mots sont dits sans agressivité, il s'en dégage une autorité tranquille.

« Allons Monsieur A., rentrez dans votre chambre ». « Nous ne pouvons pas nous entendre dans ce couloir, Monsieur A. ». « Oui, je sais, je sais, mais dans l'état où vous êtes, nous en reparlerons plus tard, Monsieur A. ... »

Le cadre supérieur l'entraîne petit à petit jusqu'à sa chambre. Le patient progressivement se calme en bougonnant, puis finit par obtempérer.

Que ce soit au service des urgences, de médecine interne, de gastro-entérologie, qui a surtout une capacité d'accueil d'environ 30 % de malades alcooliques, l'éthylisme est très répandu à l'hôpital. Il mobilise l'énergie d'acteurs professionnels qui ne sont pas toujours préparés à affronter la violence des patients.

Questionnons-nous :

Comment agir et aider le malade alcoolique ? Qu'est-ce qui tient lieu d'échange ? Comment éviter les dérapages et les violences ? Quelle indulgence face à l'effet dévastateur des rapports ?

L'abus d'alcool est un comportement. Qu'est-ce qui dans l'histoire de la personne, la pousse à boire au point de se dégrader jusqu'à en mourir ?

Derrière cette conduite addictive, quelle souffrance se cache ?



Repérons l'alcoolisme

L'alcoolisme est un problème majeur à l'hôpital car il concerne tout le monde, les patients comme les soignants !

Il est faux de croire que seul le clochard vacillant est alcoolique. Un homme d'affaires devient sensible à l'alcool à force de déjeuners professionnels. Une femme de la haute société se cache pour avaler au goulot de sa fiole une lampée de whisky. Un soignant disparaît du service pour boire dans les sous-sols de l'hôpital et un patient taira ses problèmes pour n'aborder que des symptômes « neutres », etc.

L'alcoolisme sévit donc dans les lieux de travail et nous le savons tous. A l'hôpital nous sommes sûrs d'y être confrontés, que ce soit dans un lit ou dans un service !

Soit nous soignons un patient alcoolique entré pour cette cause précise, et nous nous heurtons à ce qu'il est fréquent de nommer « un malade difficile »,

soit nous accueillons dans nos lits un patient « comme les autres » hospitalisé pour d'autres symptômes que ceux qui le caractérisent pourtant. L'équipe fonctionne alors avec une part de non-dit et un comportement souvent générateur de troubles sans que la question de l'alcoolisme puisse être réellement traitée,

soit, enfin, nous travaillons avec un collègue lui-même éthylique et la confusion soignant-soigné est une tendance à laquelle nous sommes, dans ce cas précis, confrontés. N'avons-nous pas tendance à « protéger » notre collègue par notre silence et notre aide professionnelle consistant à tolérer ses écarts, ses absences ou ses conduites ? Jusqu'au jour où, lassés de porter une charge de responsabilités non partagée, voire agacés de ses comportements peu fiables, nous le rejetons avec autant de conviction que nous avons mis à cacher ce qu'il en était .

Réponses ?

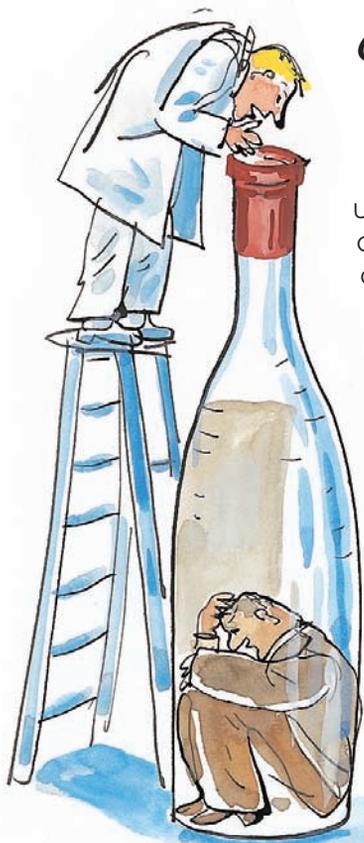


Il existe des solutions. La *prévention* est un des remèdes. Que ce soit pour un patient ou un collègue, plus nous attendons, plus la bascule dans la dépendance est un risque d'aggravation.

Parler, orienter sur les spécialistes de la question, conseiller sans langue de bois sont des pistes de traitement. Penser que « c'est son problème » et pas le nôtre, ne pas vouloir interférer au nom de la liberté d'être, n'est-ce pas le moyen le plus sûr de permettre à cette personne de perdre définitivement sa liberté ?

Dans tous les cas, les facteurs internes, physiologiques d'une part (en effet nous ne sommes pas tous égaux devant l'alcool) et psychologiques d'autre part, donc liés à l'histoire de la personne dépendante, expliquent cette fragilité et requièrent plus de compréhension que de jugement. L'alcoolisme assombrit le caractère et génère des troubles comportementaux. Il diminue les capacités intellectuelles (mémoire, logique...), désocialise, mais aussi, même s'il illusionne en apportant un oubli et une euphorie ponctuels, l'alcool devient cause et conséquence d'une véritable détresse morale.

Comment comprendre la conduite alcoolique ?



Soigner une personne alcoolique est souvent une gageure, tant elle fonctionne dans le déni : que dire à celle qui vous répond « Je bois comme tout le monde ». Comment rester zen et empathique face à celui qui vous insulte ou vous agresse dès que vous abordez le sujet ? Comment prendre du recul quand vous le voyez sous le jour d'un malade qui dit n'importe quoi, perd tout raisonnement logique, répète incessamment les mêmes choses, n'offre aucun point d'accroche et se soustrait à toute main tendue ?

La personne alcoolique donne l'impression qu'on se bat sans elle ou à sa place. Par ses échecs répétés et sa non-participation, ce malade très complexe nous renvoie rapidement à nos limites et à notre souffrance de soignant.

Derrière l'alcoolisme se cache un terrain dépressif obligeant à une prise en charge globale médicamenteuse et psychologique. Le malade étant replié dans son isolement psychique, la difficulté de soins résulte de l'absence de consensus et de reconnaissance. Le mur de la non-demande d'aide complique le soin : refus de la réalité, souffrance silencieuse et intériorisée depuis trop longtemps et déni font échec aux plus motivés. Solitude, dépression, perte de liberté par dépendance, les noyaux de souffrance sont nombreux.

L'alcoolique n'est pas un malade comme les autres, « ses plaies sont invisibles et son comportement trop voyant ». Il provoque des réactions d'agacement et d'énervement. Il est souvent violent. Il n'engage pas à la compassion et provoque peu notre sympathie. Soigner une personne alcoolique demande donc un effort pour surmonter ses ambivalences et ses appréhensions. Nous sommes dans le paradoxe d'aider en n'ayant pas du tout envie de s'y confronter, d'écouter et de tolérer ses conduites alors qu'elles font peur.



Réponses ?

a) Certaines attitudes sont inadaptées

L'alcool lève les inhibitions, boire rend brutal et être brutal en impose. C'est pourquoi l'intimidation et parfois le dialogue sont des moyens assez peu efficaces. « **On ne négocie rien avec l'éthylique. On discute juste pour qu'il se calme** ».

Éviter de prendre le malade par surprise comme par exemple de le réveiller brusquement

Nous avons remarqué que les patients alcooliques hospitalisés avaient des réactions de violences souvent consécutives aux situations de surprise, comme si en phase de désorientation, ils se laissaient déborder par une angoisse sous-jacente dont la violence était l'expression première.

Éviter de réagir impulsivement

Ce n'est guère naturel, car nous sommes tentés d'adopter une sorte de comportement réflexe sur le mode attaque-défense : « *Il m'agresse – Je me défends* ». Passer outre ses injures grossières et autres agressions verbales du genre « *Va te faire voir pouffiasse* », en restant impassible, faute de quoi lui répondre serait pour lui comme une agression qui ferait monter la tension.

Garder une certaine bienveillance doublée d'une autorité naturelle

L'autorité renvoie à celle de l'institution. Celle-ci est composée de règles qui ne sont pas transgressives et rien n'empêche de les rappeler : « *Savez-vous que vous ne pouvez pas rester ici parce que...* » est plus recevable et moins agressif que « *Il est interdit de rester ici* », injonction fermée au dialogue et blessante !

Ne pas montrer sa peur

On a peur du malade alcoolique, son impulsivité, sa violence, sa force décuplée le fait craindre que l'on soit du corps médical, administratif ou soignant. Quand tout est en effervescence à la suite d'un passage à l'acte, il faut bien qu'une personne au moins reste calme pour apaiser le patient. Généralement, le service fait appel aux vigiles, mais c'est surtout au cadre qu'en revient la responsabilité. De

nombreuses études ont révélé qu'une femme savait parler au patient et lui faisait du bien en l'apaisant. Le patient hésite-t-il à cogner sur une femme ou celle-ci s'y entend-elle mieux ? Il semble que la force de persuasion a plus d'impact que la force physique.

« Plus on est calme, plus ils se débballonnent. Il ne faut surtout pas élever le ton. La violence tombe face au calme. Plus les cris montent, plus il y a risque de coups ».

Ne pas laisser trop de monde autour de lui

Lorsqu'il est énervé, faites le vide en ne gardant qu'une personne référente qui le connaît ou le soigne et qui sait lui parler et le calmer.

b) Certaines réponses sont à chercher au niveau institutionnel

Les professionnels qui travaillent aux urgences, en consultation d'alcoologie et en hépato-gastro-entérologie sont directement impliqués par le problème de ces conduites addictives et sont exposés aux violences psychologiques, comportementales et physiques. Il faut leur reconnaître des qualités de souplesse, de patience, de maîtrise de soi et une grande disponibilité horaire, qui forcent notamment l'admiration.

Une première réponse organisationnelle et institutionnelle nous oblige à constater deux choses :

Les urgences sont rarement équipées d'une antenne d'alcoologie. Comment imaginer se passer d'une équipe spécialisée lorsque l'on connaît l'importance que représente les malades alcooliques dans une structure hospitalière ?

Les services comme l'hépatogastro-entérologie ne disposent que rarement d'un salon d'accueil pour ce type de malades. En consultation, ceux qui attendent avec anxiété le résultat d'une biopsie ou d'une endoscopie digestive, par exemple, côtoient l'excitation d'un malade alcoolique et subissent sa violence alors qu'ils sont eux-mêmes parfois agressifs par crainte d'un diagnostic inquiétant. Comment protéger les patients entre eux face à cette défaillance architecturale ?

Une deuxième réponse de type psychologique pose l'articulation entre violence et soin :

Toutes les équipes travaillant auprès de ces patients sont-elles

soutenues par un(e) psychologue ? Parler d'eux n'est-ce pas le moyen le plus sûr pour « réécrire une communication impossible » ? Travailler sur la pathologie alcoolique nous permet de réhabiliter les discours entre soignants et patients. L'effet thérapeutique du groupe de paroles agit progressivement sur la déculpabilisation de l'équipe face à ses sentiments de rejet, pour ouvrir la voie sur une nouvelle alliance soignant-soigné. La compréhension des situations souvent dramatiques de ces malades, doublée du droit à exprimer en équipe nos expressions d'animosité ou d'incompréhension face à cette conduite pathologique, nous aide à prendre en compte le pourquoi des mauvaises relations. La mise en sens d'un comportement agit sur la prise de distance et ôte une part de l'inconnu et de la peur de la différence. Rien n'est plus rassurant que d'apprendre à mettre des mots sur ce qui laisse sans voix, apprenant ainsi à **composer au lieu de s'opposer**.

Une troisième réponse relève de la prise en charge du soignant agressé :

Trois démarches, outre le soutien psychologique doivent être impérativement proposées :

- . faire constater les dégâts physiques aux urgences et avoir les soins correspondants,
- . le directeur de l'hôpital porte plainte au commissariat au nom de ses agents agressés,
- . se rendre au service de médecine de contrôle (l'Hôtel Dieu pour l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) afin de se faire expertiser. Les suites de l'agression seront ou non prises en charge comme accident de travail.

c) La prise en charge du malade alcoolique n'attend pas

La question de devoir intervenir auprès d'un patient hospitalisé pour tout autre chose qu'un problème d'alcool lance un débat éthique : le soignant s'autorise-t-il à faire irruption dans cette pathologie alors que la demande de soins n'est pas exprimée ? Agit-il en dépit de la résistance muette de son malade ?

Jusqu'à très récemment, il était courant d'attendre que la demande de soins soit formulée par le malade afin que la prise en charge s'engage. A ce jour, l'idée de rompre avec cette démarche fait de plus en plus d'émules. En effet, il est presque toujours impossible

pour le patient de formuler sa demande, et c'est même de cela dont il est malade, car s'il avait pu en parler, il ne serait sans doute plus alcoolique. Ainsi, parler franchement du problème avec lui devient actuellement la proposition la plus en vogue. On n'attend plus qu'il se positionne, on ne fait plus comme si tout allait bien, on modifie la relation et notre comportement silencieux, en informant le soignant des risques encourus et des réponses thérapeutiques existantes. Il est possible que le malade n'y fasse pas écho, mais l'information va faire son chemin permettant qu'un jour le malade s'approprie la demande de soin. Repérer les facteurs de risques et ses symptômes incite le soignant à réagir pour deux.



Que retenir ?

L'alcoolisme est une maladie comme les autres. Elle n'est pas fatale mais curable même s'il y a des rechutes.

Elle ne doit plus être un sujet tabou.

L'anxiété chez les patients : savoir la décoder lorsqu'elle se manifeste violemment

Stressé, agacé, harcelé, quel est le soignant qui n'a pas ressenti à l'égard de son patient une irritabilité croissante pour cause d'une violence cette fois-ci insidieuse, presque pas repérable car non spectaculaire, et pourtant tout aussi réelle au quotidien que la violence verbale et physique ?

Nous sommes loin de la peur qu'engendre la force physique employée à mauvais dessein. Nous fonctionnons dans la tranquille assurance que rien de dangereux n'arrivera. Les patients sont agréables, leur famille calme, plutôt reconnaissante, et pourtant, nous nous sentons agressés, peut-être pas traumatisés, mais tellement fatigués et énervés !

Certaines situations ont le don de nous atteindre le moral et de diminuer notre dose de patience. C'est le cas notamment de certains sujets trachéotomisés comme on peut en rencontrer dans les services de pneumologie. Leur attitude très particulière demande une disponibilité du personnel soignant qui peut engendrer tensions et réactions de rejet, là où nous rencontrons une anxiété fondamentale pas toujours bien décodée.

Alors stress contre stress, comment éviter les pièges d'une violence réciproque ?

Bronchopathie chronique obstructive et stress

Cas clinique

Monsieur X. est atteint de bronchopathie chronique obstructive et il est par ailleurs trachéotomisé. Extrêmement dépendant, on l'a assis dans son lit afin d'éviter qu'il n'étouffe.

Ce malade ne semble pas évoluer vers la guérison et risque de finir avec une canule. Le thorax est déformé, le pronostic peu favorable. Toutes les 5 minutes, Monsieur X. tape sur le montant métallique de son lit et accompagne son geste d'un son guttural. De façon permanente et répétitive, l'infirmière se déplace pour vérifier et s'assurer que tout va bien.

Monsieur X. n'a pas trouvé d'autres moyens pour imposer ses désirs de voir et revoir à tout bout de champ la blouse blanche qui passe en éclair dans sa chambre.

Quant à l'infirmière, elle n'en peut plus : « C'est usant, phagocytant, épuisant ». Elle craque, du moins en mots, et quand ce n'est pas elle, c'est au tour de ses collègues de réagir pareillement.

Fort de ce constat, le cadre a choisi de s'assurer qu'aucune infirmière ne resterait plus de 7 jours de suite au chevet du malade. Pour économiser son personnel, il le fait tourner. « Il faut une énergie nouvelle, quelqu'un qui prenne du recul pour faire face à ce comportement harcelant », explique-t-il, soucieux de son équipe.

Repérer les raisons de votre stress

Vous ne supportez pas d'être appelé pour un coup dur toutes les cinq minutes, comme on siffle un chien ? Vous supportez encore moins du patient ses sons gutturaux qui n'ont rien d'humain ?

Vous avez le sentiment d'être dérangé sans cesse... pour rien ?

En interrompant vos tâches pour lui, il n'y a pas moyen de faire un travail suivi !

Peut-être vous rappelle-t-il une sensation d'étouffement à titre personnel ? Vous avez envie de respirer à sa place ?

Quelles que soient les causes, sensibilité personnelle à cette pathologie ou raisons objectives professionnelles, une chose est certaine, ce genre de patient vous sollicite et vous atteint plus qu'un autre. C'est presque du temps plein pour lui quand d'autres ont besoin de vous. C'est même « une prise de tête » en plus d'une prise de temps.

Atteint de BCO doublée d'une trachéotomie, notre patient présente une alerte majeure qui est le manque d'oxygène. Dépendant, il est soumis aux réactions professionnelles les plus vives de la part du corps soignant et médical.

Quelles sont les intrications psychologiques de la maladie ?

Respirer ! Imaginons ce qu'est l'acte de respirer. Si, chez l'homme sain, il est un acte tellement naturel que nous le faisons sans y penser dans un geste réflexe, chez ce type de malade, il est comme une pensée obsédante, car vitale. Sa vie est liée à la goulée respiratoire et à la disponibilité du personnel soignant qui vient l'aspirer.

- L'angoisse de mort par insuffisance respiratoire a un effet perturbateur massif. Le sentiment de mort imminente fait adopter différents types de comportements dont ce comportement de type compulsif : il s'agit de vérifier en permanence la présence de la blouse blanche dont il est totalement dépendant, laquelle représente son lien avec la vie.

- Non seulement, il peut étouffer, mais en plus il ne peut pas parler. Son seul moyen d'appel en cas de crise reste les autres facultés dont il dispose en dehors de la parole, à savoir le regard, l'écriture et le bruit.

- Un événement aussi stressant peut déclencher un syndrome général d'inadaptation avec un comportement qui évolue selon les degrés de stress. Alité et dépendant, la fixation sur l'angoisse d'un accident mortel renforce la crainte de l'imprévu. Notre patient n'a que ça à penser. Lié à la survenue de l'événement-catastrophe, il met en place une vigilance de type obsessionnel qui a pour objet de le rassurer. Nous sommes dans ce que nous pourrions nommer, un comportement « contra-phobique », c'est-à-dire, faire tout ce qui est en son pouvoir pour éviter de mourir avec un traumatisme lié à sa pathologie majeure.



Idées !

Manquer d'air ! S'essouffler ! Étouffer ! Et si nous faisons référence à nous-mêmes ? Prenons l'exemple d'un footing qui nous laisse fatigué en manque de respiration. Notre première et unique motivation est de récupérer. Avant d'être en mesure de parler, de

manger ou de boire, nous tâchons de nous récupérer ; c'est notre première pensée.

Notre patient est dans ce cas de figure de façon constante avec un risque vital, comme une épée de Damoclès sur la tête. Comment l'en distraire ?

- Et si pour le rassurer dans un premier temps, on venait toutes les 10 minutes spontanément, lui expliquant qu'on rentre dans un processus de contrôle rassurant ?

- Et si on mettait à sa disposition de quoi écrire sur une ardoise ce qui ne peut être dit ?

- Et si on évitait de le laisser enfermé dans sa chambre ? En laissant la porte ouverte, il verrait passer du monde, de même qu'un regard du couloir vers sa chambre aurait un impact sur son angoisse.

- Et si on réservait à ce type de malade la chambre la plus proche du bureau des infirmières ? La distance la plus courte !

- Et si on investissait dans la canule parlante ...?

- Et si, en plus de la rotation des infirmières on y adjoignait des aides-soignantes ayant été formées aux aspirations endotrachéales, ceci afin d'alléger la tâche de leurs collègues ?

Que retenir ?



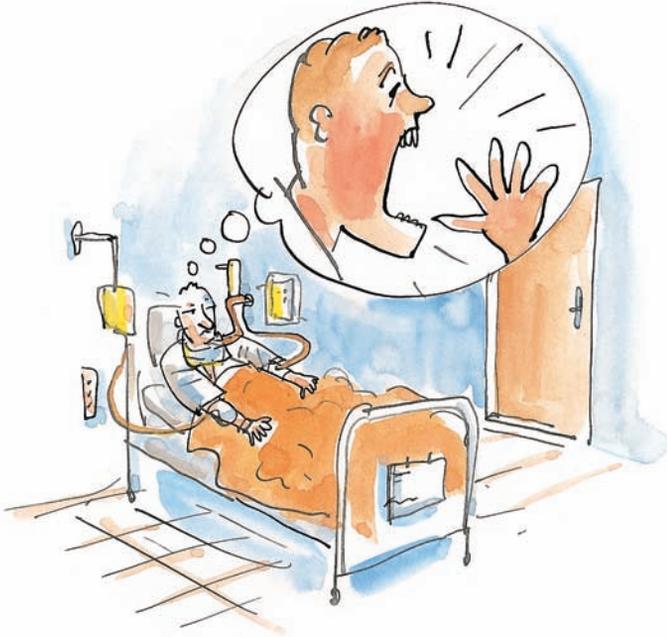
Nous ne sommes égaux ni devant la maîtrise de soi, ni face à l'angoisse de mort. Le comprendre relève de la prévention de la violence psychologique.

L'angoisse de mort du patient réveille la nôtre, il est courant d'éviter d'y être confronté. Tenter d'y faire face contribue à dominer cette angoisse.

L'absence de paroles met en échec le système classique de communication entre soignants et soignés. Utilisons nos autres modes d'échanges !

Cas clinique

Ce malade a passé deux mois en réanimation. Après cette période critique, il va beaucoup mieux et les médecins décident de lui faire quitter le service. C'est ainsi qu'il arrive en médecine.
Ce monsieur est trachéotomisé.



La surprise vient de son comportement. Alors qu'il s'est toujours montré docile, depuis quelque temps, il frappe les soignants.

Le cadre, bien entendu l'apprend, se rend à son chevet et le menace.

« Le prochain soignant qui se plaint que vous avez levé la main sur lui, je porte plainte contre vous ».

Pourquoi un malade apparemment docile en vient-il à être violent ? Nous partons d'une situation qui n'apporte aucune explication. Nous sommes donc face à un comportement apparemment

illogique. La première démarche n'est-elle pas de s'interroger avant de réagir ?

Partir du « pourquoi » nous conduit vers l'analyse contextuelle, étape incontournable lorsque nous souhaitons démêler le nœud des intrications et des ressentis individuels qui composent le conflit. Partant du fait que personne n'est ni devin ni magicien, une situation bloquée ne s'ouvre que lorsqu'elle apporte de nouvelles réponses en complément de ce qui est observé.

Questions, analyse de la situation puis réponses, sont les trois étapes successives dans la résolution d'un conflit.

Réduits aux hypothèses, nous savons seulement qu'à la base de la situation, notre patient vient de vivre deux mois de réanimation.

Questions

Trachéotomisé, c'est-à-dire totalement incapable d'exprimer ce qu'il ressent, comment communique le malade avec la nouvelle équipe ? Comment transmet-il son angoisse ? Comment exprime-t-il son ras le bol ? A défaut de ne pouvoir parler, la tension ne déborde-t-elle pas ?

Analyse

Un corps souffrant, médicalisé, « technologisé », un corps nu auquel on accède comme si c'était un bureau, un corps qui appartient à tout le monde ; notre patient en est dépossédé.

Une hospitalisation avec angoisse de mort et soins intensifs, suivis de résultats plus que satisfaisants grâce aux compétences et au dévouement de l'équipe ; inquiétude, douleur, souffrance, soulagement, plaisir, satisfaction, mais aussi sans doute, saturation et fragilisation générale, nous sommes dans une gamme étendue du champ émotionnel qui l'emporte sur le rationnel.

Un changement de service, donc une nouvelle équipe et de nouveaux repères. Moins de soins aussi personnalisés qu'en réanimation (car sans doute moins d'effectif aussi). Des liens qui sont donc moins étroits, une confiance qu'il faut reconstruire, un sentiment d'être abandonné après l'attention exceptionnelle dont il a fait l'objet, notre patient pourtant bien entouré ne se sent-il pas en perte sur le plan relationnel ?

Réponses



- Tout, sauf menacer avant d'avoir intégré le « pourquoi ». Donc parler, écouter, puis, si résistance et répétition de la violence, poser des limites.
- Le patient ne souffre-t-il pas d'un symptôme dépressif. La longueur de l'hospitalisation, le changement de service avec perte de repères, le changement d'équipe, la trachéotomie avec souffrance et/ou douleur et surtout l'impossibilité de traduire en mots ce qu'il ressent, peuvent agir sur l'humeur.
- Vérifier que la douleur physique n'est pas une autre cause de réaction violente. Lorsqu'un soin est douloureux, le malade dans sa souffrance va réagir *parce qu'il a mal*. Une sorte d'agression réciproque d'où le besoin de faire les pansements et de poser les questions quand il est sous calmant en modifiant la qualité du soin. Un soin ne doit pas faire redoubler la souffrance.



Constat

La violence est une mise en acte de mots qui échappent.

- En posant un acte, le malade lui donne un caractère définitif de rupture et symbolise un point de non-retour. Il rejette l'état dans lequel il se trouve et rompt en même temps le dialogue.
- Cet état de rupture est une violence contre les autres qui évolue en violence contre soi. La souffrance du malade alité augmente en même temps que diminue la possibilité de dialoguer.
- Dialoguer avant d'agir est donc une nécessité.

Cas clinique

- « Ah ! tu t'appelles comme ça, je vais te faire la peau ».

Le jeune homme regarde le nom du soignant accroché à sa blouse, en même temps qu'il joue avec un couteau à cran d'arrêt.

Arrive le cadre supérieur, très calme.

- « Bonjour, je peux faire quelque chose pour vous ? »

- « Houai ! Tu ... »

- « Non, pas tu. Je vous demande de me respecter ».

Le cadre supérieur toujours très calme, regarde le jeune homme dans les yeux.

- « C'est quoi, d'abord, un cadre supérieur infirmier ? » demande l'homme, toujours les yeux rivés sur un badge.

« C'est le responsable du service ».

Cadre supérieur et jeune homme toxicomane continuent à parler presque tranquillement dans une scène surréaliste. L'un se tient tranquillement mais fermement sur ses gardes, l'autre, son couteau entre les mains, quitte peu à peu son ton agressif puis finit par craquer... et pleure.

Venu braquer la pharmacie aux urgences, le jeune homme en état de manque, s'effondre.

« Il faut être attentif, aujourd'hui face à eux. On en a un qui a explosé le bureau. Les deux enfants de la famille étaient « shootés », en manque ou quelque chose comme ça. C'est évident, je l'ai vu. Un des gamins avait, devant le corps de son père, un gros mouchoir blanc et il sniffait. La maman a joué son rôle de matriarche quand il a été violent et elle a calmé ses troupes ».

Trouble comportemental et psychopathologique, l'addiction toxicomaniaque nous renvoie à nos limites en qualité d'acteur social. L'incompréhension, la peur que déclenche la différence, la confrontation à la précarité, notre regard critique sur l'aspect délictueux et transgressif de la conduite sociale, la marginalité... sont des paramètres qui conditionnent notre regard et aiguïsent notre sentiment spontané de rejet et de défiance.

L'urgence dans laquelle fonctionnent les patients, l'immédiateté de leur prise en charge qu'ils nous imposent, le « tout, tout de suite » qui caractérise leur conduite, font actes de violence chez les soignants que nous sommes, nous mobilisant au détriment des autres sans concession ni souplesse de leur part.

La non-reconnaissance face au soin, la fausse demande, le sentiment de manipulation parfois ressenti, la pauvreté du soin et de sa qualité relationnelle, modifient la relation thérapeutique habituelle.

Les conditions de soins soulèvent les contraintes de la vie professionnelle du personnel hospitalier. Il lui est clairement difficile d'y trouver ses marques d'organisation du travail lorsque l'échange s'achève par une crise de violence ou que la confrontation mobilise les acteurs au détriment des autres urgences.



Que retenir ?

Un soin éphémère

Avec le toxicomane, le soin est souvent éphémère. En mal de repères et de sens dans sa vie, souvent marginal, le malade toxicomane passe puis disparaît, puis réapparaît. Il est sans place.

Soigner le toxicomane est un acte de soin qui n'apporte guère de gratifications aux soignants, la relation et le soin étant suspendus dans le temps et peu investis par la non-coopération.

La conduite ordalique

Pris dans une conduite de risque, le toxicomane « joue » avec la mort et défie le soignant. Impossible mission ? Peut-on soigner malgré soi ? Et lorsque le toxicomane décède, sa mort n'étonne qu'à peine. Travailler avec les toxicomanes nous entraîne dans les mouvances de l'incertitude et de la détresse morale, du suicide passif à la mort violente. La dégradation menant à la mort fait aussi violence. La toxicomanie est une conduite de risque dite ordalique, un « jeu » avec la mort, un défi pour lui qui défie le soignant.

La transgression sociale

Les toxicomanes sont des malades difficiles sur le plan comportemental, c'est-à-dire potentiellement violents lorsqu'ils sont en manque. Capables de transgression sociale jusqu'à l'acte délictueux, ils obligent le soignant à la méfiance et à la vigilance, alourdissant sa charge psychique de travail.



B. LES URGENCES : un service à part

La violence est un processus dans lequel s'enchaînent les événements dans le temps et l'espace jusqu'à l'acte final. Le plus souvent, il s'agit de peu de choses, le rien de trop, la goutte qui déborde. Analyser le pourquoi de l'acte violent nous impose une recherche en amont d'une manière systémique. Il s'agit de se distancier d'une mémoire qui a tendance à graver l'acte violent dans sa ponctualité donc hors de son contexte.



Le service des urgences est un lieu à part. Microcosme social et médical, porte de l'hôpital, premier lieu d'accueil, il est soumis aux impondérables, se prêtant aux situations et aux pathologies les plus variées. Il présente des particularités au nombre de quatre qui nous obligent à gérer notre agressivité à partir de critères qui lui sont spécifiques.

I. SES PARTICULARITÉS

a) Premier constat : les urgences, un lieu d'accueil face à l'anxiété des patients

La population, dans son ensemble, a une perception semble-t-il assez large des urgences, les prenant de plus en plus pour une consultation permanente qui répond à l'immédiateté de l'angoisse et du soin.

Prenons l'exemple de cet homme qui, s'étant rasé la tête la veille, arrive la nuit suivante aux urgences, car « *ça lui fait mal* ». Supposons que le médecin de garde lui réponde « *Rentrez chez vous, ça va passer. Pas besoin d'ordonnance* », et que notre patient anxieux, déprimé, voire même « *bizarre* » ait besoin que nous le prenions en charge. Comment va-t-il réagir face à ce refus qui peut être interprété comme un rejet ? La raison qui le conduit aux urgences compte sans doute moins que la prise en charge. Notre patient vient à l'hôpital conduit par des raisons obscures et subjectives plus que médicales. Face à la dimension psychologique de la demande, si la frustration n'est pas supportée, elle s'exprime par la violence.

Autre exemple : un homme se rend aux urgences « *parce qu'il a mal aux pieds* ». Le médecin qui l'examine, apprend que le « *patient* » s'est offert la veille des chaussures, à l'évidence trop étroites. Il lui en fait la remarque et lui demande pour quelles raisons il les a achetées puisqu'elles ne sont pas de sa pointure : « *Parce qu'elles me plaisaient !* »

Là encore, comment réagir ?

« *Rentrez chez vous, vous me faites perdre mon temps !* »

« *Vous n'avez qu'à savoir ce que vous faites, tant pis mon vieux* ».

« *Bon ! C'est pas grave, on va vous mettre une petite pommade et un pansement. Dans deux jours ce sera fini* ».

Travailler aux urgences requiert un autre savoir-faire, à la croisée du social, du psychologique et du médical, fait donc appel à l'écoute et à la patience en plus de la rapidité d'exécution habituelle. A défaut de ces qualités, nos réactions d'intolérance ou notre stress nous rendant moins enclins à comprendre, vont percuter celles du malade, donnant naissance à des émotions violentes et mal gérées.

Ces exemples ne sont pas caricaturaux. Ce service offre une panoplie complète des circonstances les plus inhabituelles.



b) Deuxième constat : un lieu de consommation de la santé ?

Les urgences est le service qui vient rappeler que le comportement consommateur est devenu un fonctionnement généralisé. En accueillant tout le monde, ce service tend à être pris pour un lieu d'assistance où la santé devenue produit de consommation, oblige les soignants à servir les patients comme des clients, vite et bien.

La difficulté d'assurer la prise en charge se voit renforcée par les demandes abusives. L'impossibilité de différer se traduit par une demande de type toxicomaniaque « Je veux tout, tout de suite », une consommation de l'immédiateté qui nous entraîne à consommer de l'ordonnance. La mort tabou, la santé à tout prix, le déni de vulnérabilité créent des attentes irréfléchies et des besoins immédiats non tempérés par la réflexion. La démarche de la consultation repose sur une angoisse toute puissante et ingérable. Le stress des usagers des urgences nous renvoie à une mentalité nouvelle, une peur archaïque et fondamentale de la mort que les médias et la technologie nouvelle ont élevée au rang de l'invulnérabilité.

c) Troisième constat : un lieu social

Les urgences sont un lieu d'urgence sociale. « La vieille dame tombée chez elle, qui a laissé ses clefs chez les voisins qu'on ne peut pas réveiller à cette heure, et qui n'a pas d'enfants sur qui compter, le clochard qui se sent un peu chez lui, l'alcoolique qui revient régulièrement... » Une misère sociale et une solitude de situation qui ne présentent pas de motif médical, mais qui ne trouvent pas pourtant de quoi s'étayer sur un autre support social, trouveront une réponse partielle au service des urgences.

Que faire de ces personnes ? Il n'y a pas besoin d'examens de surveillance ni de médicaments... mais il n'y a pas non plus de bus pour ramener la vieille dame sans argent, ni de foyer d'hébergement pour le clochard. Les « urgences-portes » vont donc trouver un lit et une équipe pour s'occuper d'eux.

Notons également les « rusés des urgences » qui connaissent bien le fonctionnement, savent que le délai d'attente est d'au moins deux heures et qui, une fois reçus, vont au bar du coin, histoire d'améliorer le temps d'attente. Était-ce une urgence ?

Fort de ces constats, il en découle :

- l'engorgement des urgences,
- la tension, le stress et les conduites d'impatience liés au trop plein d'activité, au manque de moyens et à l'attente,
- la violence en lien avec la nature sociale du lieu et son ambiance,
- le défaut d'articulation entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

d) Quatrième constat : stress et facteur temps

Autrefois l'hôpital logeait, nourrissait et hébergeait un personnel soignant, religieux la plupart du temps. Sécurité d'un lieu, d'une ville dans la ville qui aujourd'hui a disparu. Le soignant maintenant quitte son domicile pour arriver sur son lieu de travail déjà chargé de stress avec, peut-être en prime un trajet fatigant. Une couche de stress personnel sur une couche de stress professionnel, ce n'est pas facile de rester serein.

Caricaturons avec l'exemple d'un ambulancier qui arrive aux urgences : il y accède à vide à la demande du service après avoir effectué le transport orageux d'un piéton renversé sur la voie. Pris dans les embouteillages, il se fait agresser en arrivant par le soignant qui l'attend ; lui-même débordé et peut-être aussi en retard. Ambulancier

et soignant vont réagir, de simples mots en remarques défensives, la tension monte et le malade à transporter en fait les frais.

Le stress est souvent lié au facteur temps, que ce soit aux urgences ou dans n'importe quel service. Nous courrons, nous sommes en retard, « à la bourre », le temps passé dans les transports, le top chrono d'un planning personnel et professionnel chargé, le grain de sable qui bloque le rouage, la pression et la tension nerveuse construisent une relation tendue avant qu'elle ait débuté.

II. QUELLES RÉPONSES À LA VIOLENCE ?



a) Désamorcer la violence !

** Un savoir-faire dans le ton, l'expression et le dialogue*

« Quand les gens arrivent à l'hôpital, ils sont déjà énervés. Ils « font la gueule », s'énervent tout de suite ». Parler, garder un ton calme, regarder franchement, ne pas montrer sa peur, prononcer des paroles



d'aide, changer la figure de l'ennemi que nous représentons en figure d'aide. Répondre aux questions même les plus inusuelles, en soulever d'autres dans une transparence d'ouverture au dialogue qui fasse appel en même temps aux sentiments, ce savoir-faire repose sur la maîtrise de nos émotions.

** Une aide au dialogue*

Mettre en mots nos émotions et notre souffrance nous force à nous confronter et à nous repositionner face à une réalité tangible. Celle-ci présente au moins l'avantage d'être discutée au lieu de donner toute place au ressenti. Avec eux, nous nous sentons reconnus d'abord, soulagés ensuite.

Ce qui vaut pour nous prévaut pour autrui. En invitant, par notre attitude, le patient à élaborer sa pensée, nous l'incitons à exprimer une émotion et non à la garder enfouie anarchiquement, ce qui se solderait par une excitation livrée en coup d'éclat.

Tâchons d'être pragmatiques, clairs et simples dans le choix des mots en choisissant la politique de la main tendue. Le comportement gagne à se montrer « contenant », compréhensif, immensément patient, avec un sourire et une parole, pour détourner une attitude revendicative et interprétative.

Le malade lorsqu'il est inquiet est submergé par un poids qui l'empêche de réfléchir. Il s'agit de prendre de la distance à sa place, de lui « prêter » son savoir être. Si on souhaite que ce qu'on dise soit entendu, autant y mettre la forme !

** Un retour à l'identité*

La violence en faisant force de loi détourne les codes du dialogue visant à déformer les repères, et à rompre les liens. Nous sommes dans le mal identitaire profond, une fracture du symbolique qui n'a d'autres modes d'expression que l'acte au lieu de la parole.

En tant qu'expression d'une pulsion qui vise à faire effraction dans le double champ identitaire, celui de l'agresseur et de l'agressé, la violence non préméditée se révèle destructrice. En effet si l'agresseur traumatise sa victime, il s'abîme du même coup lui-même. En n'arrivant pas à se positionner face à autrui, il se laisse déborder par son excitation dans l'impasse des actes qui le mettent en échec. La reconnaissance donne une identité aux gens, l'indifférence la tue. Ne pas regarder les patients quand on leur parle, ne pas les entendre quand ils s'expriment, répondre de travers, à côté, faire de notre malade un objet de peu d'importance, n'est-ce pas normal de se

sentir en mal d'identité ? « Le monde ne cessera d'être violent que lorsqu'il étudiera son besoin de violence ».

** Ne pas légitimer la violence*

La violence exprime la colère, la tristesse, la peur parfois... elle cache une souffrance, très fréquemment surtout un sentiment d'injustice qui éclate de façon désordonnée. On peut la comprendre, mais jamais la légitimer. En aucun cas la violence est une réponse, quelles qu'en soient les raisons.



b) Renforcer la polyvalence de l'équipe

Aux urgences, l'attente est manifeste. Les malades se succèdent, s'allongent sur des brancards déposés dans le couloir. Il est du devoir de l'hôpital d'accueillir toute personne se présentant quel que soit le pic d'activité et de moyens.

Les équipes sont débordées, ce qui justifie de plus en plus de nouveaux moyens en effectif, en matériel et en locaux adaptés. L'accompagnement psychologique et l'accueil sont aussi importants que la prise en charge médicale et demandent eux aussi des réponses polyvalentes.

La violence devient l'affaire de tous.

Devoir attendre d'être reçu, gérer son angoisse sans connaître la gravité de son état, voir passer sous son nez un autre malade arrivé après soi, l'attente est le facteur le plus lourd aux urgences, car « il y a urgence ! »

Comment tromper l'attente ? Comment calmer les esprits ? Les efforts d'amélioration des conditions de travail sont en très nette progression. Locaux, renforcement des équipes, formations dispensées, les urgences se réhabilitent, poursuivons.

* L'hôtesse d'accueil

Vous venez aux urgences et à proximité de l'entrée se trouve le poste d'accueil. Le sourire des urgences, les mots choisis qui rassurent, un poste récemment innové dans certains services qui répond parfaitement aux expressions d'inquiétude des patients.

Lorsque le patient se sent transparent, oublié, seul face à son angoisse, il développe un cinéma mental dont la version est collée sur les scénarii les plus imagés.



L'hôtesse d'accueil humanise un secteur qui effraye. Elle apparaît comme la première bouée de sauvetage à laquelle on s'accroche face à l'inconnu. Elle renforce l'équipe soignante en faisant trio avec l'infirmière d'orientation et d'accueil, et la secrétaire hospitalière.

** L'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) aux urgences, une fonction à institutionnaliser*

Dès 1992, cette nouvelle fonction s'est développée. On se demande comment on avait pu s'en passer ! L'IAO prend en charge les malades à leur arrivée et pose un diagnostic infirmier décidant de l'orientation et de la prise en charge la plus adaptée. Face au mal de vivre des patients, il gère aussi au mieux leur stress et leurs angoisses. Nouvelle fonction difficile à tenir, elle est assurée de préférence par un personnel tournant. A ce jour, elle gagnerait à se faire en tandem.

** L'assistante sociale*

Présente 24h sur 24, le rôle de conseillère qui oriente sur d'autres lieux de soins désengorge les urgences en répondant aux besoins. Elle s'occupe également de la couverture sociale et de l'ouverture des droits faisant face aux premières urgences dues à la précarité.

** La prise en charge psychologique*

Un psychologue ne fait pas le même travail qu'un psychiatre. Ce dernier s'occupe des pathologies mentales alors que le psychologue, même formé aux maladies mentales, a une pratique du soutien et une écoute spécifique. La violence qui naît de la souffrance est ainsi désarmée. Là où le psychologue, en tenant une main, en entendant les plaintes, prend en charge une partie de l'acte de soins.

La majorité des plaintes déposées contre l'hôpital le sont pour des comportements et non pour des actes médicaux. Le patient a **besoin** qu'on lui parle, qu'on le rassure. Dans cet univers de précipitation et de mouvement, prêter une oreille attentive désamorce l'inquiétude.

** L'infirmier(e) en psychiatrie*

De par l'expérience acquise face à la violence, il peut transmettre à ses collègues son savoir. Il pare les angoisses et les troubles psychologiques ou psychiatriques.

* L'antenne d'alcoologie

Les alcoologues sont aux malades alcooliques ce que sont les psychiatres pour les malades mentaux. Le médecin généraliste et le psychiatre ne savent pas toujours traiter ces patients à part.

c) Réinvestir autrement les locaux

* L'ambiance

Musique douce et poissons rouges ou télévision, un effort d'ambiance s'impose. Si Visconti sur Arte n'est pas a priori la bonne réponse, en revanche le match de football peut s'imposer. On en verrait peut-être certains laisser leur tour pour ne pas rater le penalty...

La musique adoucit les mœurs, la TV aussi à condition qu'elle ne hurle pas, et qu'il y ait consensus quant au choix des chaînes. Voir évoluer les poissons rouges est souvent préférable aux violences des images, mais chaque service est libre de son choix.



** L'information : Hôpital silence/Hôpital audience*

Parler lorsqu'on en prend le temps. A défaut, les panneaux explicatifs et les plaquettes en exposition répondent aux besoins à condition qu'ils soient mis en valeur. Expliquer la procédure d'attente avec des mots simples donne du sens à une attente qui n'en finit pas et justifie de l'injustifiable : se voir passer sous le nez des patients arrivés bien après soi. L'agressivité est un produit de l'injustice et l'injustice repose sur le fonctionnement arbitraire. Informons les patients !

Lorsqu'en plus le médecin lance un « excusez-nous on a une grosse urgence, ça va prendre un peu de temps », l'effet calmant est assuré.

** L'amélioration des locaux aux urgences*

Le local adapté serait un espace donnant l'impression de pouvoir respirer et circuler. Or, nous connaissons les brancards alignés dans les couloirs venteux au milieu des mouvements, des pleurs et des cris. L'agrandissement de la surface du lieu est certainement une urgence pour les urgences.

** L'installation d'un service de radio aux urgences*

Pour désengorger et aller plus vite, certains services ont installé une radio avec box et manipulateurs. Pourquoi, lorsqu'ils existent, ne fonctionnent-ils pas la plupart du temps le week-end ?

C. VIOLENCE DU CORPS SOIGNANT SUR LES PATIENTS

Dans cette partie qui traite de la violence du soignant sur le patient, nous avons choisi deux services difficiles, la psychiatrie et la gériatrie.

Si parfois les causes d'une violence produisent des conséquences claires, d'autres fois on ne saurait dire qui commence et qui finit tant la situation est porteuse d'ambiguïté et de complexité.

Nous nous sommes efforcés de comprendre la violence du patient sur le soignant. Il arrive qu'inversement ce soit le soignant qui soit maltraitant. Mais en a-t-il toujours conscience ? Savons-nous ce qu'est exactement cette violence et d'où elle vient ?

Si certaines violences sont évidentes, concrètes, laissant des signes incontournables, d'autres sont faites dans le silence et peu repérables.

La première partie traitera de la maladie mentale et des violences subtiles que la folie nous livre dans les dédales de notre incompréhension et de notre peur de la différence. Doit-on parler de violences **en** psychiatrie ou de la violence **de** la psychiatrie ?



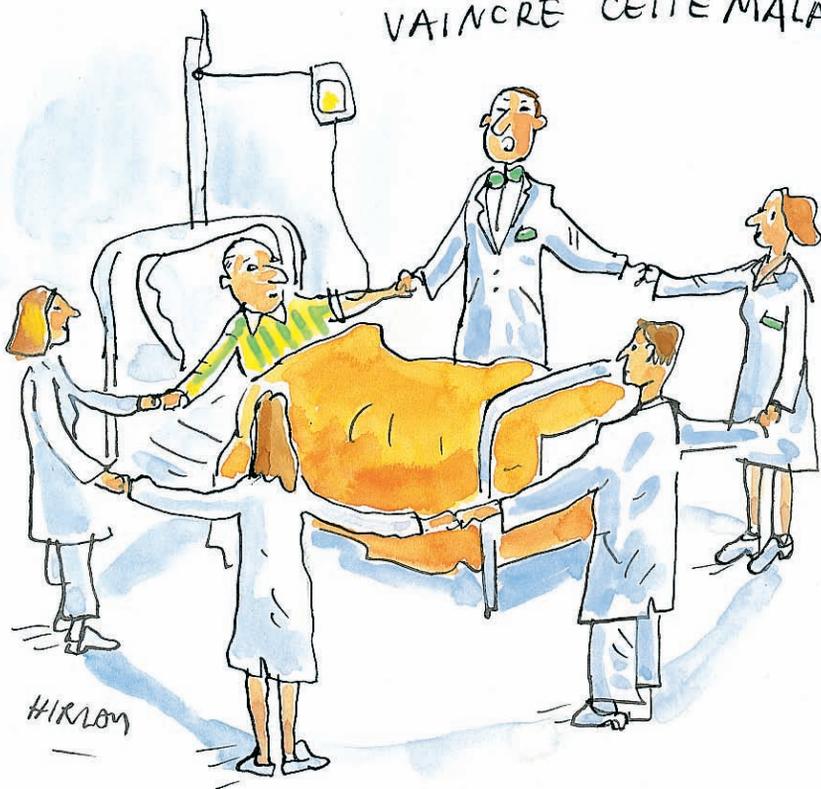
Comment prendre en compte la dimension interactive de la violence et comment traiter d'un comportement sans traiter de la pathologie qui induit ce comportement ?

Il ne nous appartient ni de juger ni de condamner la violence du patient et pas davantage de nous engager dans la dénonciation d'actes particuliers chez les soignants. Seule une question nous intéresse à laquelle nous ne saurions répondre à la place d'autrui : *pourquoi faire mal quand nous avons mal ?*

Les recettes ne sont guère probantes ni existantes pour enrayer ce comportement, en revanche rien ne nous soustrait à nos propres interrogations en ce qui concerne nos réactions et nos motivations à l'égard de nos fonctions professionnelles. Le choix du métier, puis du secteur, puis de la population des malades dont nous avons la charge nous semble un deuxième paramètre interrogatif essentiel pour comprendre nos dérives et tenter d'y remédier. *Pourquoi avoir choisi de travailler dans ce secteur ?*

Une troisième interrogation porte sur nos moyens à mettre en sens les actes de nos patients. En connaissant mieux certaines pathologies mentales, nous allons à la rencontre de l'autre d'une manière plus consensuelle et avec moins de crainte. Or, nous savons que la violence et la maltraitance, en général (pas toujours) règnent davantage lorsque l'autre nous indiffère ou ne nous apparaît pas normal. *Que signifie la violence des malades mentaux ?*

-NOUS ALLONS
VAINCRE CETTE MALADIE!



I. VIOLENCE ET MALADIE MENTALE : la violence comme symptôme

Paroles de malades : « On n'est pas comme les autres quand on est enfermé ».

**« Je vis dans mon monde, c'est mon monde à moi
et pas tout à fait la vie réelle ».**

Paroles de soignants : « On apprend beaucoup avec les malades notamment à temporiser et à moduler ».

**« Tous les jours, on reçoit des leçons de courage et de volonté qui
se traduisent par des petits gestes et des progrès ».**



L'agitation du malade et ses conduites agressives : colère pathologique, confusion, alcoolisme, toxicomanie en manque... oblige le soignant à évaluer d'une part sa dangerosité pour **se** protéger, et d'autre part les risques suicidaires pour **le** protéger. Il se doit de mettre également en place des qualités psychologiques et comportementales comme l'écoute, la dédramatisation, l'attitude sécurisante et la vigilance.

Le secteur psychiatrique plonge d'emblée le soignant dans un monde à part dominé par les expressions de souffrance psychique. Application de réponses-ressources et mise à distance lui sont donc indispensables pour contourner les réactions en miroir dans une escalade sans fin.

Cas clinique

Monsieur Y. est arrivé directement des urgences au service de psychiatrie.

A 80 ans, il tient des propos incohérents. On apprend que la nuit, il met la musique très forte, n'arrive plus à dormir et manifeste un état général d'excitation. Sa femme a joint une équipe d'intervention qui se rend au domicile des appelants. Puis, sur les conseils du médecin, elle a décidé de l'hospitaliser. Seule, elle admet ne plus pouvoir affronter la situation. Durant la première nuit d'hospitalisation, Monsieur Y. se lève et frappe de plusieurs coups de canne son voisin hémiparétique qui hurle, faisant ainsi accourir l'équipe de soins. Celle-ci s'efforce de le calmer, mais Monsieur Y. se débat avec violence. On finit par le remettre de force dans son lit, puis par l'attacher et enfin, par lui injecter une dose de neuroleptique.

- Perturbation du sommeil.
- Agitation avec coups.
- Altération des facultés intellectuelles par confusion... les symptômes pathologiques du patient sont chargés de violence.

Le rôle du soignant est double et se décompose ainsi : l'évaluation des risques encourus pour le malade et pour les autres, et l'évaluation du danger pour lui-même.

- La vigilance était-elle suffisante ? Rester en contact permanent avec le malade en surveillance est un acte thérapeutique de base en psychiatrie, soit pour l'évaluation du risque suicidaire, soit pour la prévention d'un passage à l'acte violent.

- Mais pourquoi n'a-t-on pas pris la précaution de placer le malade en chambre seule ?

- Et si on avait évité de le laisser dans l'obscurité une première nuit, n'aurait-on pas évité que son état confusionnel se double d'une angoisse manifeste ?

Pratique reconnue difficile, la question du soin, de l'issue et du sens du soin est posée.

- Comment s'initier à la violence d'autrui sans se laisser happer par sa propre violence ?

- Comment croire à son métier de soignant lorsque l'on pense que la majorité des patients ne seront jamais guéris ?

- Quel sens donner à l'étrangeté et l'inacceptable ?
- Comment admettre qu'ils soient dépendants de notre société ?

Malades difficiles car tellement perturbés, que les codes du dialogue ne riment à rien, le soignant face à la maladie mentale est désorienté, et les situations deviennent explosives.

- Son espace : l'enfermement.
- Ses conditions de travail : généralement plus mauvaises que les autres.
- Sa formation : aujourd'hui réajustée, avant très insuffisante.
- Ses responsabilités : une fonction qui évolue nettement, alors qu'elle fût très longtemps proche du gardiennage.
- Son image : peu valorisée.
- Sa spécificité médicale : une aventure qui nous plonge dans les abîmes de la folie et de l'inquiétude, qui transforme notre regard sur le monde, qui nous influence.



Que retenir ?

Hospitalisation et placement du malade

Le placement du malade mental se faisant souvent à son insu, la première relation est parfois tragique. Car rien ne vient étayer la demande d'aide. Plus soucieux de s'échapper que de se soigner, le malade s'oppose alors que le soignant s'impose. Cette relation thérapeutique inversée produit d'emblée une dichotomie entre l'attente de l'un et les aspirations des autres. La conduite d'opposition domine et seul l'espace transactionnel ouvre la voie de la relation de soin. C'est ainsi que le milieu psychiatrique reste un lien scénique souvent plus violent qu'un autre.

Violence et système de défense chez le soignant

La violence en psychiatrie s'explique en partie par les comportements modifiés des soignants.

Le prototype du fou étant perçu comme capable de violence gratuite, il fait d'emblée peur. Ce qui incite le soignant à mettre en place un système de défense qui se veut protecteur. Ainsi, il peut choisir de se mettre à distance en endossant une attitude qui tend à être autoritaire, directive et parfois agressive (mieux vaut prévenir que guérir, nous allons le maîtriser avant qu'il nous agresse).



Se sentant dans l'extrême et déstabilisé par la dimension étrange et différente des critères de normalité habituels, le soignant garde en lui une représentation uniforme du malade et s'engage dans une relation pervertie par la méconnaissance, le non-sens, l'angoisse, la peur et le besoin de se sécuriser.

Montrer sa peur soit dans un comportement d'opposition, et/ou d'évitement, ou dans une conduite de contraintes imposées et renforcées du type « *tu ne me fais pas peur, tu vas voir qui est le plus fort ici* » est une violence qui tue le respect. Elle fait d'une personne un malade-objet.

Réponses ?



Pour comprendre sa propre violence, comprenons la violence du malade

- La violence est parfois le seul moyen possible pour s'affirmer et quitter l'arbitraire.
- Elle est parfois aussi le seul moyen pour quitter l'autre et rompre avec une situation.
- Elle est une contre-violence : des gestes contre des mots, (une

violence physique contre une violence verbale), une escalade corps contre corps.

- Elle est un symptôme, souvent une détresse. Derrière elle, se cache une pathologie et une profonde souffrance, un cataclysme, une blessure au fond de soi qui ne se reconstruit pas. La violence est donc réactionnelle et inhérente à ces maladies. Elle n'est donc pas isolée d'un ensemble, mais s'inscrit comme l'illustration d'une histoire et d'une maladie. « La folie n'est pas dans une personne, mais dans un système de relation » ; ce qui laisse à penser que la soustraire de son système lui ôte ses symptômes. Ni figée ni fatale, la violence évolue. Elle doit être comprise pour être apprivoisée.

- Par ailleurs, cette violence est souvent amplifiée ou déformée par le regard extérieur, comme si être malade mental ne préservait jamais d'une possible violence.

- Elle peut « arranger » l'autre qui se sert de la personne violente, comme d'un bouc émissaire ou d'un exutoire.

Pour diminuer la violence du patient, apportons-lui du soutien

*** Le groupe de paroles pour les malades**

Prévenir la violence des malades prévient celle des soignants.

La mise en place des groupes de paroles pour les malades est une parole qui circule et qui remplace le silence, les cris dans l'asile. Ces groupes aident les malades à mettre du sens derrière leur angoisse.

*** L'aide à la réinsertion sociale des malades**

La particularité du métier de soignant en psychiatrie est de travailler sur plusieurs dimensions : médicale, thérapeutique et sociale. Souvent en situation de désinsertion, ces malades entrent et sortent de psychiatrie. Leur sens de la réalité déformé et leur fragilité ne les met pas à l'abri de récurrences. On revoit les mêmes d'où des mesures d'ouverture sur la médecine de ville et des mesures sociales de prise en charge au niveau logement et travail. Ce qui implique une collégialité hors des murs de l'hôpital.

Faire confiance au malade mental une fois stabilisé par les médicaments passe par l'aide à la réinsertion. Ce qui ne va pas sans un nouveau regard. L'étiquette du fou est entachée du qualificatif dangereux, équation simple qui renvoie pourtant presque à l'inverse : qui est violent ? La société enfermante et rejetante ? Comment ne

pas agresser s'ils sont eux-mêmes agressés ? Leur violence la plus courante est l'autoviolence par suicide ou mutilation. Retournée sur autrui cette violence n'est-elle pas à mettre en lien avec le mal qui leur est fait ?

**« Faites confiance au malade, redorez le blason du fou ! »
(Paroles d'un malade schizophrène)**

**« On leur fait plus mal qu'ils ne font mal, car ils sont très sensibles.
Leur faiblesse c'est leur sensibilité ».**

Lorsqu'un malade est au cœur de sa souffrance, souvent une histoire d'amour déchirée – ancienne, primitive, parentale ou à l'âge adulte, mais dont la blessure a fait effraction –, si nous ne l'aidons pas à se repérer par une prise en charge globale, sa violence ne sera-t-elle pas à la hauteur de celle qui lui est faite ?

La maladie mentale effraie entre autres parce qu'elle est inconnue, éloignée, emprisonnée. Il nous faut l'appivoiser.

« Un malade a besoin d'amour. Il a besoin qu'on l'aide et pas qu'on le renie. La maladie mentale, ce n'est pas une honte, il ne faut pas avoir de préjugés ».

Pour soutenir les soignants, agissons avec eux

*** Les recherches des soignants**

Faire de la recherche quand nous sommes soignants revient à réfléchir, faire avancer les pensées, remettre en cause les pratiques, se critiquer... Nous ne connaissons pas tout de la maladie mentale... Elle peut nous surprendre.

*** La formation et le soutien**

Le malade est avant tout un homme. Or, il est parfois pris comme bouc émissaire. Même les plus atteints ont une parcelle de subconscient à laquelle on peut parler. Connaître la pathologie, oui si elle s'accompagne d'amour et de soutien. Les hypothèses expliquant la maladie mentale restent floues : bagage génétique, expériences précoces, environnement défavorable... Si l'hôpital reproduit une

part des traumatismes, l'enfermement des soignants qui se protègent par repli sur eux-mêmes n'est pas sans rappeler les systèmes de défense de leurs patients. Groupes de paroles, soutien, formation, dynamisent et accompagnent les conduites. Le regard que le soignant porte sur le patient a un impact considérable. Souvent le « fou » a conscience de sa maladie. Un regard négatif et craintif détruit et produit de la violence qui s'enchaîne en escalade.

L'infirmier aide à l'écoute active. Une particularité développée de son acte de soins. La relation d'aide ne va pas de soi lorsque la dimension de l'inconnu et de la folie entrent en compte.

II. VIOLENCE ET GÉRIATRIE : maltraitance sur personnes âgées

Maltraitance, brutalité, contrainte, sévices, le vocabulaire est riche pour souligner les différentes formes de violence. En institution pour personnes âgées, il est plus habituel de parler de maltraitance. Il s'agit là d'un comportement qui génère de la souffrance sans avoir toujours conscience que ce que nous produisons est une conduite coutumière malveillante, blessante voire même agressive dictée par un contexte professionnel sur lequel nous ne réfléchissons pas. La malveillance en effet se rattache souvent à une pratique institutionnelle exerçant sa pression sur les résidents. Prévenir la violence repose donc sur la prise de conscience de nos pratiques.

Paroles de vieillards :

« On est bon à rien ».

« On devient presque encombrant, gênant ».

Paroles de soignants :

« On veut qu'ils partent sereins, mais s'il y a souffrance morale, c'est très dur, leur départ est trop tardif ».

« Ils ne sont pas faciles, lents, sourds, dégradés, parfois ils sentent mauvais, y'a des moments où on n'arrive plus à les regarder ».

La vieillesse est une période de la vie où se développent les états dépressifs et les manifestations démentielles. Un temps de vie qui



nécessite un rééquilibrage face au temps qui passe et à l'approche de la mort. Privation de ses habitudes, éloignement des siens, perte de repères, deuils répétés, dégradation physique et psychologique, la vieillesse est une accumulation de déceptions et de souffrance.

La personne âgée pose sur elle-même un certain regard dénué d'estime de soi « *Je ne suis plus ce que j'étais* », doublé d'un sentiment de vide qui se communique au soignant qui pense « *Un jour, moi aussi je serai comme eux* ».

Nous pouvons nous faire englober par l'angoisse et la dépression, et la maltraitance est parfois la réponse inconsciente à ce ressenti. Qui agresse fait l'aveu de sa faiblesse et/ou de sa peur. L'agressivité est une réponse comme la fuite en est une deuxième. Faire face en anticipant ou s'éloigner, sont des comportements réactionnels à une inquiétude qui mobilise notre énergie physique et verbale.

De très nombreuses formes de maltraitance trouvent à s'exprimer. L'imagination en matière de destruction est malheureusement illimitée.

a) Qu'est ce que la maltraitance ?

- Des violences physiques par négligence, comme par exemple bousculer la personne, conduire un fauteuil sans précaution en le

cognant contre les murs. Ce qui occasionne des hématomes ou des lésions au vieillard, sa peau très fragile se couvrant de bleus ou s'infectant. Attendre trop longtemps avant de le soigner ou laisser un pansement sale. L'attacher trop systématiquement au fauteuil.

- Un usage intensif de médicaments, de calmants et d'antidépresseurs.

- Des privations de toutes sortes qui ne prennent pas en compte les besoins et les désirs. Une frustration à répétition comme l'enfermement dans la chambre.

- Un chantage affectif et des spoliations (plus courante dans la maltraitance familiale qu'hospitalière). Ainsi, un fils fera le chantage suivant à sa mère « *Si tu ne me donnes pas d'argent, tu ne verras plus tes petits-enfants* ».

- Des actes de soins et de confort différés comme ne pas changer une couche, ne pas répondre à ses appels, ne pas écouter ni répondre.

- Une absence de convivialité pendant les repas. Tels que le manque d'aide, le manque de temps pour manger, la cuillère qui force l'ouverture de la bouche, les aliments tous mélangés dans l'assiette -des légumes à la compote-, et le pain trempé dans la soupe car ramolli il passe plus vite ; et même... terminer avec une cuillerée d'huile de ricin pour que ça glisse mieux !

- La brusquerie d'un mot ou d'un geste et l'injonction avec tutoiement comme par exemple « *Arrête de bouger* ». Le tutoiement engage dans une relation de dépendance renforcée et autorise une relation de dominant-dominé inconsciente ; comme si le soignant détenait le pouvoir parental et le patient le rôle d'enfant.

- L'occultation de l'identité comme dire « *Mémée* » ou « *Mamie* » au lieu de « *Madame A.* »

L'acte de soins ne peut-il se faire sans y mettre de la tendresse ? La personne âgée redevient à bien des égards un enfant. Dans sa régression ne peut-elle être dorlotée, rassurée, écoutée ?

Depuis que la vie est vie, une personne âgée a le droit de « s'en aller » en ayant une qualité de vie préservée. Elle n'est pas encore morte, elle vit. Parallèlement, le soignant a besoin de souffler. Dans



cette interactivité s'inscrit une transaction pas toujours commode à établir, alignée autour de deux histoires et de deux fonctionnements. Pour compliquer le tout, la notion du temps les oppose, d'un côté le soignant pressé, de l'autre la vieille personne hors du temps.

La vulnérabilité du vieillard en fait une victime potentielle. Il ne se défend pas ou mal. Il représente une bouche à nourrir alors qu'« il est inutile ». Il fait horreur et « dégoûte ». Il nous met en face de notre angoisse de mort, une réalité heurtante qu'il nous faut apprivoiser. Rajoutons la charge de travail souvent excessive du soignant, se conjuguant avec des conditions de travail parfois vétustes ; tous les facteurs de risque de la maltraitance sont réunis.

b) Comment éviter de se laisser aller à la maltraitance ?

Réponses ?



* Ne pas s'isoler

Nous avons quelquefois honte lorsque nous n'arrivons pas à faire face. La blouse blanche n'a jamais rendu infailible. Demander de l'aide, chercher un soutien, poser le constat de son impuissance sont des réactions préventives normales. Elles ne nous feront pas pour

autant passer pour un soignant incompetent, mais pour un professionnel qui connaît ses limites, et tente d'y faire face de façon cohérente et objective. Ne restons pas seul avec nos problèmes.

** Parler*

Le groupe de paroles offre en complément du refus d'isolement une opportunité pour réagir et réfléchir autour de sa pratique grâce au repérage de nos fonctionnements :

- nos mécanismes de défense : identification, projection...,
- nos émotions : rejet, tendresse, agacement...,
- nos limites : saturation...,
- nos comportements : identifions notre agressivité, l'évitement, la surprotection...

Grâce à notre remise en cause dans nos gestes, nos conduites, nos directives et en acceptant de modifier nos réactions/réflexes et d'assouplir nos règles organisationnelles.

« Quand nous saturons parce que nous sommes nous-même en souffrance par rapport à leur souffrance, à ce moment là, on se réunit et on en parle. Mettre des mots sur notre mal-être permet de réaliser que nous ne sommes pas forcément en échec. Si on sait qu'on fait ce que l'on peut sans pouvoir faire autrement, et si cela est exprimé, alors on contribue à une fin de vie la mieux possible ».

** Être solidaires*

Avant l'usure, passons la main lorsqu'un malade nous fatigue démesurément par sa pathologie trop lourde. Acceptons d'en prendre conscience. Laissons le collègue prendre le relais avant que le trop plein se décharge en agressivité.

**« Quand on a des patients très durs,
il faut se relayer tous les jours ».**

**« S'occuper de la même patiente pendant sept jours,
on va certainement dérailler ou on va l'envoyer paître,
ou si on est intelligent, on quitte la chambre.
Sinon c'est sûr qu'on va déborder sur quelque chose ».**

** Repérer sa propre sensibilité face aux pathologies*

Repérons les comportements difficiles ou agressifs des patients et associons-les à nos réactions. Nous nous apercevrons que face à certaines maladies, nous tolérons des écarts contrairement à d'autres

qui nous semblent insupportables. En effet, personne ne porte les mêmes tolérances. Certains par exemple seront à l'aise avec la maladie d'Alzheimer, d'autres avec la dépression, d'autres encore avec l'hystérie... Notre professionnalisme dépend de nos sensibilités. De ce fait, nous n'agissons pas de la même façon avec tout le monde.

C'est pourquoi, n'hésitons pas à passer la main comme nous l'avons vu, mais prenons aussi conscience de nos limites. Plus la pathologie nous paraîtra lourde, plus nous aurons intérêt à la mieux connaître avant de croire qu'elle nous insupporte. Car le plus souvent, ce qui nous dérange chez l'autre, est le trait de caractère le plus proche de nous-même. Notre désir de connaissance d'autrui passe par la reconnaissance de nous-même à travers l'autre. Prenons l'exemple d'un soignant qui ne supporte pas sans impatience le malade dépressif. Dans ce rejet peut transiter sa propre lutte contre sa propre dépression. Inversement, il aurait pu tout aussi bien se sentir attiré par la vieille dame triste. Celle-ci lui rappelle une personne qu'il a fortement aimée et qui avait ce même regard.

Lorsque nous identifions nos réactions en les mettant en lien avec notre histoire, nous apprenons à tolérer ce qui chez l'autre était dérangeant de prime abord pour nous-même. La connaissance de soi permet d'anticiper sur nos réactions.

* Développer son sens imaginaire

- La distribution des médicaments :

Les avez-vous goûtés ? Un liquide amer, d'un goût infect qu'il faut chaque jour avaler ! Qu'est-ce qui vous empêche de faire de la distribution des médicaments, un temps moins pénible pour tous ? Un sucre sur lequel vous mettez les gouttes ou un mélange avec un peu de confiture, et vous atténuez les effets rébarbatifs du traitement.



- Elle va prendre
son médicament
Mamie ...

...
sinon
pas de
yaourt !



- *Le coup de fil qui calme :*

La personne âgée anxieuse est envahie parfois par la tristesse, réclame une visite, s'inquiète de ses enfants, monologue longuement l'air malheureux, sollicite l'infirmière qui la calme deux minutes, puis elle recommence. Cette tristesse du vieillard est récurrente, l'entourage familial lui manque. A force d'entendre chaque fois ces lamentations, le soignant finit par ne plus les supporter. Il lance un mot de consolation et disparaît. Il évite le malade, il opte pour un comportement proche de la maltraitance en le laissant seul face à son angoisse.

Et pourtant, il suffit que l'infirmière donne un simple coup de fil à l'entourage du patient pour calmer tout le monde. Ce petit geste réduit l'anxiété du patient et ... du soignant.

* *Respecter le désir du malade*

L'institution a ses règles de collectivité et d'efficacité auxquelles se plient les malades. Est-on obligé de leur imposer dès leur arrivée un nouveau fonctionnement hospitalier ? N'est-il pas souhaitable de leur laisser un temps d'adaptation ? « *Laisser le temps au temps* », une façon de ne pas les castrer et de prendre en compte ... leur désir.

c) A propos de pathologies qui « appellent » à la violence

* *La maladie d'Alzheimer*

Une personne sur quatre en France est touchée par cette maladie après 80 ans. Cette forme de démence grave entraîne des troubles du comportement comme la perte de la mémoire et les violences incontrôlables. Pas de retour gratifiant pour le soignant, la maladie d'Alzheimer prend tout et ne donne rien.

« *Y'a maltraitance et maltraitance. Je l'ai pas voulu. C'est comme un enfant quand il vous énerve. Au bout d'un moment, vous vous énervez automatiquement. Bon, c'est pareil, quand on est avec quelqu'un atteint de la maladie d'Alzheimer, y'a un moment où il y a de l'incompréhension, et vous-même vous perdez vos moyens et vous arrivez à vous énerver. C'est là que ça devient intolérable pour les deux* ».

La maladie d'Alzheimer nous prive de celui que nous avons connu et aimé. Il devient autre. Pour le proche, c'est parfois si difficile qu'il l'abandonne à l'institution d'accueil. Pour le soignant, il apprend à ses dépens à côtoyer un malade de plus en plus lourd de par ses comportements de violence et son impossible communication.

* *La dépression*

La dépression est une maladie relativement répandue mais assez

atypique pour passer inaperçue. En effet, on retient habituellement une tristesse voyante s'accompagnant de perte d'intérêt et d'énergie dans le quotidien.

En réalité, nombre de dépressions donnent le change. Une des caractéristiques du « visage de la dépression » est une conduite d'agressivité, d'opposition et de blocage. L'humeur est altérée et la personnalité fragilisée ce qui rend le patient sensible et susceptible.

La dépression du grand âge se repère encore par l'insomnie, l'anorexie, l'asthénie physique et psychique et les plaintes hypocondriaques. Sur le plan comportemental, méfiance, interprétation de type accusation et oppositions sont également courantes.

Sachons-le, la forte agressivité du malade dirigée autant vers l'environnement que vers lui-même, n'est pas intentionnelle, mais le symptôme de sa pathologie, comme dans la maladie d'Alzheimer.

III. PROPOSITIONS AUTOUR DE LA PSYCHIATRIE ET DE LA GÉRIATRIE

a) Côté soignants

** L'organisation du travail*

Il convient de s'organiser autour de règles particulières, pour tenter d'harmoniser la complexité des rapports.

- Les conditions de soins sont parfois précaires, les locaux guère rutilants malgré une politique d'amélioration constante. Le personnel est restreint ou insuffisamment préparé. Les infirmières ne sont pas assez valorisées. Il y a confusion des tâches, ce qui est une pratique habituelle. Les malades sont présents dans la durée, parfois harcelants, plus destinés à récidiver ou à mourir...

- La gestion du temps et de sa souplesse, la bousculade, la tension... font de l'organisation une priorité compensatrice.

Cas clinique

« J'ai 25 malades qui attendent, j'ai pas que ça à faire, j'ai pas le temps d'attendre que la soupe refroidisse ».

Certains services d'hospitalisation en long séjour confrontés à l'agressivité entre soignants et soignés ont jugé opportun de toucher à l'organisation du travail, notamment à la distribution des repas et aux toilettes. Initialement, les malades étaient lavés, puis emmenés à la salle à manger, le tout dans la bousculade et la précipitation.

Le personnel soignant a mis en place un service dans les chambres pour les malades dépendants et un service en salle à manger pour les malades autonomes. Il a ainsi été institué une qualité de vie et de confort nouvelle pour les personnes âgées et une innovation dans l'organisation du travail remaniée, puisqu'il a fallu repenser la distribution des tâches et les horaires pour le personnel. Le transport de tout le monde en chaise trois fois par jour a été stoppé et un rythme nouveau a fait son apparition, avec déjeuner d'abord, toilette ensuite.



Que constater ?



Obligation a été faite de modifier les habitudes pour un résultat plus souple et moins « souk », ce qui n'a pas été sans résistances : aménagement du temps de travail avec les trois équipes, contrôle du cadre dans un premier temps, remise en cause de l'auto-gestion, incidences sur la vie privée qu'il a fallu réorganiser, les soignants ont réagi longtemps.

Les résultats ont rapidement montré que les malades mangeaient mieux et se montraient moins stressés et moins tristes. Le facteur temps - puisque avec un rythme moins bousculé la toilette suivait tranquillement le repas - et le facteur douceur ont contribué à l'équilibre psychologique des patients. Les incidences finales de cette organisation ont fini par produire leur effet sur l'équipe. Elle a compris qu'elle gagnait en conditions de travail, l'ambiance s'étant améliorée, moins de précipitation et plus de motivation au travail.

Reconsidérer la place de la personne âgée n'est-ce pas une affaire collective ?

La violence en gériatrie est le plus souvent le produit d'une autre violence qui n'est pas exprimée, qu'elle soit du ressenti psychologique ou en lien avec le fonctionnement institutionnel. En effet, ces services sont souvent moins bien dotés que d'autres. En ne considérant pas la personne âgée, on ne considère pas davantage le soignant qui y travaille. Il arrive qu'avec une modification de fonctionnements ancestraux, l'appel d'air que procure la restructuration dévie les violences.

L'effet du vieillissement avec ses handicaps et l'approche de la mort doivent rester une préoccupation constante. Aujourd'hui cela touche le patient, demain ce sera nous-même. Cette épreuve, car c'en est une, demande soutien et accompagnement du corps soignant. Diminution physique et psychique se doublent parfois de symptômes dépressifs. La gériatrie reste un des services les plus lourds du secteur hospitalier.



Que retenir ?

La maltraitance du soignant provient aussi de la maltraitance institutionnelle qu'il subit.

La violence est interactive. Stress et détresse se percutent et s'auto-alimentent, produisant de la souffrance et de la violence réciproques.

- Généralement, deux situations le permettent :

Parce que l'un est mal, il agressera l'autre dans une relation dualiste. Plus qu'un choix de personne, nous aurons une rencontre plus ou moins fortuite avec une mise en scène qui s'y prêtera, un clash dû à une collision d'émotions et de fatigue.

- Il arrive pourtant que dans ce lien qui se tisse entre soignant-soigné, nous construisions notre mésentente par un comportement qui déroge aux règles du respect et de la tolérance et renvoie à nos sentiments. Dans ces cas, nous sommes responsables de nos débordements dans la mesure où il n'y a pas de hasard, mais une production mal orchestrée entre les émotions et le savoir-faire.

Émotions d'une part, sentiments d'autre part, la relation se nourrit de ces états. En psychiatrie et en gériatrie, il est peut-être plus compliqué qu'ailleurs d'apprendre à vivre avec une population d'aliénés et de personnes âgées, qui ne nous est guère familière, et vis-à-vis de laquelle nous ne sommes ni formés ni éduqués.

Dans cette interactivité, des propositions s'organisent pour chacun des acteurs sur la base d'une ordonnance individuelle, organisationnelle et institutionnelle.

*** Les réunions de synthèse et le soutien du personnel**

Elles sont des temps forts pour évacuer les tensions. L'écoute du personnel est-elle accompagnée par un expert ? Le psychologue autorise l'expression de détresse du personnel *« vous avez le droit de dire que vous ne supportez plus vos malades, qu'ils sentent mauvais, qu'ils vous épuisent... car c'est une réalité normale »*. *« Vous avez le droit de craquer »*.

L'écoute est un relais. La parole est thérapeutique.

*** La formation**

Pas d'amélioration de la qualité des soins sans formation régulière du personnel. Le milieu hospitalier voit affluer de plus en plus de sujets dépendants, déments ou désorientés. Une meilleure connaissance

des maladies et de l'approche relationnelle n'évite-t-elle pas le naufrage ? Communiquer sans s'épuiser : un défi pour la gériatrie et la psychiatrie du XXIe siècle ?

*** La mixité de l'équipe**

Un homme soignant rassure l'équipe féminine et peut, s'il est très costaud, être intimidant physiquement, mais la femme a une force de persuasion plus efficace. La mixité est équilibrante et rassurante.

b) Côté patients

La gériatrie et la psychiatrie sont parfois les seules réponses refuges. On connaît la défaillance des structures sociales malgré l'effort notoire qui est fait pour l'enrayer. L'entrée en institution est une rupture posée avec son passé, une véritable violence, une sorte de deuil. En perdant ses repères, on renonce à ses habitudes et à ce qui constituait son histoire. Les stimuli-sensoriels sont bouleversés, ce ne sont plus les mêmes bruits, les mêmes odeurs, ni les mêmes goûts. Avec ce nouveau domicile se profile plus nettement l'image de la mort pouvant figer de nouveaux investissements.

*** L'accueil des personnes âgées**

L'arrivée du malade demande une prise en charge immédiate, et non huit jours plus tard. L'hôpital Émile Roux, à Limeil-Brévannes dans le Val-de-Marne, a mis en place une consultation spécialisée nommée « unité d'accueil et d'orientation » pour personnes âgées. Lors d'une consultation précoce, une équipe examine les malades arrivés aux urgences et les oriente directement sur le service de gériatrie adapté. Un bilan gériatrique aboutissant à un diagnostic est fait avec la mise en moyen direct des soins nécessaires. L'expérience a prouvé que la durée de séjour des malades a diminué.

*** L'environnement**

L'expérience montre que l'environnement apaise les tensions. Des murs repeint de couleurs gaies, un parfum agréable, sont des réponses peu coûteuses. Et la nourriture ? Une chaîne froide de restauration réchauffée au micro-onde dans une salle non accueillante a-t-elle de quoi exciter les papilles des malades ? Le soin corporel touche au plaisir des sens.

* Le soutien des patients

En réhabilitant le plaisir et le sens de la vie, le psychologue, les bénévoles, les animateurs... par leur écoute favorisent chez les patients une dynamique en leur « prêtant » leur élan et leur optimisme.

**« Chacun de nous peut être maltraitant parce que nous avons un passage à vide, un instant de dépression, un moment où notre tolérance s'épuise, où nous ne pouvons plus nous contrôler »,
Robert Huguenot, médecin gériatologue.**

« Il faut que la société change son regard sur elle-même. C'est trop simple de désigner une population en s'en excluant alors qu'on peut tous devenir un jour malade à un moment de sa vie et qu'on sera tous vieux. C'est trop facile de projeter sur l'autre ce qui en réalité est notre histoire propre ».

En conclusion,

Poser la question de notre violence revient à réfléchir sur nos comportements, car nous souscrivons à des modèles de fonctionnements parfois subtils et pas toujours conscients qui nous enferment dans notre démarche de soin. En reconnaissant l'existence de notre violence, nous mettons du sens sur nos actes qui renvoient à nos peurs primitives.

Le malade est en situation de soumission par sa position allongée, par son âge et par sa folie. Il déclenche en nous des réactions de pouvoir, actes posés en écran face à notre vulnérabilité et nos craintes les plus archaïques.

La violence libère une tension psychique que l'événement s'approprie alors qu'elle est enfouie au cœur de nos angoisses. Travailler sur sa violence revient en même temps à ouvrir la voie de notre connaissance et de nos impuissances apprises.



D. LES RELATIONS CONFLICTUELLES DANS LES ÉQUIPES

Les services sont des microcosmes s'étayant sur les mêmes bases sociologiques et psychologiques que la société avec ses échecs et ses réussites, ses défauts et ses qualités. Les événements qui s'y passent ont valeur d'exemple tant nous reproduisons au travail ce que nous sommes à l'extérieur. De plus, nous y observons l'existence d'un



paramètre supplémentaire, l'obligation de réussite professionnelle, la dimension vitale étant au cœur de ce processus.

Qu'il existe des relations conflictuelles dans les équipes paraît logique ! Nous ne nous entendons pas avec tout le monde, et portés par un stress lié à l'angoisse du contexte professionnel, nous sommes moins enclins à tolérer l'intolérable. Par ailleurs le contexte hospitalier a un fonctionnement particulièrement affectif qui « autorise » les excès comportementaux, véritable soutien et piège à la fois. Dans ce paradoxe de vie où se côtoient la vie et la mort, où se mêlent la protection et le rejet, peut-on réguler l'humeur sociale ?

I. LES CAUSES CLASSIQUES DE MÉSENTENTE

L'accueil insuffisant, le comportement affectif, le pouvoir, la rivalité, la jalousie et l'inégalité des tâches sont les paramètres à la base des relations conflictuelles.

a) L'absence d'accueil

Accueillir, le terme est tellement usuel qu'il en perd de son sens. Les séminaires et autres actions de formations ont tous proposé d'y réfléchir à tel point que ce savoir-faire si essentiel, est aujourd'hui banalisé. Or, qui sait accueillir autrement que par une conduite réflexe assez inappropriée ? Qui n'a pas subi lui-même l'agression d'un accueil absent ou heurtant avant de le reproduire à son tour ? Le scénario se répète et signe l'indifférence qu'on lui porte.

- « *Pour votre intégration, vous pouvez vous débrouiller ?* » Le directeur n'a pas été plus loin et son futur collaborateur, sans autre préavis, s'est vu éconduit. Bureau, chaise, table, tout cela est à voir plus tard, on le met immédiatement dans l'ambiance de l'urgence.

- « *Commencez tout de suite, mettez vos affaires là, on verra ça plus tard* », et le soignant de se voir tenu de déposer son manteau et ses affaires comme un paquet qu'on lâche.

- « *Ah ! on est bien content que vous soyez là. On a besoin de vous à la salle X. Votre collègue va vous y emmener* », et l'infirmière de suivre sans être présentée ni avoir eu connaissance des lieux.

Pas de méchanceté ni de volonté de nuire intentionnellement, mais une désinvolture, une rapidité du fonctionnement et une absence de chaleur qui font du mal. Ne sommes-nous que ça, un travailleur avant d'être une personne ? Quelle place avons-nous si on ne nous donne pas de place matérielle ? Comment se situe-t-on sans repères et sans présentation ?

Quelles réponses ?



L'accueil est plus qu'un temps de rencontre, il est un climat qui détermine les futurs liens. En veillant à la réception du nouveau venu, nous nous allégeons d'une bonne dose de soucis futurs.

Mais aussi :

- Une main tendue, un sourire décontracté et le désir de se présenter.
- La ponctualité qui évite que la personne se sente « oubliée ».
- La phrase qui détend et qui met à l'aise.
- L'entretien qui ne dévoile pas que des informations pratiques mais qui permet la mise en confiance.



Que retenir ?

Nous induisons chez l'autre ce que nous sommes, c'est ainsi, et bien des situations conflictuelles naissent à partir de ces petits riens, tel un temps d'accueil qui ne pèse pas en face du « *On a mieux à faire en s'occupant de choses sérieuses auprès des malades* » ? Or, nos réactions plus tard s'aligneront sur ce premier schéma. De même qu'un premier graffiti incite à noircir le reste du mur, un premier geste déterminera le comportement du nouveau venu.

Un accueil bien conçu pour un agent a lieu au même titre que l'accueil du malade lorsqu'il entre à l'hôpital. Plus cet abord sera clair et assuré dans une ambiance chaleureuse, plus nous aurons le désir de travailler et serons en position de force. Plus nous arrivons « comme ça », parachuté, non préparé, tenu de découvrir comment fonctionne



le service, alors que c'est au service de présenter ses objectifs et ses fonctionnements, plus nous aurons ensuite tendance à nous replier sur nous-mêmes.

Accueillir revient à veiller à ne pas entrer en collision. Empathie ou méfiance, il faut choisir.

b) Le comportement affectif

« Y'a ceux qu'on aime et ceux qu'on n'aime pas ». « Y'a ceux avec lesquels on fait la bringue, ceux avec lesquels on ne la fera jamais ». « Y'a ceux qui ont des difficultés, qui sont un peu fragiles ». Y'a toujours une raison qui justifie la protection et la démonstration affective jusqu'au jour où vous ne l'entendez plus ainsi.

A titre d'exemple, comment garder sa neutralité et son objectivité propres à la résolution des conflits lorsque celui qui arrive en retard était de sortie avec vous la veille. Ou lorsque ce collègue, refuse d'aménager ses horaires invoquant des raisons personnelles auxquelles vous souscrivez et auxquelles vous êtes sensible, ou parce que encore « si ce n'est pas vous qui le comprenez et le soutenez, qui va le faire ? On est là pour s'entraider ».

La juste distance, ni familière ni trop distante, influe le lien entre membres d'un même service. Or, le comportement affectif semble une constante dans le milieu hospitalier.

- Sommes-nous entre nous comme nous sommes avec les patients ?
- Notre attitude empathique est-elle une règle de fonctionnement sans discernement ?
- Notre aptitude à la distanciation est-elle insuffisante ?

Les rapports avec les collègues d'une part et avec l'encadrement et les soignants d'autre part ne fonctionnent pas de la même façon qu'entre le corps médical et le corps soignant.

- Est-ce parce que nous sommes plus fusionnels que techniciens ?
- Est-ce parce que nous sommes plus dans l'exercice relationnel et moins enclins à écrire et à élaborer de façon scientifique sur notre métier, ce qui ôte une part de recul face aux événements ?
- Est-ce parce que nous sommes insuffisamment formés à objectiver ?

Ce n'est pas le comportement affectif qui est en cause mais ce qui l'accompagne. C'est-à-dire ses manifestations de proximité fusionnelle et de rejet. Nous sommes prisonniers d'une gamme de

sentiments qui nous entraîne dans un monde sentimental et non professionnel. En se montrant humain et compréhensif, on croit bien faire alors qu'irréremédiablement cette attitude sera suivie de comportements émotionnels qui s'exprimeront sur le mode impulsif avec des passages à l'acte qui entraîneront des décisions insuffisamment mûries. Le passage à l'acte n'est pas un système de management et de fonctionnement au quotidien, il s'inscrit au détriment de l'élaboration et de l'analyse des situations.



Quelles réponses ?



Laissez passer la nuit avant de vous précipiter. Prenez le temps de la réflexion. N'agissez pas avec vos seuls coups de cœur. Donnez-vous le temps de peser les conséquences, rompez avec vos raisonnements affectifs et prenez en compte la dimension institutionnelle.



Que retenir ?

L'harmonie parfaite n'existe pas. Ce qui n'ôte pas l'idée d'une réflexion sur nos fonctionnements. Nous passons souvent d'un comportement de protection à celui de rejet. Ce passage du « très bien » au « trop plein » est révélateur de l'excès que nous mettons dans toute relation et de notre peine à nuancer nos appréciations. Ne prépare-t-on pas les conflits avec un tel fonctionnement ? Comment comprendre qu'après avoir été si apprécié, nous ne valions plus rien ? Comment interpréter ce rejet en bloc imprévisible qui fait cassure dans la vie ?

c) Le pouvoir

Structure pyramidale, appareil avec chefs, sous-chefs et petits chefs, le pouvoir a son schéma de soumission-domination, souvent sur fond de masculinité-féminité et de racisme qui perdurent.

Des réactions trop vives, des injures proférées, véritable atteinte à la dignité de la personne. Des ordres jetés, être parfois gommé ou étouffé, des remarques misogynes dévalorisantes. Cette violence conduit à la crise de larmes ou au départ précipité de la personne victime de ce type de comportement désobligeant, à la dépression et à l'escalade des conflits.

« Nous les cadres, on fait aussi usage de violence, sauf que c'est une violence déguisée. Par exemple, on fait établir une pression même si on le fait gentiment pour obtenir au bout ce qu'on veut.

Par exemple : un changement d'horaire ou de repos, pour donner un coup de main... C'est la vie ».

Quand le responsable d'une équipe est un esprit conflictuel, il déteint sur le reste des membres.

Or, à se rebeller, on se fait parfois éjecter et isoler des collègues qui préfèrent n'être pas choisis comme boucs émissaires. Quel sentiment de soi a-t-on dans une collectivité qui dispense ses agressions verbales sans tenir compte des conséquences ? De quelle liberté dispose-t-on lorsque l'on est jeune et inexpérimenté, plus vulnérable qu'un autre ?



Que retenir ?

« Lorsque le stress et la rapidité d'exécution s'emballent, on n'a plus le temps de mettre des mots sur les situations. On agit, on ne parle pas ou peu ou après le coup de feu et c'est parfois trop tard. L'absence de mots et de nuance sur le ton est perçue comme une agression ».

d) La rivalité et la jalousie

De tout temps le comportement entre collègues est marqué de subjectivité en lien avec les sentiments que l'on ressent. Toutefois des systèmes d'acquis et de privilèges débordent au-delà des limites du tolérable. Ainsi lorsqu'on ne permet pas, par exemple, que le collègue mette en valeur ses compétences pour ne pas être mis en rivalité face au regard du médecin, lorsque l'on fait de la rétention d'informations pour garder le pouvoir du savoir, lorsqu'on ne transmet pas ses compétences ou ses outils de travail... le climat dans l'équipe devient un véritable poids. C'est surtout vrai dans le cadre d'un travail structuré où chacun a sa partie avec un non-partage des tâches. Greffé à son poste, à ses malades, à ses médecins, à ses locaux, le côté « animal perché dans son territoire », complexifie les liens en provoquant une défense de **son** bien qui efface tout partage et solidarité.



Que retenir ?

Souvent, ce comportement est lié à un profond besoin de reconnaissance en lien avec le peu de confiance en soi ou d'estime qu'on se porte. Il se double d'un responsable qui « ne voit rien ou fait comme tel », à moins qu'il ne s'agisse d'un jeu subtil de management pour faire entrer en jeu la compétition. Dans les deux cas nous sommes dans la non-reconnaissance de soi et de l'autre.

« On est tous les maillons de la chaîne dans une équipe. Pourtant, il y a des problèmes de jalousie, de non-reconnaissance qui rendent le patient secondaire. Pour se faire mieux voir par un supérieur, on se rivalise et se violence ».

e) L'inégalité des tâches

« C'est pas moi, c'est l'autre », entend-on dans les équipes en réaction aux réflexions. En décodant, on comprend : « Moi j'ai fait mon boulot, ce que fait l'autre ne me regarde pas » ou bien « Chacun son boulot, il n'a qu'à faire aussi le sien ».

La violence n'est pas toujours physique, verbale, elle est aussi destructrice. Lassitude ? Ras le bol et démotivation ? En arriver à se désintéresser du collègue signe une négation de l'autre qui rend tout travail d'équipe impossible, voire tout soin minimisé à son quant-à-soi. Elle signe encore la lassitude face au collègue qui tend à en faire le moins possible, qui « cherche la planque ».

Lorsque nous avons le sentiment que le collègue ne fait rien, qu'il est toujours en retard, trop absent, pas motivé et... parfois protégé, le sentiment d'injustice nous prend à la gorge, la colère monte. Le sentiment de privilège est une des émotions les plus violentes à la base de désaccords difficiles à enrayer.

Quelles réponses ?

- Le dossier d'évaluation permet de mesurer les objectifs individuels, de recentrer les missions de chacun et d'améliorer ainsi la transparence des fonctionnements.
- La fiche de poste est un outil qui s'utilise en outre comme un support photographique des activités de chacun. En complément de l'évaluation, il présente l'avantage de clarifier ce que chacun est tenu de faire.

Dans ce chapitre qui relate sans surprise des faits qui se vivent au quotidien, nous retiendrons l'opportunité de mener notre réflexion autour de deux axes qui relèvent du domaine des ressources humaines : la mobilité et la gestion de l'inadaptation des agents.

* La mobilité et/ou la rotation

La mobilité offre une ouverture de reconnaissance du travail et de l'environnement dans lequel travaille le collègue. Elle renforce la communication, permet de comprendre le travail de l'autre et décroïssonne. On croit parfois que l'autre ne fait rien, quand il est question plutôt d'une méconnaissance de la charge de travail réciproque.

C'est ainsi que certains services ont choisi le système de la grande équipe, d'autres une mobilité sur les différentes unités qui composent un service.

« Cela favorise ma gestion d'équipe, cela favorise le travail en groupe et non plus en couple. Cela favorise la communication car on change de collègues. Cela rend l'équipe créative et moins statique ; elle quitte son petit placard, ses petites habitudes, ses médecins ; or, c'est naturellement la tendance de s'enfermer et de se répéter dans le non-effort et la mobilisation moindre. De plus, tout le monde est à égalité face à la gestion du planning. Avant, il y avait ceux qui bougeaient et ceux qui ne bougeaient jamais. C'était toujours les mêmes ».

Comme toute proposition intéressante, elle n'est pas sans point faible.

- Sur le plan professionnel, le fait de bouger peut désorienter le malade, surtout s'il est angoissé ou confus, car il perd son infirmier référent.
- Sur le plan personnel, le mouvement complexifie l'organisation de la vie privée.

*** La gestion de l'inadaptation des agents**

Modification du comportement et manque d'implication au travail sont les signes avant-coureurs de difficultés qu'un cadre apprend à découvrir au cours de sa carrière. Personne n'est à l'abri de craquer. Certains signes parlent autant que les paroles, les décoder évite les jugements et les passages à l'acte, véritables violences infligées aux soignants qui se sentent rejetés et jugés.

Lorsque nous allons mal, le retentissement au travail est un des premiers symptômes. Protéger l'agent dans cette situation ne peut en aucun cas être une réponse responsable, puisque le mal-être finira par rattraper la réalité cachée. Que de temps alors perdu avant d'avoir affronté la situation !

La gestion des agents en difficulté est une réponse qui n'occulte pas les difficultés, mais se veut garante d'une reprise d'équilibre. Elle passe par une redéfinition de la fonction, un suivi évaluatif, un travail par objectifs, un soutien vis-à-vis de l'orientation vers un médecin traitant et un thérapeute... Une véritable prise en compte de la souffrance et des limites professionnelles et personnelles qui requièrent dialogue et ouverture. Celle-ci ne peut se faire sans la participation active de la Direction.

Bien des conflits seraient évités si dans une application préventive et managériale nous apprenions à ne pas nous voiler la face...



Que retenir ?

L'agressivité est le symptôme manifeste au cœur des situations conflictuelles. Deux causes essentielles l'expliquent :

- L'agressivité sert à anticiper l'agression que l'on craint et dont on est l'objet. Elle sert à quitter la situation d'emprise dans laquelle on se trouve.
- L'agressivité est un signe clinique de la dépression.

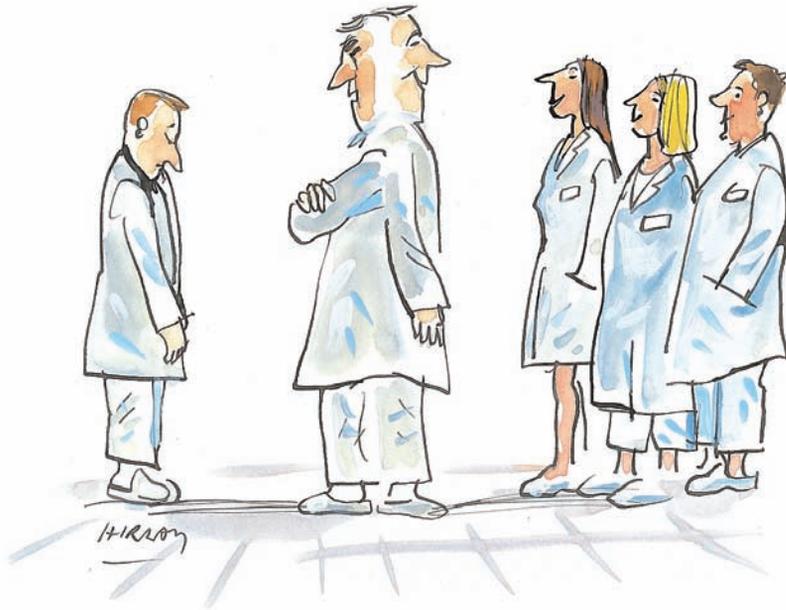
II. LE HARCÈLEMENT MORAL

Le harcèlement moral ou « mobbing » est une autre forme de relation conflictuelle en passe d'être mieux reconnue après avoir été longtemps tabou.

« Elle est une souffrance infligée sur le lieu de travail de façon durable, répétitive et /ou systématique, par une ou des personnes à une autre personne, par tout moyen relatif aux relations, à l'organisation, aux contenus ou aux conditions du travail, en les détournant de leur finalité, manifestant ainsi une intention consciente ou inconsciente de nuire, voire de détruire ».

Violence morale, le harcèlement inflige une véritable souffrance à celui qui la subit. Durable et insidieuse jusqu'au moment où elle atteint sa cible, elle détruit psychologiquement sa proie.

Nous sommes dans une nouvelle forme de violence sournoise composée d'humiliations et de manipulations qui rend la vie infernale et déséquilibre la victime jusqu'à sa chute finale, le suicide ou la dépression.



a) Manifestations du harcèlement

Violence polymorphe, le harcèlement moral revêt des réalités multiples et variables. Il est toujours un abus de pouvoir, une dégradation des relations. La personne se fait maltraiter et réprimander. Elle

supporte insultes, brimades et propos injurieux jusqu'aux menaces. De plus en plus isolée de ses collègues, elle est mise en échec soit par des ordres de travail irréalisables soit par le retrait de ses responsabilités. Les objectifs assignés sont contradictoires. On ne lui donne pas les moyens de les réaliser. Au terme de ses échecs, il lui est reproché, bien sûr, de n'avoir pu être à la hauteur.



b) A propos du « harceleur »

Il paraît souvent le contraire de ce qu'il est. Généralement séduisant et charmeur, doué d'intelligence et armé intellectuellement, il trompe son monde, ce qui explique l'isolement de la victime, car généralement peu de personnes la croient. Et pourtant, outre ces qualités, il opère comme s'il était « clivé », c'est-à-dire coupé en deux. Un visage positif, un autre destructeur, méchant, sans culpabilité, capable de faire souffrir jusqu'à nier l'autre, dans une escalade imaginative de faits pervers jusqu'à ... « la mise à mort ».

Nous sommes dans l'emprise, dominer totalement l'autre jusqu'à le priver de toute substance vitale. Nous sommes dans un système tyrannique. Le harceleur impose sa loi de manière abusive sur la

personne qu'il choisira comme son bouc émissaire, et ce, de façon quotidienne et souvent masquée. Une sorte d'étau se referme alors sur la victime qui voit son espace d'aménagement se réduire comme une peau de chagrin.

c) Portrait de la victime

Le plus courant est le harcèlement d'un supérieur sur un salarié, mais on a observé des cas entre collègues de même grade, voire, de subordonné à supérieur.

La victime de harcèlement n'est pas la victime née, celle qui est fragile et incapable de se défendre, celle qui se pose en situation d'échec professionnel par incompetence ou absence de conscience professionnelle. Non, il s'agit généralement d'une personne énergique qui aime et s'investit dans son travail, ayant prouvé qu'elle était capable de réussir avec un sens avéré des responsabilités, le contraire, en quelque sorte, de celle que nous imaginons avec nos schémas tranchés.

Ces qualités la rendent justement vulnérable. En effet, il faut être touché par la peur de l'échec et s'en sentir coupable pour se miner avec les soucis professionnels. Quelqu'un se moquant de ce qu'il fait n'est pas attaquant psychologiquement puisqu'il n'est pas, au départ, aussi concerné par son travail. Lorsque la victime est ainsi « choisie », sa situation se dégrade très vite. Aux abois par celui qui la harcèle, elle est ensuite exclue par son propre corps d'appartenance. Soit parce que celui-ci prend ses distances, par crainte d'être frappé à son tour par l'hostilité contagieuse du harceleur, soit parce qu'il ne « voit » pas une réalité qui pourrait le déranger.

La victime perd ainsi tout soutien, toute autonomie d'action et parfois de pensée, subit un rejet de plus en plus destructeur et devient obsédée par l'intensité d'une violence qui fait effraction dans son identité profonde.

d) Les conséquences du harcèlement sur la victime

Décompensation sur le mode dépressif, puis démission, changement de service ou arrêts de travail, les termes finaux de la situation sont souvent les mêmes. Toutes transactions ayant été vouées à l'échec, on ne s'engage vers aucune autre solution que l'impasse par abandon de poste, car l'évitement d'une souffrance prolongée et ingérable apparaît la seule décision possible.

On peut parler de terreur, car le sentiment que tout peut arriver l'emporte. « Quoique je fasse, ça ne va jamais ». Un sentiment d'irréversibilité des choses s'installe progressivement et réduit l'autre à un objet « dévorable ».



Le sentiment de perte d'emploi est un risque plus ou moins réel selon le type d'entreprise. En revanche, notons qu'il existe toujours la perte de sens, la perte économique, la perte de confiance en soi, la perte de l'estime des autres, la privation de reconnaissance et le retrait des responsabilités dont était dotée la victime. Toutes ces pertes essentielles car existentielles détruisent une identité par perte de liberté générant d'importantes blessures narcissiques.

Avec le harcèlement moral nous découvrons la rupture du lien professionnel et cette violence devient mutilante.

Cependant, la victime de harcèlement peut bénéficier de certains soutiens sur le lieu de travail et hors du lieu de travail.

e) Quelles réponses ?



* Au niveau institutionnel :

- Le CHSCT (le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) a le pouvoir de procéder à des enquêtes comme pour toutes maladies à caractère professionnel. Il fait savoir, du même coup que ce processus existe.

- Le psychologue du travail et le médecin du travail peuvent recevoir, entendre, comprendre et intervenir.

- L'ANACT (l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) peut également être saisie.

- Enfin, la personne peut souhaiter en parler avec la Direction des ressources humaines, la Direction des services en soins infirmiers et / ou les partenaires sociaux.

- Recourir aux associations de victimes (cf. chapitre « références ») est parfois aussi le choix de la personne harcelée.

* Au niveau individuel :

- Écouter le plaignant est la première des démarches. Il s'agit de s'assurer qu'il y a bien situation de harcèlement moral. Les conflits sont courants, il ne s'agit pas de basculer dans un phénomène de mode en perdant l'esprit critique et en insufflant l'idée première que toute violence psychologique devient du harcèlement.

- Ecouter la personne mise en cause par le plaignant est tout aussi important. Il ne s'agit pas de s'embarquer ni de soutenir une plainte de harcèlement sans avoir préalablement entendu les deux sons de cloches.

- Une fois acquis l'assurance qu'il existe bien un problème relationnel de cet ordre là, le processus doit être identifié et pointé, y compris grâce à l'aide de témoins. Une enquête peut être proposée sous des formes variées. Il s'agit par cette démarche d'entendre des témoignages qui permettent un éclairage indispensable. Entendre avec la même neutralité et l'absence de parti pris les deux antagonistes rend plus mesurables les paramètres de la discorde et permet parfois de dégonfler le problème.

- Au terme de cette démarche, la médiation entre les deux personnes est quelquefois envisageable, quand elle n'a pas été proposée en amont après les tout premiers entretiens. Elle est un moyen de réintroduction d'un dialogue faussé et d'une communication neuve. Dans certaines situations de harcèlement avéré et traumatisant, la médiation est alors une réponse inadaptée et des réponses à caractère judiciaire peuvent apparaître.

- Enfin, assurer un suivi médico-psychologique est très souvent opportun.

Cette menace de l'intégrité psychique se vit tous les jours, mais ne se voit pas toujours. Aussi sommes-nous vraiment à l'abri d'être un jour victime, un jour bourreau ? Il est dans la nature des gens de porter en soi cette violence si particulière. Défis et actes de violence sont courants, pas toujours actifs mais latents, insidieux, ambigus, coincés entre un espace d'accalmie protectrice et un rejet agressif. Une relation qui s'inscrit sur fond de précarité psychologique, une reconnaissance en miroir qui vous renvoie l'insoutenable, un comportement qui prend souvent l'apparence de l'abus de pouvoir **quand il s'agit plus réellement d'un doute de soi.**



Que retenir ?

Il est des situations critiques parce qu'elles entraînent dans leur sillage une illusion, celle d'une fausse puissance. Faire de l'autre sa victime, n'est-ce pas, après tout, l'aveu de sa propre insuffisance ... ?



III. LES CONDITIONS ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Le stress semble plus présent à l'hôpital qu'avant. Demande de rentabilité et d'excellence ? Nouvelles attentes et petits moyens ? Nouveaux moyens technologiques et formation insuffisante ? Défaillance du soutien psychologique ou préparation à la fonction d'infirmier et de cadre inadaptée ?

Il est dans la culture soignante de beaucoup donner donc de beaucoup supporter. A trop donner, un jour ne s'expose-t-on pas ? Trop de déceptions ne peuvent-elles pas faire le lit de la démotivation, voire de la dépression ?

Dans cette partie, nous allons traiter des conditions et de l'organisation du travail. Souvent considérées comme le fleuron des difficultés professionnelles, elles sont régulièrement évoquées et avancées comme l'explication majeure de la difficulté à vivre son métier de soignant.

Qu'entend-t-on par conditions de travail ?

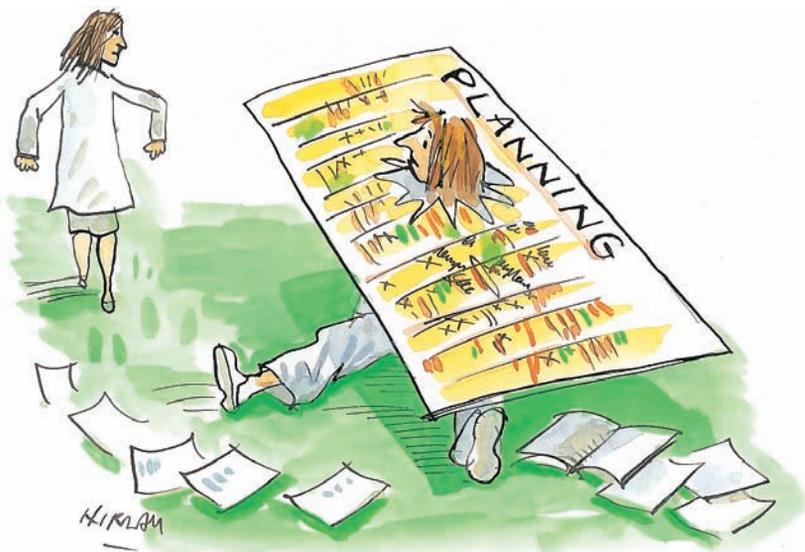
Nous sommes tous le produit de notre environnement direct, c'est-à-dire que notre potentiel est immédiatement déterminé par le système dans lequel nous sommes.

- Si nous avons la chance d'être dotés, de moyens suffisants et nécessaires pour fonctionner, nous verrons notre potentiel augmenté.
- Que ce système vienne à peser et nous réduisons alors notre potentiel faute de moyens suffisants tandis que notre charge psychique alourdie par le poids des soucis nous rendra moins efficace mais plus fatigués.

Les conditions de travail, qu'elles soient concrètes, c'est à dire quantifiables en matériel, ou qu'elles soient psychologiques, c'est-à-dire qualitatives en aide et en mesure de soutien, sont toujours à l'origine de la naissance du stress.

Les conditions de travail sont évolutives et variables selon le service et le responsable.

Sur un plan matériel, nous entendrons par conditions de travail l'environnement dans lequel nous travaillons, c'est-à-dire les moyens



concrets dont nous disposons et ce en fonction du budget obtenu.

Sur le plan psychologique, les conditions de travail renvoient à la relation d'aide : comment accompagner et soutenir le soignant au long de sa carrière, comment limiter son stress et sa souffrance, comment établir un maintien de l'équilibre dans un secteur aussi éprouvant que le monde hospitalier ? Sont évoqués l'isolement, la non-reconnaissance et le manque de soutien, et aussi, le poids de la hiérarchie, la pression et la mobilité.

L'organisation apporte une dynamique dans les tâches à effectuer. Un rythme et des repères fiables corrigent les dérapages et l'éparpillement. Lorsque l'organisation est défaillante, nous avons des règles de travail insuffisamment établies ou détournées au profit d'une urgence ou de la transgression d'une réglementation préétablie. L'inorganisation du travail se manifeste le plus souvent par l'interruption des tâches, l'ambiguïté des rôles, les horaires et l'architecture des locaux.

Une charge de travail, c'est-à-dire la charge ergonomique et émotionnelle, devient excessive et complexifie les tâches lorsqu'à celle-ci se rajoute la charge psychique, c'est-à-dire la pénibilité du travail liée à ces deux facteurs que sont les conditions et l'organisation du travail.

VIOLENCE ET DYSFONCTIONNEMENTS

I. LES CONDITIONS DE TRAVAIL DÉTERMINÉES PAR L'ENVIRONNEMENT MATÉRIEL ET HUMAIN

L'environnement matériel s'ajuste sur le principe des **5 M**, c'est-à-dire : le milieu, les matières premières, le matériel, les méthodes de travail et la main d'œuvre. Tous ces moyens sont comme des outils professionnels valorisés par le budget et l'organisation du travail.

a) Le milieu

« Nous travaillons dans des conditions ergonomiques absentes, tellement peu ergonomiques que dans la chambre du malade, mon plan de travail est le rebord de la fenêtre ».

Le milieu concerne tous les éléments sensoriels qui construisent une ambiance. Ainsi par exemple, travailler à basse température dans un bloc opératoire, supporter un niveau sonore, avaler des kilomètres de couloirs ou assurer l'entretien de chambres trop exigües, démontrent un milieu ambiant difficile qui occasionne une pénibilité du travail supplémentaire.

« Pour faire la toilette des patients, c'est pas facile ! S'il est ventilé, s'il a une machine supplémentaire, on ne peut plus entrer dans la chambre. C'est très étroit, il faut faire à chaque fois le tour du lit pour accéder à un soin. Et encore, on n'a plus les lits à manivelle qui existaient il y a 5 ans ! »

b) Les matières premières

Pansements, seringues, coton... Qui n'a pas couru derrière cette matière première car le stock était épuisé ? Foncer au magasin médical, attendre une livraison différée ou insuffisante, une énergie déployée et répétée qui brûle notre énergie, nous voilà sous pression interrompant nos tâches pour mendier l'indispensable. Pas de matières premières, pas de qualité de soins, pas de sécurité pour le

soignant, une gêne qui se répercute. Heureusement, ce qui gêne un jour n'intervient pas un autre jour. Mais le manque fait violence lorsqu'il se manifeste et se répète.



c) Le matériel

« Certains services sont dotés de matériel coûteux pendant que d'autres se voient lésés. N'impose-t-on pas, certaines fois, une violence au corps médical en le faisant entrer dans la compétition budgétaire ? »

Le matériel comme les machines, les lits à hauteur variable... provoque rivalité et jalousie entre les services. Il y a ceux que l'on dote d'un matériel pointu comme les réanimations et ceux qui se sentent les mal-aimés.

Mais surtout, le matériel ergonomique n'est pas partout adapté aux besoins, générant des handicaps comme les lombalgies. La conséquence du matériel inadéquat a un coût moral, physique et financier et limite les libertés physiques. A noter que de grandes améliorations ont été apportées dans ce domaine.

Idée ! Lorsque le matériel inadéquat ou la fragilité physiologique du soignant provoque des somatisations dorsales, pourquoi ne pas l'orienter sur l'école du dos ? Première cause de l'arrêt de travail,

cette réponse encore trop méconnue semble efficace et reconnue par ceux qui en ont bénéficié. Organisé par le CHSCT, cette réponse aussi préventive que médicale se fait en trois étapes : un temps de prévention, un temps de reconditionnement et un suivi régulier.

d) Les méthodes de travail

L'introduction des technologies nouvelles a modifié les méthodes de travail. Parmi elles nous avons la logistique, comme par exemple l'outil informatique, qui contribue a priori à simplifier certaines tâches. En revanche, elle complique la vie du personnel lorsque celui-ci n'a pas su s'adapter ou n'a pas été suffisamment formé. Lorsque l'on est ancien, modifier et réajuster son savoir-faire demande du temps, du soutien et de la patience.

De même, les horaires appelés à se modifier par les rotations provoquent des résistances, car ils ne répondent pas à une qualité de vie privée attendue.

Les méthodes de travail deviennent des progrès si elles s'ajustent. Imposées, elles produisent résistance et blocage contraires à l'amélioration des conditions de travail.

e) La main d'œuvre

« J'ai enfin pu avoir une aide-soignante, mais c'est un poste pour lequel il a fallu hurler ».

« Depuis un an, les IDE font trois week-ends sur quatre parce qu'on n'a pas suffisamment de soignants. Évidemment, aujourd'hui il y a trois départs ! »

Vous êtes cadre, comment faites-vous pour obtenir votre quota d'effectif ?

- Vous investissez l'étage de la Direction des services en soins infirmiers ?
- Vous refusez des malades ?
- Vous cumulez les courriers explicatifs ?
- Par ailleurs vous avez depuis quelque temps des crampes d'estomac et vous ne dormez plus aussi bien ?



- Vous rêlez au point d'avoir la sensation de ne plus rien faire d'autre que de vous plaindre ?

Entre l'attitude agressive consistant à rouspéter et à harceler vos interlocuteurs pour augmenter vos effectifs, et le contre-coup qui vous fait baisser les bras « *Cette fois-ci, c'est décidé, j'anticipe ma retraite* », vous passez par tous les états et toutes les humeurs.

Les directions gèrent les effectifs comme elles peuvent. Restructuration, restrictions budgétaires, absentéisme et/ou accidents de travail, la pénurie est lourde à porter.

Aussi :

- Vous déployez des trésors d'énergie et d'imagination ?
- Vous vous obligez à une organisation interne maximum et développez vos qualités exceptionnelles de négociateur ?
- Vous renforcez votre cohésion corporatiste en prêtant ou en empruntant quelques lits ?
- Vous êtes sur la liste des soignants qui « en faites toujours plus avec moins d'aide » ?
- Vous acceptez de différer vos congés ?
- Vous bougez vos horaires et augmentez vos heures supplémentaires ?
- Vous vivez au rythme du « métro, boulot, dodo » au jour le jour ?

La dotation en personnel est une variable majeure qui fait le lit de l'épuisement du personnel hospitalier.

« On était si peu nombreux ce week-end qu'on n'a pas eu le temps de manger ».
« La pire angoisse pour un cadre supérieur, est de n'avoir pas de personnel suffisant pour assurer la sécurité des malades ».

Cas clinique

Prenons l'exemple d'un service refait à neuf. On y a aménagé une salle de repos pour les soignants et refait les peintures. Le bruit, les odeurs de peinture, les couloirs en partie bouchés... tout a été relativement bien accepté par les équipes qui ont compris que c'était une amélioration de leurs conditions de travail et s'en sont réjoui.

La même année, l'information tombe que de nouvelles normes de sécurité, tel que le désenfumage, modifient l'environnement du travail pour la sécurité de tous, et le constat tombe : il faut recasser le service ! A nouveau la poussière et le bruit font leur apparition. La salle de repos est récupérée comme chambre. Les conditions de travail se détériorent, les chariots ne passent plus dans les couloirs... Imaginons le cadre lorsqu'il a dû repréparer ses équipes à faire face à ce nouveau chantier.

« N'aurions-nous pas pu y penser plus tôt ! »

Constat



- L'équipe fait des efforts lors des premiers travaux et subit des contraintes, mais elle sait que c'est ponctuel et dans un but d'amélioration. Elle dispose donc de deux facteurs qu'elle maîtrise parfaitement : le temps et l'objectif. Donner du sens à une action permet la tolérance. Or, elle n'a pas l'opportunité d'en profiter. Une deuxième série de travaux supplée l'autre. La situation n'est plus évolutive mais régressive. Elle engendre de ce fait la démotivation.

- Un projet tendu par une réhabilitation visant à l'amélioration devient une contrainte par son imprévisibilité et sa désorganisation. Il s'inscrit comme un passage à l'acte donc est assimilable à une intention agressive.

Quelles sont les conséquences ?

- **Côté cadre** : sous pression, il est tenu de réaménager ses locaux pour ne pas perdre de lits. Il a obligation de maintenir l'accueil des



patients avec une baisse de qualité et un environnement inadéquat. Le cadre est enfermé dans *un système paradoxal* : faire « comme si » sans moyens adaptés, une double injonction limitative qui conduit au découragement. Etre l'interface des acteurs et des situations les plus imprévisibles aboutit à une déshumanisation (cf. le syndrome d'épuisement professionnel). Le cadre ne peut plus penser, il n'en a guère le temps. Il est dans l'instant, les actions se succèdent.

- **Côté équipe** : elle est niée, car ramenée à sa condition d'exécutante dépersonnalisée. Reconnue d'abord en tant que somme d'individus, elle a ensuite évolué vers une identité neutralisée soumise à la pénibilité d'un travail alourdi sans prérogatives ni décision consultative.

L'ambiance est à la tension, on râle. A la charge de travail habituelle se rajoute la charge psychique.

Quels sont les risques ?

- Certains décident de profiter de ce moment invivable pour déposer leurs congés.
- D'autres tiennent le cap, naviguent à vue, se déploient en tous sens, fonctionnent dans l'urgence. Le stress ne va-t-il pas laisser place au syndrome d'épuisement professionnel ?

Alors, faire face et ouvrir le parapluie. Lits insuffisants, matériel inaccessible, médecins mis en difficulté, équipe voyant sa charge de travail compliquée, les conflits risquent d'éclater en projectiles !

Quelles solutions ?



- Réagir ! Pour commencer, ne doit-on pas renforcer la cohésion par une décision collégiale ? Réunir médecins et paramédicaux et choisir une stratégie d'adaptation face à l'activité du service : combien de lits à fermer ? Quelle collaboration avec les services mitoyens ?

— Qui est avec moi ?



- Ensuite réfléchir à l'acceptation de l'arbitraire en faisant de cette expérience une future alliée. Comment éviter la répétition et faire passer le message ? Comment la configuration actuelle peut-elle être révisée par une gestion prévisionnelle ? Et les acteurs experts de la question, le directeur des travaux, le DSSI, le chargé des conditions de travail, le conseiller, le cadre expert, quelle organisation planifiée proposent-ils ?

Conduite agressive incontrôlée : lorsque le stress atteint le cadre supérieur

Cas
clinique

« Ça fait des jours que je suis seule. Cette semaine j'ai travaillé pour trois. Alors vous n'allez pas vous y mettre, vous aussi ! »

Le cadre supérieur envoie tout bonnement paître son chef de service. Alors que celui-ci lui rappelait gentiment un vendredi en fin de journée, qu'il avait manqué de gants à usage unique.

Pas de cadre infirmier et un effectif soignant réduit pour cause de vacances. Une secrétaire hospitalière en maladie, donc personne pour faire les entrées et les sorties des malades ni pour s'occuper des rendez-vous de leurs examens. Nous sommes au début d'un printemps glacial et ces temps-ci, le travail ne manque pas. Patients en phase terminale, quelques maladies infectieuses qui évoluent mal, des personnes âgées dépendantes, le service est lourd et ça s'entend.

« Je suis seule, débordée, énervée ».

En effet, la goutte d'eau déborde du vase et le cadre s'épuise.

Retraçons avec un cadre l'itinéraire de sa semaine

« Pour commencer, en arrivant je fais un tour d'équipe. Je vais vérifier si elle est en nombre suffisant, je mesure l'ampleur de la journée qui l'attend.

A cette occasion, je leur dis bonjour et selon la façon dont ils vont me répondre, je sais, je sens qu'il y a un problème : une infirmière qui

a mal fait son boulot, une aide-soignante en retard... j'écoute, je discute pour mettre de l'harmonie, le ton juste qui fait que le problème est déjà en partie réglé même si ce n'est pas vraiment le cas.

Ça prend du temps !



Ensuite, le plus urgent, c'est la gestion des lits. Je consulte la fiche des sortants et ceux qui doivent entrer, plus ceux qui sont ailleurs placés dans d'autres services pendant la nuit, faute de place dans le mien.

A cette occasion, il faut évaluer l'état de charge de travail dans la salle, recevoir les appels téléphoniques ; répondre au chef de service qui veut **sa** chambre seule pour **son** malade ; déterminer les priorités selon l'état des patients, - je ne vais pas accepter quatre grabataires qui vont me bouffer mon équipe à eux tous seuls ! - tenir compte de la compatibilité des malades entre eux ; je ne vais pas mettre une mamie qui fera du boucan toute la nuit avec une jeune femme qui souffre et qui, dès qu'elle s'endormira, sera réveillée par sa voisine qui perd la boule !

Puis, je vais voir les patients qui ne vont pas bien tant physiquement que psychologiquement, comme ce malade qu'on ne met pas encore sous trithérapie et qu'il faut sécuriser et calmer.

Après, je fais le tour du matériel et je l'évalue. Parce qu'une équipe qui est réduite n'a pas le temps de courir, il faut qu'elle ait tout à portée de main...

Il n'empêche qu'en plus, il s'agit de faire la commande du matériel, de se préoccuper de la présence du personnel du lendemain, - et hop, un petit tour à la Direction du service des soins infirmiers pour négocier du monde auprès de la suppléance ! - faire face aux urgences : un robinet en panne..., sans parler du téléphone qui n'arrête pas de sonner dans la galerie où tu gèles, des patients qui vont mourir et des familles qui feront appel à moi.

Je ne vois pas la journée passer ! »

Vigilance !

- Vous avez accumulé les situations émotionnellement coûteuses.
- Vous n'avez pas vraiment pu prendre de la distance, étant dans l'activisme, chez vous comme au travail.

- Pression, tension, trop grosse charge de travail, vous êtes fatigué.

- Vous avez dû faire face aux effectifs insuffisants, puis vous êtes confronté à un dysfonctionnement organisationnel pour le week-end.

« J'ai toute ma semaine dans les pattes, on ne m'appelle pas pour me donner la réponse que j'attends au sujet du nombre de soignants que j'aurais ce week-end, on m'attend dehors alors que je suis déjà en retard, et on vient en rajouter pour trois fois rien ! »

- Dans vos lits, vous cumulez les pathologies lourdes.

Tous ces agents stressés ont déclenché en vous colère et irritabilité. Outre votre humeur, vous refusez de répondre à une remarque anodine. Pour finir, votre «présentisme » important ces derniers jours vous a causé quelques soucis personnels qui sont restés en suspens.

Quels symptômes repérer ?

Épuisement sur le plan professionnel et sentiment de ne pas pouvoir s'accomplir sur le plan personnel, voici deux symptômes que vous connaissez bien, qui ne sont pas excessivement graves, mais qui, s'ils durent vont devenir chroniques.

Pour l'instant, nous restons dans le registre du stress. Tant que vous mêlez le plaisir au travail au stress quotidien, tout va encore à peu près bien.

Aménager votre temps n'est pas toujours possible, bien sûr. Il faut donc espérer que la situation est transitoire et dans ce cas, utiliser la fin de semaine pour se récupérer.

Dans le cas contraire, comme vous n'êtes ni magicien ni surhomme, il vous faut constater que plus vous en faites, moins vous avez de temps pour tout faire. Vos limites sont atteintes, cela porte un nom : « l'includence* ». Malgré votre présence prolongée à l'hôpital vous n'arrivez plus à faire face.



Alors, quelles réponses ?



* *Au niveau professionnel*

L'une d'elle est institutionnelle, car l'épuisement professionnel est l'affaire de tous, y compris de l'institution hospitalière. Celle-ci devrait élargir les moyens mis à votre disposition. De votre côté, il vous appartient d'aménager votre système managérial en réajustant votre système organisationnel et relationnel. Faites des propositions au service, faites-en d'autres à la direction, mais surtout réagissez, ne vous repliez pas, ne baissez pas les bras. La politique active vous abîmera moins que l'écrasement.

Exemple :

« Je fais tourner les équipes pour qu'elles n'aient pas que des patients « lourds ». L'équipe reste sur les mêmes horaires, mais change de salle environ toutes les trois semaines. Non seulement l'équipe se protège psychologiquement, car ce ne sont pas toujours les mêmes qui ont les patients les plus « lourds », mais en plus, côté planning j'arrive à faire face aux absents ».

* *Au niveau individuel*

Prenez soin de vous ! Deux démarches pour cela :

- *L'auto-observation de vous-même*

Apprenez à identifier les facteurs qui vous stressent. Prenez-les tous en compte. Le plus difficile est de ne pas oublier, ni évacuer les situations stressantes habituelles que vous ne voyez même plus tant elles sont quotidiennes et banalisées.

Analysez ensuite vos propres réactions et mettez-les en lien avec vos expressions réactionnelles personnelles et les événements.

L'auto-observation vous apportera une meilleure connaissance du terrain qui vous mine. Elle vous obligera au recul. Elle mettra un peu d'air là où vous tournez en rond. Elle vous éclairera sur l'inadéquation entre l'événement déclencheur et votre réactivité d'où, peut-être après, la possibilité pour vous de « travailler » vos émotions et vos comportements.

- Le repérage des réponses ressources

Changez de lieux, goûtez à d'autres activités que celles du travail, relaxez-vous, faites du sport ou ne faites rien si vous préférez, mais changez votre rythme et vos repères professionnels.

Se faire plaisir en faisant une coupure permet d'intérioriser et de récupérer.



**« Deux heures plus tard j'allais très bien.
Cinéma et moules frites m'avaient requinquée.
De plus, j'ai analysé en temps réel ce qui s'est passé.
Je sais aujourd'hui que quand je suis agressive, c'est qu'en général
je suis claquée. J'ai appris à y faire face à ma manière ».**

Cas clinique

Je n'arrive même plus à communiquer avec mon équipe. On s'évite, on se dit à peine bonjour. A chaque fois que je les vois, ils " font la gueule ". La communication est complètement rompue. On finit même par s'éviter.

Le cadre supérieur semble très atteint.

L'équipe est celle d'une réanimation de jour qui, en effet, a connu quelques difficultés au moment de la restructuration du service, avec le départ de certains collègues et le changement du chef de service. Les cadres infirmiers ne sont toujours pas remplacés.

Face aux manifestations de l'équipe, le cadre l'a réunie pour faire le point. Durant quelques jours ce fût mieux, puis la morosité est revenue.

« J'ai l'impression qu'une des personnes entraîne les autres » dit-il.

Constat



Nous sommes dans la gestion de conflits. Le symptôme dominant la scène est la rupture de communication. Chaque conflit ayant ses raisons d'être, il nous appartient en priorité d'en rechercher les causes en amont. Interpréter sans comprendre serait prématuré.

Repérons les émotions et les comportements en jeu

Côté cadre :

- Les émotions sont la détresse et le sentiment d'abandon. Parler dans le désert est terrible.
- Ne pas pouvoir exprimer son état ne vaut guère mieux. Ce cadre se sent seul, non soutenu semble-t-il. Communiquer est un

besoin vital pour tout individu. Chez le cadre, c'est en plus un outil de management.

- Le comportement est déjà celui du repli par la fuite.

Côté soignants :

Le comportement peut être ressenti comme agressif par son opposition silencieuse.

- Il génère de la violence psychologique en refusant de reconnaître au cadre une quelconque action. L'atteinte est d'une part provocatrice, d'autre part violente car, outre le fait d'être rejeté, le cadre est atteint dans sa qualité de personne puisqu'on ne répond plus à ses bonjours. Identité professionnelle et personnelle sont touchées, elles n'existent plus. La force d'inertie officie comme une volonté de négation de l'autre.

- Que cache cette opposition, cette résistance passive ? Colère, peur ? Contre quoi ? Contre qui ?

Comment comprendre la situation ?

Le cadre supérieur et l'équipe sont dans la plainte sous des formes différentes. Les comportements sont interactifs, l'un entraînant l'autre et réciproquement. *La non-communication s'entretient ! Ni le cadre ni l'équipe n'agissent, ils réagissent.*

Les conséquences les plus probables sont l'éclatement par « perte et fracas ».

- Perte du personnel par changements de service ou absentéisme ; perte des motivations, perte de la qualité des soins : comment bien travailler dans cette ambiance ?

- Fracas car conflits touchant à la violence physique si l'un d'eux craque ; fracas de la violence psychologique déjà existante susceptible d'évoluer vers la dépression.

Est-ce fatal ?

La volonté du cadre de réunir l'ensemble de l'équipe a, en partie seulement, échoué puisque l'attitude ne s'est pas modifiée dans le

temps mais légèrement sur le coup. L'équipe est donc accessible à l'échange. Mais, vous le cadre, avez-vous exprimé vos sentiments avec des mots « c'est très insupportable », « je craque », « nous devons nous parler ».

« Je regrette de ne plus pouvoir me mettre en colère ou de ne plus pouvoir m'exprimer tout court. Comment dire pour que ce ne soit pas mal interprété et que cela soit efficace ? »

Une fois cela fait, avez-vous pensé sortir des affects pour recentrer le problème sur le professionnel ?

- Le constat est peut-être l'effectif insuffisant, les mauvaises conditions de travail, l'absence de cadre de proximité. Fort de ce constat, sur lequel il y a peu de prises, comment ensemble pouvons-nous nous organiser le temps de la crise ? Face à ce qui se dessine comme un problème organisationnel, quelle stratégie mettre au point ? Quelles solutions peut proposer l'équipe dans la limite de ses moyens ?

- Une restructuration est toujours menaçante. Le « qu'allons-nous devenir » est une préoccupation légitime. Avez-vous des échos rassurants à transmettre ? L'équipe n'est-elle pas sous-informée donc abandonnée aux fantasmes d'avenir les plus stressants ?

- A propos, comment sont les relations entre l'équipe médicale et l'équipe soignante ?

- En qualité de cadre supérieur votre présence et votre écoute ne suppléent pas un encadrement complet. Pendant le temps de la crise pouvez-vous donner un peu plus ?

S'il vous apparaît qu'une personne donne le ton à l'équipe, l'avez-vous rencontrée ? Repérer le leader est un début. En faire votre allié est souhaitable.

- Où se loge son sentiment d'exaspération ?
- A-t-il des difficultés personnelles, une vie difficile qui influent sur le travail et qu'il projette sur vous ?
- Supporte-t-il encore la réanimation avec sa souffrance existentielle ? Se révolter est parfois une lutte contre l'effondrement et la dépression.

- Sur le plan professionnel, quelles sont ses qualités ? Pouvez-vous les renforcer en donnant des responsabilités motivantes ?

Et vous-même, êtes-vous soutenu(e) par vos pairs ? Avez-vous dans votre soutien un psychologue ou un intervenant ?

Un effort constant est nécessaire pour une communication explicite. Sa dimension pragmatique avec décodage des malaises, puis élaboration d'une stratégie professionnelle et participative exploite avec pertinence le sens caché des blocages et des dysfonctionnements. Par l'échange, nous revenons vers *l'intentionnel*.

L'insolence, l'agression, l'attente des équipes, l'interface entre corps soignant, corps médical, corps administratif et malades... rien n'est spontané, tout est affaire de communication. Lorsque la tension relationnelle vient se cumuler à celle de l'organisation, les cadres craquent.



Que retenir ?

- Tout conflit surtout lorsqu'il est ancré et passionnel, peut se dégonfler s'il évolue vers un conflit organisationnel. Car en revenant « sur le terrain » avec des critères objectifs et non plus subjectifs, nous faisons évoluer la situation en termes d'actions et de mise à plat des objectifs.

L'action réduit les passions.

- Les comportements de repli et d'isolement sont choisis par évitement des confrontations douloureuses :

« Il faut « border » tout le temps. C'est pas évident. Les infirmières doivent pouvoir compter sur nous, mais on ne peut pas toujours être solide. Dans ce cas, on ne répond pas, il y a un petit peu de repli ».

Dans cette situation, la conséquence est double : aggravation de l'état de tension du cadre supérieur qui « rumine » et maintien du comportement opposant de l'équipe qui se trouve sans référent et sans perspectives de solutions. Les stratégies de repli sont des défenses de type passif. N'avons-nous pas intérêt à réagir sur le mode actif ?

- Les facteurs de reconnaissance des compétences, par le cadre, à l'égard de son équipe, interviennent dans la communication et favorisent la gestion des conflits.

Solitude et isolement des cadres, reconnaissance insuffisante, manque de soutien, les trois agents stresseurs classiques mettant en péril l'équilibre du cadre sont repérés dans cette situation. Cadre fusible, il est en première ligne face à son équipe, face à sa direction, face aux malades.



Cas clinique

« Y'en a marre, on est de plus en plus bousculés. On n'est quand même pas des citrons qu'on presse ! »

L'infirmière craque ! Elle péte les plombs comme on dit. Voilà qu'elle se met à hurler, et devant les malades en plus ! Elle s'engage dans la direction opposée, claque la porte et s'enferme dans le premier local trouvé.

Nous sommes dans une consultation, et pour ce qui semble une banale histoire de rendez-vous, elle envoie tout paître.

« On l'appelle pour qu'elle donne son prochain rendez-vous à M. X.- après tout c'est son boulot- et elle nous envoie paître ! Mais faut qu'elle se fasse soigner celle là ! »

Sentiment d'étouffement, saturation, ras-le-bol, elle est prête à tout lâcher, à tout casser. Tout pourvu que ça s'arrête et qu'elle puisse souffler.

Qui n'a pas connu ce besoin de dire « stop » même s'il faut en passer par-là ? Mais qui pense, par ailleurs, qu'une telle manifestation d'humeur aussi peu adaptée à la situation va améliorer les choses ? Et pourtant, c'est à cet instant précis, dans ce couloir encombré de patients, à cette heure saturée que vous choisissez le pire moment pour dire tout haut ce qui se pense, bien sûr tout bas.

Bien que le scénario soit relativement classique, il entraîne des conséquences lourdes et parfois irrattrapables. En effet, la violence sous toutes ses formes est toujours ressentie comme insupportable générant ensuite sa propre violence. Au mieux, elle provoque un stress chez ceux qui la subissent ou qui en sont simplement témoins. « On a le droit d'être fatigué, c'est pas une raison pour le faire subir aux autres » ou bien « et si on réagissait tous de la même façon ? »

On imagine aisément la suite : chacun y va de son mouvement d'humeur et c'est l'escalade en chaîne. L'anathème est jeté sur celle qui sera le grain de sable, l'empêcheur de tourner en rond du jour. Les collègues y vont de leur couplet pour donner leur point de vue, de préférence dans le dos de la personne ; quand ce n'est la responsable qui réagit à haute et intelligible voix devant les patients, ce qui la discrédite forcément. A partir de là, tout va encore plus mal.

Alerte ! Cherchez vos réponses !



**Pour commencer,
repérez les signes avant-coureurs :**

- Vous dormez mal depuis quelque temps ?
- Vous êtes anormalement nerveux(se) avec vos proches et vos collègues ?
- Vous mémorisez mal votre quotidien ?

Au niveau des événements, ciblez les difficultés :

- La consultation croule sous les demandes, vous êtes submergé(e) de travail ?
- Votre vie privée est en ce moment un peu compliquée ?
- Votre trajet s'est allongé car la voiture est en réparation et ce matin vous avez raté votre train ?

En bref, vous vous mettez en quatre et on ne reconnaît pas vos efforts !

Généralement, les paramètres qui sont la cause de tous vos malheurs ne manquent pas et l'accumulation de situations invariablement douloureuses conduit aux scénarii d'agression qui renvoient eux-même à un stress mal géré.

AGISSEZ !

RÉAGISSEZ !

EXPRIMEZ-VOUS !

Il arrive que dans le monde professionnel, l'organisation ou l'encadrement pèse et stresse. C'est bien une réalité, mais il appartient à chacun d'y faire face.

Évoquez ce que vous avez sur le cœur. Pourquoi ne pas en parler ?



- A un ami,
- Au médecin de famille,
- Au médecin du travail,
- A un psychologue.

Prenez du recul

- Profitez de vos temps libres.
- Obligez-vous à vous fabriquer des pôles positifs de détente.
- Dans la mesure du possible, utilisez des techniques de relaxation (yoga, stretching).
- A défaut de sport, marchez.





Que retenir ?

A trop retenir les dysfonctionnements, silencieusement, en se pensant infaillible, on s'épuise.

Les signes avant-coureurs sont vos indicateurs de surveillance de votre bien-être. Soyez vigilant avec vous-même !

II. LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LA RELATION D'AIDE

Les conditions de travail ne sont jamais définitives. Elles varient selon le service, la spécialité, la composition de son équipe. Lorsque trop de paramètres alourdissent ces conditions, le soignant se démotive.

Se pencher sur l'histoire du malade nous met en confrontation avec les situations les plus attachantes ou les plus bouleversantes. Avoir la chance d'occuper une fonction à caractère relationnel nous enrichit considérablement. Mais lorsque nous nous sommes trop exposés et que certains éléments deviennent perturbateurs ou déstabilisants pour notre santé psychique, nous devons chercher soutien, écoute, compréhension, encouragement, des mots de réconfort qui généralement suffisent à nous ressourcer.

« Mon soutien ? Les wc ! Quand ça va trop mal, je m'y enferme et je pleure. Une fois j'ai même crié ! Je me vois très mal craquer devant mon équipe ».

Eh oui ! Il en est parfois ainsi. Un environnement défaillant peut créer de la solitude, une reconnaissance de nos efforts peut venir trop tard ou... jamais. Un soutien psychologique peut être trop rare entre collègues, voire inexistant sur le plan institutionnel, car l'hôpital préfère investir ailleurs que dans les postes de psychologues.

« On ne doit pas être en souffrance pour soigner des souffrants. Il faut au contraire être sérieusement épaulés ».

Les pathologies incurables, les non-dits sur la mort, la pénibilité des soins, mais aussi le stress relationnel, le cloisonnement entre services et entre grades, l'insuffisance d'échanges et de concertation, la loi du silence, l'absence de formation et d'information, l'action qui supplée la parole, l'hôpital silence... l'image d'un monde technicisé au détriment de l'expression et de la libération des émotions.

Toutes ces données constituent les conditions de travail en lien avec la relation d'aide.



a) La solitude

« J'ai l'impression de porter tout, tout seul ».

Les cadres vivent mieux leur fonction que les infirmiers au moins sur un point, le confort physique. Ils ne soulèvent plus des poids inadaptés à leur dos. La charge ergonomique a disparu. En revanche, lorsqu'ils perdent la complicité de l'équipe, un autre poids prend le relais, le poids de la solitude. Le fonctionnement individualisé n'est pas compensé par une appartenance au groupe suffisante. Ils quittent la cohésion de l'équipe des infirmiers sans avoir l'opportunité de la reconstruire puisqu'ils sont seuls sur leur fonction, parfois en pénurie de cadres infirmiers et pas toujours en position facile, à l'interface entre la direction et le monde médical.

« Les copines me manquent. Ce n'est plus le groupe, je ne ris plus, or, c'était salvateur. On disait des bêtises et ça nous vidait la tête. Aujourd'hui, pour faire le vide, je rentre chez moi à pied ».

La solitude pose la question de l'identité d'appartenance : être membre d'un groupe et avoir une action commune, c'est généralement le travail qui l'apporte. Dans le cas contraire, c'est un manque, un vide qu'on ne comble pas.

Peut-on faire l'économie d'une dynamique interactive entre cadres, afin qu'ils rompent avec la solitude de leurs soucis ?

« On n'a pas de cohésion de groupe ».



Des réunions sont pourtant proposées par la DSSI. Ces temps de rencontre sont des lieux de réajustement des connaissances, comme par exemple le mode d'utilisation de la nouvelle boîte à aiguilles. Ils renseignent sur les projets d'établissement et autres projets transversaux. Ils développent l'autogestion par la connaissance des problèmes institutionnels. Ils sont porteurs et dynamisants (à condition que ces mêmes réunions ne relèvent pas du syndrome de la « réunionnite »).

Les réponses passent par ces réunions :



- Faire se rencontrer les cadres.
- Permettre la naissance de sympathies.
- Envisager des négociations entre services pour résoudre des problèmes ponctuels.
- Renforcer l'appartenance identitaire.
- Décloisonner les services.

Les cadres ne devraient pas continuer à porter le poids de leur solitude, même en ayant quitté leur métier d'infirmière qui apportait une autre chaleur collégiale. Lorsque ce sentiment domine, n'est-ce pas en raison d'un déficit de cadres infirmiers ? N'est-ce pas l'absence d'écoute de la part d'une direction elle-même débordée ?

Côté soignants, la solitude peut aussi exister. Elle n'est pas due au statut de cadre, elle touche aux limites de soi avec pour conséquence repli et blocage.

Paradoxe du métier qui nous met en face d'une profession censée sauver l'autre de sa douleur, alors que nous-mêmes n'avons pas appris à prendre soin de nous.

b) Le manque de reconnaissance

« Des soignants obligés d'être déplacés tous les jours ou des effectifs insuffisants, c'est déjà un stress en soi, un clash quand ça arrive. Mais ce qui est véritablement violent, c'est lorsqu'on nous renvoie à notre incompetence comme si c'était de notre fait ».

« Non seulement on nous reproche d'être la vilaine qui ne prévoit pas l'organisation de son planning, mais en plus on nous culpabilise de ne pas faire ce qui est en soi une transgression, un non-respect de la vie privée.

En dehors du plan blanc ou d'une réquisition, appeler une IDE pour qu'elle renforce une équipe est une intrusion dans sa vie privée ».

- Organiser le jour pour la veille, normal.
- Lancer une opération dynamique sur ordre express d'un



responsable, pour avoir la contre-information deux jours plus tard, normal toujours !

- Anticiper, jongler avec l'imprévu, sauter in extremis des situations avec des solutions qui font dans la demi-mesure, normal encore !

Jusque-là le personnel fait face. Il agit plutôt vite et bien jusqu'au moment où il s'entend reprocher : « Vous n'auriez pas du... », « vous n'avez pas compris que... », plus couramment qu'un remerciement face à l'effort fourni.

La reconnaissance ! Pourquoi en être privé ? C'est le meilleur outil de management. **La reconnaissance motive.** Clef du plaisir au travail, elle est gage d'une qualité des soins pour les malades.

La reconnaissance dépasse la simple donnée professionnelle pour devenir affaire personnelle. En être privé est une blessure narcissique, laquelle provoque le doute et la mésestime de soi. On trimbale une mauvaise image de soi et une insatisfaction de fond qui rend irritable ou dépressif quand ce n'est rebelle, car se révolter protège de la dépression. Les répercussions sont inévitables et logiques ; on devient un mauvais cadre. Être reconnu est légitime pour exister.

Côté soignant, vous vivez l'absence de reconnaissance par des petits gestes qui vous irritent ou vous agressent.

- Une décision du cadre prise sans que vous ayez été consulté ?
- Une critique un peu vive alors que vous avez donné le meilleur de vous-même pour dépanner les collègues et le service ?
- Un dépôt de congés refusé ou différé alors que vous avez l'impression de les mériter ?



Que retenir ?

Cadre ou soignant, personne ne supporte les frustrations et chacun ressent un sentiment d'injustice. Le manque de reconnaissance touche une des cordes les plus sensibles en nous, celle que nous recherchons depuis que nous sommes petits, c'est à dire le regard de l'autre.

Positif, chaleureux, encourageant, il nous a permis – c'était il y a quelque temps déjà, à l'âge de l'enfance - de nous donner des ailes. Emprunt de malveillance, absent, insuffisant, nous renvoyant à une image de nous insuffisante, cet autre regard décourageant nous accablait.

Toujours vivace, la reconnaissance reste un besoin tapi au fond de nous qui perdure dans le monde professionnel. Qu'elle vienne à manquer et nous nous sentons tellement découragés !

c) Le manque de soutien

« J'ai déjà subi deux ou trois injustices dans l'hôpital, qui m'ont assez massacrée. Maintenant, c'est passé. Mais j'ai géré ça difficilement. Pour moi c'était comme une fessée déculottée ».

Communication difficile et manque de soutien sont les deux paramètres régulièrement évoqués par les soignants. A la demande déposée, correspond trop souvent une réponse d'évitement : « Oui, vous avez raison », « je vais m'en occuper » ... et l'interlocuteur échappe à la prise de décision en différant une solution mise en attente. L'évitement qui conduit à jouer la carte de la force d'inertie est une des pires formes de manque de soutien. Pire que la pression est l'absence de réponse.

Nous nous sentons seul, mal compris, insuffisamment soutenu, mal entendu. Nous courons toujours derrière « celui qui ». En particulier, la direction, cet interlocuteur souhaité, attendu, ce partenaire parfois si difficile à joindre, alors qu'il est recherché comme une figure emblématique. Notre seuil de tolérance à son égard est d'autant moins élevé que son rôle décisionnaire nous le rend indispensable. Il a pourtant lui aussi des obligations urgentes, mais urgence contre urgence, comment s'ajuster ?

**« Le plus difficile est sans doute de n'être pas soutenu par sa direction.
Si on veut nous désavouer, qu'au moins on le fasse en tête-à-tête ».**

**« J'ai le droit de faire une erreur,
mais ce n'est pas six mois après qu'il faut me le reprocher,
car ça veut dire que tout ce temps-là, ça les a arrangé ».**

Questions



Comment soigner le malade lorsque l'on est en souffrance ?
Comment soutenir sans être soutenu soi-même ?
Comment porter seul le poids d'un service, le poids d'un patient, le poids de la vie professionnelle lorsque les valeurs humaines les plus essentielles, reconnaissance, soutien et accompagnement font défaut ?

III. L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Qui dit organisation du travail dit réduction du stress et de la violence. Mais il n'est pas toujours aisé de décoder certains amalgames ou dysfonctionnements organisationnels qui reposent autant sur le bon vouloir et la générosité du personnel à donner de soi que sur la réalité d'une gestion en ressources humaines ; celle-ci passant parfois au second plan par rapport à d'autres priorités reconnues comme telles. Ainsi, la confusion des rôles dans l'institution, les horaires (avec son rythme biologique en décalage avec le travail et l'obligation de devoir modifier sa vie personnelle), l'interruption des tâches, la pression, la tension, les questions sur notre devenir professionnel sans réponses sont autant de paramètres de dimension organisationnelle.

a) L'ambiguïté des rôles

Qui n'a pas eu le sentiment d'emprunter le statut et la fonction d'un autre ?

- De gré ou de force.
- Par goût du pouvoir ou par peur des représailles.
- Par gratification à « s'emparer » d'un rôle plus valorisant que le sien.
- Par intérêt d'aménagement d'un poste que nous jugeons justement insatisfaisant.

La confusion des rôles est largement répandue dans tous les métiers de l'hôpital. Nous la banalisons alors que sur l'échelle du syndrome d'épuisement professionnel, elle prend une place singulière et prépondérante qui devrait nous inviter à plus de réflexions sur l'intérêt et les effets secondaires de ce procédé.

La non-définition des tâches accentue l'écart entre la tâche prescrite et la tâche réelle.



*Confusion des rôles et avantages

Nous avons tous plus ou moins intérêt à confondre les rôles. Tous, nous nous engouffrons dans une confusion identitaire, car elle joue sur le sens et la motivation au travail. Tous, nous trouvons des bénéfices secondaires qui font perdurer cette situation. Tous, nous nous plions à ce dysfonctionnement implicitement ou de guerre lasse.

Plus la personne est mal définie dans ses tâches, plus elle empiètera sur la fonction de l'autre, et plus cette confusion portera de zones d'ombres libérant une marge de manœuvre sur laquelle personne n'a de prise.

Retenons que la première fonction de la confusion des rôles passe par l'impossible contrôle que laisse supposer la non-définition des responsabilités.

Autre cas de figure : la confusion des tâches s'observe sur le versant de la relation d'aide. On voit trop souvent des personnes non habilitées à le faire, qui vont livrer à un malade ou à sa famille des éléments qui n'appartiennent qu'au corps médical ; comme par exemple l'annonce d'une maladie grave ou des mots qui sous-entendent une issue peu optimiste.

Retenons que la seconde fonction de la confusion des rôles est de se décharger d'une information qui pèse trop lourd psychologiquement.

Pour accepter ce rôle, soit il vous est imposé, dans ce cas nous sommes dans un ordre dysfonctionnel dont la responsabilité appartient à celui qui en décide, soit nous sommes dans l'acceptation. Dans ce cas, celle qui s'en charge trouve un bénéfice secondaire, suffisamment important à ses yeux pour transgresser sa fonction première.

Ne s'agirait-il pas d'un souhait inconscient de revalorisation de sa fonction ? Entrer dans le monde de la relation d'aide et évoquer des sujets aussi pointus que la mort, n'est-ce pas une occasion de quitter l'exécutif pour rejoindre le monde relationnel ?

Retenons qu'une autre raison de la confusion des rôles repose sur le besoin d'échanges et la volonté d'être dans une dimension relationnelle en quittant le monde de l'exécutif. Avec elle, nous entrons dans le sentiment d'utilité puisqu'en même temps que nous annonçons l'information, nous allons l'accompagner d'une dimension d'aide, d'écoute et de conseils.

La confusion des rôles, enfin ouvre la voie à la toute puissance. Même si « ce n'est pas notre rôle de... nous allons tenter d'y apporter une réponse ». Tel le bon samaritain, vous orchestrez et orientez ou vous décidez et interférez, pour qu'à une demande corresponde votre réponse qui fasse d'une situation bloquée quelque chose d'un peu magique.

Retenons que la confusion des rôles rend service à tout le monde. Elle vous valorise en même temps qu'elle répond à une attente.

*Confusion des rôles et inconvénients

- Comment jongler avec les différentes casquettes ?
- Comment s'insurger contre l'inévitable débordement de cette confusion ?
- Comment faire face à l'impondérable, lorsque votre décision remet en cause votre prise de responsabilité ? Lorsqu'en voulant bien faire vous avez mal fait, car dérapé ?
- Comment cumuler les faits lorsque la charge de travail déborde pour devenir charge psychique ?
- Comment porter le poids de votre isolement à agir lorsqu'une décision se fait dans la non-concertation et dans l'absence de soutien ?



Non-dits, rétention d'informations, dysfonctionnement de tous et du système global, il faut marquer une certaine vigilance, car « tel est pris qui croyait prendre », on est vite pris à son propre jeu. Interrogeons-nous donc sur nos « laisser faire » avant de nous faire « vampiriser ». Le jour où surgira un vrai problème lié à l'ambiguïté des tâches, serez-vous soutenu ?

b) L'interruption des tâches

Le caractère éclaté du travail, l'absence d'organisation spécifique, le dérangement pendant l'acte de soin soumettent les soignants à une parcellisation de leur travail qui n'est pas sans conséquences sur

les risques sécuritaires et la pénibilité du travail. Son fractionnement pour faire face à l'urgence diminue la concentration, interfère sur l'absence d'organisation et nous oblige à compenser en nous démultipliant.

Qui dit interruption des tâches dit gestion de l'urgence, par exemple courir le long d'un couloir, pendant qu'il nous appartient de former les élèves, en même temps que de vérifier la sonde du malade de la chambre X et de répondre à une sonnette quand le médecin nous parle... Les malades sont nombreux, les familles aussi, forcément, et lorsque nous sommes en période d'été, la pénurie de collègues nous oblige à nous dépêcher deux fois plus.

C'est une forme de quotidienneté que l'on peut aimer et vouloir choisir et certains services nous assurent de ce rythme. « *Moi, j'aime vivre à 150 à l'heure, j'ai l'impression d'exister et de me dépasser* ».

Pour d'autres, cette pression qui oblige à une démultiplication de soi avec maîtrise de ses émotions et gestion du stress atteint l'humeur et épuise. Polyvalence, disponibilité et humeur stable ne sont pas toujours compatibles.



Que retenir ?

Généralement, violence nous est faite lorsque nous relançons un effort supplémentaire rythmé par d'incessantes interruptions qui cassent la concentration.

Les machines de plus en plus complexes, les activités sérielles et l'absence d'organisation spécifique donnent, de plus, le sentiment de nous robotiser, au fil des urgences et selon le souhait des uns et des autres.

c) La pression

Vaincre, l'emporter sur la maladie, solutionner les problèmes, améliorer les objectifs du service en vue d'une efficacité et d'une rentabilité supérieures intensifient la pression à la réussite. Il nous faut être performants aujourd'hui sur la base de conditions de travail évolutives par les technologies nouvelles, et en lien avec des plans de restructuration dans l'organisation générale du travail.

Cette pression pèse comme une menace et provoque le sentiment d'être insuffisamment doté de moyens, le tout dans une quête éperdue d'une reconnaissance qui fait défaut.

Cette pression se ressent particulièrement lorsqu'il y a dysfonctionnements organisationnels et institutionnels. Par exemple :

- Vous devez faire appliquer dans votre service un projet qui ne vous plaît pas, cela vous oblige à assurer votre fonction sur des bases inverses des vôtres.

- Vous recevez une consigne lorsque survient le contre-ordre.

- Vous planifiez vos tâches, voilà qu'elles s'annulent au profit d'autres qui vous sont imposées. L'application d'une décision qui vient « d'en haut » court-circuite vos responsabilités vous obligeant du même coup à repenser l'ensemble de votre gestion.

- L'information essentielle vous tombe dessus trop tard.

- Chacun prend sa décision sans concertation.

- Les questions restent sans réponse, il vous faut revenir à la charge plusieurs fois.

- Les grandes orientations sont mal définies, les axes non arrêtés, les objectifs fixés sans ligne de force, vous restez dans le flou, le projet vous semble incohérent... mais vous devez quand même agir.



Les conséquences sont matérielles et psychologiques.

- Vous vous réajustez sans cesse selon le constat de l'immédiateté qui prime. Rien n'est jamais acquis.

- Vous vous sentez accablé par l'impossible.

- Un sentiment de perte de vos projets vous envahit.
- Votre comportement est tendu vers le résultat et vous culpabilisez si vous ne vous sentez pas confirmé par lui.
- Vous n'avez qu'une relative étroitesse de fonctionnement pour manifester vos compétences dans l'anxiété de l'erreur, car à l'hôpital jusqu'où a-t-on droit à l'erreur ?
- Vous doutez quant à votre identité professionnelle puisqu'on interfère à votre place...

Assaillis de tous côtés, nous nous sentons coincés dans un quotidien factuel sans place pour réfléchir aux risques encourus dans une infernale course contre la montre.

La pression aboutit à l'épuisement et à la déshumanisation de la relation. Contraint d'agir, plus que de penser, dans une succession d'instantanés pour aller de la question à la solution : trouver un lit, une savonnette, finir les fiches de notation, recevoir un représentant, chercher l'information... nous ne savons jamais d'où cela va arriver.

Nous ne savons pas où nous en sommes, car « ça change tout le temps ». Nous devons faire face aux impondérables et lorsque l'information n'est pas transmise ou parcellairement jetée le temps d'un échange, voire, imposée sans négociation ni consensus, nous devons chercher à rétablir les liens dans une inestimable perte d'énergie, mettant à rude épreuve notre bonne volonté.

Rien n'est plus usant que de ne pas savoir où l'on va. Tenu d'établir soi-même une logique là où elle est invisible, nous nous retrouvons seul, d'ailleurs tout le monde râle et se fatigue... puis se démotive. L'effort fourni manque de sens.

Le temps libre fait défaut. Lorsque nous avons quelques minutes, nous les mettons à profit pour nous détendre : ranger les placards, manger une galette des rois, rire et blaguer, un laisser-aller apparent qui restructure et resserre les liens, qui desserre l'angoisse et laisse filtrer un laisser-aller réparateur. Pendant ce temps, la réflexion n'est qu'effleurée, certains projets différés, mais nous nous sommes fait du bien. Qu'en serait-il sans ces petits riens qui, aux yeux de l'observateur extérieur, paraissent inadaptés à la situation et sont cependant essentiels pour l'équilibre des soignants qui évacuent ainsi leur stress ?

Hôpital rendement, hôpital économe, hôpital soignant, le nouveau challenge de cette trilogie nous presse.



Que retenir ?

- L'absence de sens et l'absence de liens usent !
- L'incohérence dans le travail déclenche l'incohérence de nos réactions.
- La violence sommeille du côté de cette incohérence.

d) La mobilité et la gestion de carrière

La mobilité est un acte de management du domaine des ressources humaines qui demande du temps. Elle est le contraire d'une décision qui se fait dans l'urgence et le parachutage, car elle requiert la mise en équilibre de plusieurs facteurs : le projet professionnel de l'agent, la prise en compte de ses compétences et de ses limites, la nature du service d'accueil, les causes de son départ et son éventuel remplacement ; une prise en compte qui fait appel à la cohérence et la logique, si l'on souhaite qu'elle soit une étape progressive et évolutive dans le parcours de la personne.

Certains métiers sont dépourvus de passerelles entre les fonctions. Ceux qui se sont lassés de leurs pratiques et se retrouvent en difficulté pour raison somatique ou psychologique, ceux qui veulent se distancier du malade, où vont-ils ? Quel est leur choix objectif ?

Nous observons ainsi des cadres qui optent pour la formation ou le management, plus pour s'éloigner de la proximité du soin que par motivation. Une fois en poste, ils se sentent plus ou moins mal, alors qu'en qualité de soignants ils ont excellé sur le terrain, paradoxe d'un choix d'évitement qui devient un choix enfermement.

De même dans le corps médical, certains médecins, notamment en réanimation anesthésie, quittent leur fonction car la pénibilité du métier les pousse à se recycler. On a observé ainsi de nouveaux métiers, notamment transversaux comme les experts qui fleurissent un peu partout, plus pour des raisons personnelles de souffrance au travail que par choix délibéré. Ces fonctions nouvelles sont particulièrement difficiles à imposer, d'une part face aux résistances des autres, d'autre part car elles exposent ce professionnel au vide anxiogène de son nouveau parcours. Le plus souvent avec peu de moyens et sur une fonction qui se joue en solo donc sans soutien.

Mobilité et gestion de carrière sont des concepts d'innovation et de progression dans l'idéal. Dans la pratique, ils recouvrent une réalité autre, vécue comme une astreinte et une atteinte agressive puisqu'elle heurte l'image de soi.

Dysfonctionnement... mais humanisme d'un cadre supérieur

Cas
clinique

« Quand il y a un décès, on doit aller très vite et toujours prévenir à temps. Une fois j'ai remonté le filon pour trouver la famille, ça m'a pris 4 heures d'énergie au téléphone. Je n'avais aucun renseignement rien qu'une photo de chat. Je suis passée par le vétérinaire, puis par le cordonnier et ainsi de suite... jusqu'à la famille ».

Constat



- Absence de cadre infirmier qui aurait dû assurer cette tâche.
- Absence d'indices et d'informations classiques sur le malade.
- Un comportement du cadre particulièrement humain et sensibilisé à la situation et qui décide d'intégrer cet imprévu dans son emploi du temps.

« On est obligé. Je trouve que le plus horrible humainement, c'est d'abord que le patient décède seul. Deuxièmement, c'est que la famille le sache, après le décès. Elle n'a pas eu le temps de dire au revoir, ni de discuter, ni de se préparer à la douleur du départ, et je trouve cela inhumain ».

Questions



- Ne se fait-elle pas déborder par son côté humain ? Sa qualité d'ex-soignante qui a pris en compte pendant des années la souffrance de la famille et la solitude de la mort ne reprend-t-elle pas le dessus ?
- Cette démarche n'est-elle pas un miroir de sa propre solitude ? Une projection qui la sensibilise doublement, en tant qu'ancienne professionnelle du terrain et aujourd'hui en tant que cadre renvoyé à son isolement ? Une histoire qui fait écho auprès d'une autre plus personnelle ?

- Faut-il que ce soit au cadre supérieur infirmier de colmater les brèches du système institutionnel qui la laisse sans moyens face aux situations de détresse humaine ?

Que comprendre ?

D'un point de vue analytique et dans l'optique d'une optimisation de l'organisation du travail et de sa rentabilité, ce cadre ne devait sans doute pas donner quatre heures de sa journée.

D'un point de vue humain, nous avons à faire à un acte de soins et de soutien magnifique.

En dépit des moyens sur le terrain, il a su prioriser une démarche qui se conçoit aussi comme un acte d'excellence.



Question

- Ne pas prendre en compte la précarité des effectifs, n'est-ce pas prendre le risque de se priver d'un personnel compétent et généreux parce qu'il finira épuisé ?

La relation de soin et d'aide aux malades et à leur famille impose aux soignants de gérer et de se protéger face à l'inorganisation et aux difficiles conditions de travail de l'hôpital. Il doit endosser les dysfonctionnements et contourner les incohérences, car l'immédiateté des urgences requiert un ajustement immédiat. Nous n'imaginons pas un infirmier répondre à son malade qui souffre :

« Je n'ai plus d'antalgiques, attendez la prochaine commande », ni s'entendre dire aux urgences : « Revenez dans trois jours, j'aurai un lit pour vous ».

Le soignant est en ligne de mire face à l'agressivité du malade insatisfait et risque de devoir faire face à une tension et une pression douloureuse susceptibles de dégénérer.

De plus, son sentiment de culpabilité augmente avec l'absence de réponses et donc de soutien. Témoin de sa responsabilité lourde de conséquences, il évalue les risques sur les effets de la santé du malade. La non-conformité des soins nécessaires provoque anxiété et stress,

une autre violence sur soi, aboutissant aux troubles thymiques classiques : irritabilité, agressivité et nervosité. Leurs conséquences physiologiques conduisent ensuite aux troubles somatiques que l'on connaît bien : troubles du sommeil, troubles digestifs, troubles cardiovasculaires et troubles dorsaux pour les plus courants.

En conclusion,

La violence au travail déborde du cadre de la violence physique lorsqu'elle touche la conscience professionnelle et la représentation idéale d'un métier, mis en défaut dans son application.

- Puisqu'ils ne sont
pas là pour ma dernière
heure...
vous allez être
mon légataire!



IV. LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Nous avons successivement traité dans ce manuel de trois thèmes. Dans un premier chapitre, il s'est agi de la vie quotidienne au travail et de son rapport à la vie et à la mort, puis nous avons pointé dans le deuxième chapitre la présence de la violence conflictuelle relationnelle. Enfin, nous avons développé en troisième partie la tension qui peut régner pour cause de dysfonctionnements organisationnels et institutionnels.

Avec ce dernier chapitre sur le syndrome d'épuisement professionnel, nous entrons dans le monde de la clinique du travail. Si nous avons souhaité clore ce manuel par la réalité de cette pathologie qui se développe dans le monde hospitalier, c'est parce qu'il se construit sur les bases de trois mots clés qui régissent ces trois chapitres : **l'émotion, l'incompréhension et la pression.**

L'émotion est le lien avec la relation d'aide dans sa rencontre avec la vie, la mort et la souffrance.

L'incompréhension est à la fois cause et conséquence des conflits.

La pression, inhérente au monde de l'entreprise, s'aggrave avec les dysfonctionnements.

Et au cœur de cela, un stress terrible et chronique qui vire à l'insupportable va engendrer une pathologie issue du monde du travail, celle du **syndrome d'épuisement professionnel.**



Que retenir ?

- Le stress est nommé *syndrome d'épuisement professionnel* en France, *burnout* aux Etats-Unis ou encore *kalochi* au Japon.
- Le concept du syndrome d'épuisement professionnel du personnel soignant a été initialement inventé par les soignants à l'usage des soignants. Il met en cause la faillibilité de la dimension d'aide et finit par user le professionnel de la santé.
- Il est un état de fragilité psychologique et physique intense qui ne permet plus au soignant d'assurer ses responsabilités professionnelles.



- Il se construit sur la base d'une compilation de facteurs que nous retrouvons dans la relation d'aide en difficulté et dans les troubles dysfonctionnels organisationnels et institutionnels. La violence, la tension, la demande excessive de rentabilité sans moyens ni reconnaissance suffisants en sont des exemples.

- Il s'inscrit dans l'écart existant entre les réalisations quotidiennes et le niveau idéalisé du métier. Lorsque ce dernier paraît inatteignable, il entraîne le soignant dans une désillusion dépressive.

- Enfin, il touche le soignant (et les salariés en général) à cause de l'impératif de la performance et de l'excellence lorsque celui-ci est vécu dans un contexte insécurisant et anxiogène.

Ce syndrome est évaluable et quantifiable. Il existe pour cela des outils psycho-techniques performants dont le plus connu est le MBI (Malash burnout inventory). Cette échelle de dépistage référente en matière de prévention définit le syndrome à partir des trois symptômes suivants :

- *l'épuisement émotionnel* : il s'installe lorsque la fatigue au travail devient excessive.

- Ce sont des explosions émotionnelles : colère, crise de larmes, irritabilité...

- Une labilité émotionnelle.

- Un refus d'agir ou de répondre à une demande anodine.

- Une incapacité d'exprimer ses sentiments ce qui serait un aveu de faiblesse.

- Une froideur, un hyper contrôle et un seuil de saturation émotionnelle atteint qui sont des réactions comportementales défensives et protectrices inconscientes.

- Une sensibilité accrue aux frustrations.

- *la déshumanisation de la relation à l'autre* : il est le symptôme dominant du syndrome et se caractérise par la sécheresse relationnelle s'apparentant à une certaine maltraitance du soignant sur le patient.

- Notons le détachement et la sécheresse émotionnelle, le cynisme et la méfiance, l'usage de l'humour noir et grinçant.

- L'attitude à l'égard du patient se modifie, il est de plus en plus perçu comme un malade-objet et non plus comme un malade-sujet, un numéro de chambre, un organe qu'on soigne. Cette perception tue la qualité première du lien relationnel.

- Le professionnel se rigidifie, émet des résistances excessives aux changements et prend des attitudes négatives ou pessimistes.



- la diminution de l'accomplissement personnel : elle naît du sentiment d'improductivité et d'inefficacité chez le soignant.

- Malgré les efforts énormes qui sont fournis, le soignant a le sentiment d'être inefficace et impuissant face aux responsabilités et à la charge de travail.

- Il a le sentiment de ne plus savoir aider les autres.

- Il se sent frustré dans son travail et craint même de perdre de sa qualité professionnelle, ce qui s'accompagne d'un doute de soi et d'un sentiment d'échec dévalorisant, d'une culpabilité combattue soit par un présentisme excessif sur l'hôpital soit par une fuite du lieu anxiogène donc par l'absentéisme.

- Il se démotive de plus en plus.

Enfin, en complément des données ci-dessus, nous retiendrons deux derniers paramètres constitutifs du syndrome d'épuisement professionnel avec le facteur de l'âge et de la personnalité.

L'âge : Plus nous sommes débutants et jeunes, plus nous sommes sur un dispositif professionnel « à risque » :

- Est-ce parce que les soignants vont dans les services réputés difficiles en début de carrière ?

- Est-ce parce qu'on les place sur des horaires souvent de garde et de nuit ?
- Est-ce parce qu'ils ne compensent pas avec le support d'une vie de famille structurante ?
- Est-ce parce qu'ils n'ont pas la connaissance de l'expérience ?

La personnalité :

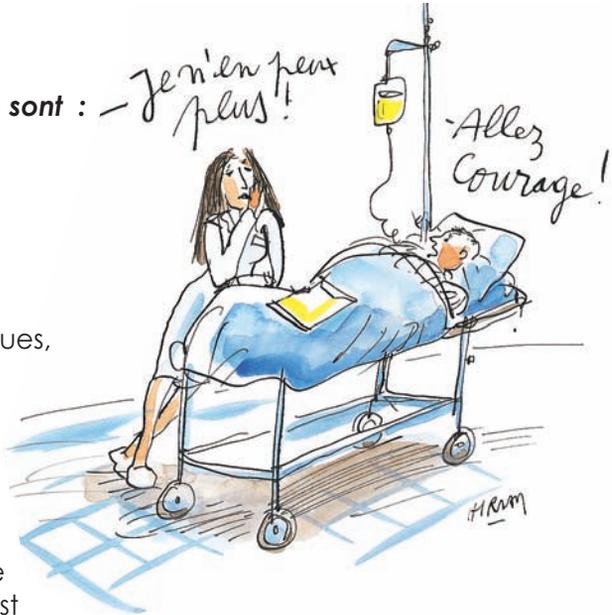
- Elle intervient dans la perception du stress notamment au travers de la « hardiesse ». Ce trait de caractère est une aptitude à faire face, à s'engager dans la vie et à relever les défis, c'est à dire réagir plutôt que de souffrir en se repliant et en s'isolant.
- Elle intervient aussi avec la vulnérabilité et l'anxiété qui exposent logiquement davantage le soignant au syndrome d'épuisement professionnel qu'un tempérament plus enclin à la détente.
- Elle intervient encore avec la notion de l'idéal du Moi et de sa fonction narcissique : lorsqu'il est très fort, l'idéal du Moi est un facteur fragilisant par la mise en échec d'une profession idéalisée en décalage avec le principe de réalité. Pour cette raison, le syndrome d'épuisement professionnel avec sa crise identitaire, se pose comme l'équivalent d'un syndrome post-vocation.
- Elle intervient enfin avec le jeu des motivations à l'origine du choix professionnel : besoin accru de se sentir utile, besoin de « réparer personnellement son histoire en soignant l'histoire d'un tiers », ce qui peut entretenir une confusion entre être soignant/être soigné, la tendance à exercer un contrôle sur les autres et la pauvreté des investissements dans sa vie privée.



Nous concluons avec la traduction clinique du burnout. Celle-ci s'apparente à une dépression, bien qu'elle n'en soit pas véritablement une. Elle prend par contre toutes les formes d'un trouble adaptatif. Sa gravité repose sur une véritable souffrance psychique pouvant conduire dans le pire des cas au suicide.

- **Les signes somatiques sont :** — *Je n'en peux plus !*

- fatigue,
- céphalées,
- troubles gastro-intestinaux,
- troubles du sommeil,
- infections gynécologiques, diverses, urinaires, rénales, dermatologiques...
- troubles dorsaux.



- **Les signes extérieurs**

découlent de l'angoisse qui déborde, la réalité est ressentie comme menaçante et

l'adaptation mise en échec. Ils sont caractérisés entre autres par :

- troubles du comportement tels qu'ils ont été décrits à travers les trois symptômes,

- conduite addictive par la prise de médicaments et par alcoolisation,

- troubles alimentaires de type le plus souvent boulimique,

- désir de fuite donc demande de changement de service et de mutation,

- l'altération de la sphère émotionnelle de type alexythimie*, dominée parfois par l'incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments, la limitation de la vie imaginaire, la tendance à recourir à l'action pour éviter ou pour résoudre les conflits et la description détaillée des faits, des événements des symptômes physiques,

- notons l'existence possible de « l'includence » qui est le sentiment de ne pas avoir le temps de tout faire en un temps donné, ce qui occasionne dans la pratique professionnelle des heures supplémentaires librement choisies empiétant sur la vie privée.

Quand le syndrome d'épuisement professionnel touche le FFCadre

Cas clinique

Madame A. fait fonction de cadre dans son service de chirurgie depuis un an et demi. Infirmière de son état, elle a accepté cette proposition comme une promotion et une reconnaissance de sa valeur.

Pour l'équipe, c'est un service rendu puisque le cadre muté ailleurs ne sera pas remplacé avant plusieurs mois.

Pour elle, c'est également un atout, car outre la reconnaissance, elle a l'opportunité d'exercer des responsabilités sans passer par le concours des cadres ; démarche qui l'angoissait, n'étant pas certaine de le réussir.

Aujourd'hui, Madame A. est fatiguée, elle se sent débordée. Elle a le sentiment de ne pas réussir à faire face aux journées de plus en plus chargées.

Le soir, elle rentre tard, s'arrachant du service avec le sentiment de n'avoir accompli que les urgences. Les conséquences commencent à peser sur les enfants et sur sa vie de couple qui est moins harmonieuse.

En réalité, stressée, Madame A. dort de moins en moins bien à cause des insomnies. Elle s'énerve facilement, elle se lève le matin fatiguée, s'endort le soir préoccupée, la tête pleine de questions sans réponses pour le lendemain professionnel.

Elle perd l'appétit, et depuis quelque temps se plaint de céphalées et diverses autres douleurs. Surtout, son humeur qui était toujours au beau fixe a changé. Elle est irritable et lunatique, plutôt triste voire même dépressive. Elle n'arrive plus à communiquer, se repliant sur elle-même, car dès qu'elle ouvre la bouche, elle parle travail, et devant la réaction de plus en plus agacée de sa famille qui sature de n'entendre parler que de cela, elle a pris l'habitude de se taire.

Elle se sent seule, très seule face à l'amplitude toujours plus importante de la charge de travail et pire que tout, plus du tout à la hauteur. Elle se sent épuisée. Elle est à bout.

Constat



- Irritabilité, instabilité thymique, tendance dépressive, repli sur soi, Madame A. présente des troubles du comportement qui sont les manifestations banales du syndrome d'épuisement professionnel.
- Sur le plan somatique, nous retrouvons la fatigue. Une fatigue morale qui ne disparaît pas, une fatigue physique pour cause d'insomnies. Elle mange peu, se plaint de douleurs diverses. Elle n'arrive pas à récupérer, même après quelques jours de repos.
- Sur le plan professionnel, elle se sent débordée et se culpabilise de ne pas tenir ses engagements. Elle a même l'impression d'être incompetente et de ne pas être à la hauteur de ses engagements : le chef de service et le directeur de l'hôpital lui ont fait confiance et elle sent qu'elle les déçoit. Elle a de moins en moins envie de venir travailler. Elle qui était si heureuse d'exercer son métier vient maintenant à reculons avec un sentiment d'angoisse qui ne la quitte plus.
- Sur le plan personnel, elle n'a plus de temps à consacrer à sa famille, et « *ça tombe bien parce que de toutes façons elle ne sait plus en profiter* ».



Qu'en retenir ?

La question du « faisant fonction » est essentielle, car elle est un scénario courant qui n'est pas ressenti initialement comme une violence faite à l'agent, mais au contraire comme une preuve de reconnaissance de sa valeur professionnelle. Le paradoxe de cet acte est qu'en voulant faire bien, on fait du mal et la liste des raisons qui construisent l'épuisement illustre la difficulté à porter une double casquette.

- l'absence de formation,
- l'absence d'autorité légalisée,
- l'isolement,
- la jalousie,
- la confusion des rôles,
- la perte d'identité professionnelle doublée d'une non-

appartenance au groupe de référence,

- le salaire qui ne suit pas,
- la charge des responsabilités sans préparation ni moyens suffisants,
- la pression.

Quelles réponses ?



Au travail, renforçons le suivi individuel du soignant. Chez lui, permettons-lui de mettre en place un soutien.

a) La prévention au plan institutionnel

Syndrome multifactoriel et pluridimensionnel, sa complexité rend le diagnostic peu évident et sa prévention difficile.

Celle-ci est toutefois possible, mais n'est applicable qu'accompagnée d'une évolution des mentalités et des valeurs de fonctionnements trop enracinées à ce jour dans la lourdeur administrative.

La mise en place de procédures d'améliorations requiert méthodes de repérage et signalisation des dérives. Qui dit prévention du syndrome d'épuisement professionnel dit prise en charge de la gestion des risques et démarche de qualité et d'amélioration des conditions de travail, avec mise à plat des fonctionnements et auto-évaluation du syndrome.

La prévention des risques psychopathologiques repose sur la nécessité d'évaluer la souffrance au travail, puis sur le relais, par la formation et l'éducation des comportements. Enquêtes et entretiens servent de support.

b) Les conditions de travail au quotidien

Une mauvaise organisation et des moyens trop restreints provoquent des sinistres parfois irréparables. Repérons les dysfonctionnements organisationnels et institutionnels afin de limiter le développement du syndrome d'épuisement professionnel.

Quelques questions se doivent d'être posées au niveau de la direction :

- Les objectifs et les responsabilités du service sont-ils suffisamment clairs pour chaque membre de l'équipe ?
- Pour les assumer, les soignants ont-ils un soutien suffisant ?



- Les rôles et les fonctions de chacun sont-ils assez définis ?
- L'organisation technique et ergonomique du service est-elle adaptée pour remplir ses fonctions ?
- Les moyens matériels et les ressources en personnel sont-ils actuellement suffisants pour assurer aux autorités des services une gestion efficace de leurs équipes ?
- Le recrutement et la gestion de carrière ne gagneraient-ils pas à être améliorés ?
- Quel est le système actuel de reconnaissance du travail ?
- Quels sont les moteurs de motivation et les moyens supplémentaires à mettre en œuvre pour stimuler l'esprit participatif aux projets internes et transversaux ?

c) La prise en charge institutionnelle

L'arrêt de la fonction dans laquelle le soignant travaillait et qui a vu se développer son syndrome d'épuisement professionnel implique une mutation hors de son service et parfois hors de son corps professionnel. C'est à cette occasion que de nouveaux objectifs sur la base de nouveaux repères doivent être déposés, sans avoir le sentiment d'être rétrogradé. Tout changement de fonction se doit d'être motivé non comme une condamnation, mais comme une aide à la reprise. Il doit donc se réaliser autrement que par un parachutage immédiat.

Compte tenu de l'extrême vulnérabilité de la personne, de sa sous-estimation, de son sentiment d'impuissance et de sa fragilité émotionnelle, le changement de service doit se discuter, se négocier et se préparer. Bilan d'orientation, formation et suivi au niveau des ressources humaines sont les réponses institutionnelles.

d) La prise en charge individuelle

Consultez ! Connaissez-vous ! Repérez les réponses ressources !

Il ne s'agit pas de « psychiatriser » le problème. Mais n'hésitez pas après avoir consulté le psychologue et le médecin du travail sur votre lieu professionnel, à rencontrer aussi votre médecin traitant. Une prise en charge médicale avec traitement antidépresseur et/ou anxiolytique s'avère incontournable. Elle s'accompagne en général d'une prise en charge psychothérapeutique. Les périodes de souffrance étant souvent des temps propices à la maturation des réflexions et à l'élaboration des futurs projets à condition que l'on ne reste pas seul face à sa souffrance. Une porte qui se ferme, c'en est une autre qui s'ouvre...

Durant cette période de bilan personnel, identifiez ce qu'ont été



vos facteurs de stress professionnels. Prenez le temps de le faire, car ils sont généralement tellement habituels et banalisés qu'on n'y pense pas. Puis analysez vos propres réactions. Mettez-les en lien avec les événements de façon à repérer la mise en décalage entre stress et événements, et ce qui dans votre caractère et votre histoire rend complexe votre « coping », c'est à dire vos aptitudes à faire face au stress. Exemple :

La représentation de l'autorité vous inhibe.

Les situations conflictuelles vous font perdre toute patience.

Le « coaching » vous renvoie à une certaine défaillance de votre organisation...

Vous repérerez ensuite les réponses ressources : lieux d'investissement, personnes-soutien, mais aussi mobilité professionnelle... tout ce qui traite du changement et évite la répétition de la situation anxiogène. Prenez du recul, évitez de retomber dans vos schémas antérieurs, ne restez pas dans l'immobilisme, réagissez, parlez, faites-vous conseiller.

Au niveau de la vie privée, activités, détente et repos, relaxation et plaisir progressif sont à réinjecter dans vos journées. Changez-vous les idées.

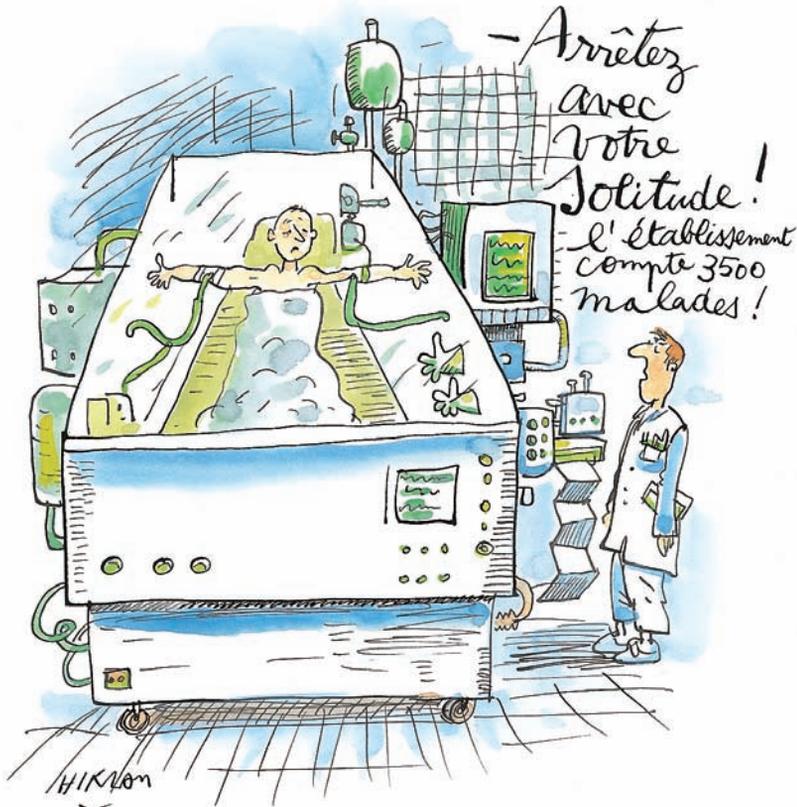
**Un maître mot face au
syndrome d'épuisement professionnel :
prenez soin de vous !**

V. CONCLUSION

« Plus on met de la science, plus il est indispensable de placer de l'humain ».

Le thème du stress et de la violence en milieu hospitalier nous a incités à explorer les processus qui conditionnent la construction d'une souffrance. Cela ne va pas de soi tant les paramètres sont pluriels, mais nous retiendrons la dimension médiatrice entre le soignant, le patient et l'hôpital, véritable entité porteuse de situations émotionnelles et organisationnelles.

Le travail produit souffrance et plaisir. Afin de privilégier le plaisir, nous mettons en place des stratégies défensives visant à rééquilibrer



notre relation au travail. Lorsqu'elles n'y suffisent plus, notre capacité à échanger et à travailler s'effrite et construit diverses décompensations somatiques et psychiques. Or plus qu'avant, sans doute, l'addition d'efforts demande aujourd'hui une flexibilité nouvelle face à nos métiers en mutation et si nous souhaitons être le propre acteur de nos projets, nous devons innover et développer notre sens créatif afin de nous adapter aux nouveaux besoins. C'est ainsi.

Époque sociale par ailleurs riche de ses mutations, la difficulté au travail ne produit pas que de la souffrance. Elle est propice aux élaborations et aux applications neuves. Transformer le mauvais stress en bon stress demande de l'imagination, de la négociation, une structuration de nos idées ; car si la souffrance commence par le non-sens, elle diminue avec la mise en application d'un processus d'élaboration psychique.

Le milieu hospitalier est un espace professionnel apprécié pour son quotidien relationnel et pour ce qu'il incarne dans la construction de l'amélioration de la santé des gens. Préserver sa santé physique et mentale est l'affaire de tous, pour tous ! En limitant les facteurs anxiogènes professionnels nous contribuons à la qualité du soin. En traitant du problème avec les patients par une éducation sanitaire et civique, nous nous aidons. « *Le malade est un égoïste, il n'y a que lui qui compte* », nous dit Philippe Labro. Rappelons les limites à ne pas dépasser, l'injonction de l'immédiateté ne fait pas force de loi. Être malade ne donne pas tous les droits.

I. FACE À LA DÉLINQUANCE ET A LA VIOLENCE PHYSIQUE, quelles réponses ?

a) La référence aux textes

**** Côté patients***

Rappelons l'existence de la charte du patient hospitalisé. Elle pose les droits élémentaires du malade : un service public accessible à tous, une qualité de soins, le droit à l'information, le respect des croyances et de la vie privée... autant de principes généraux qui rappellent le respect auquel il a droit ; ce qui en retour justifie de la courtoisie et de la politesse auxquelles peuvent légitimement prétendre les professionnels de la santé.

* **Côté soignants**

Face à la violence physique des mesures institutionnelles encourageantes voient le jour. Le fait que la violence soit reconnue par l'institution est un grand pas, car on ne peut indéfiniment la nier.

La loi du 13 juillet 1983, complétée par la loi du 16 décembre 1996, portant droits et obligations des fonctionnaires de l'État, des collectivités territoriales et des hôpitaux, notamment l'article 11, stipule que « *Les fonctionnaires bénéficient à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales (...). La collectivité publique est tenue de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer le cas échéant, le préjudice qui en est résulté* ».

Reconnaître la violence revient à agir sur la sécurité du personnel et le CHSCT est un partenaire incontournable.

b) Le système sécuritaire

* **Les vigiles**

Envisager la présence de vigiles dans le rôle anti-casse est un vrai débat. On peut les concevoir notamment aux urgences (de préférence sans badge), car ils ont un rôle rassurant et dissuasif. Depuis quelques années, les établissements se dotent de vigiles qui circulent dans les services à la façon des policiers dans les cités, sur la méthode dite de l'îlotage. L'uniforme n'est pas souhaitable, car il peut être vécu comme une provocation. Quant à la mixité de l'équipe, elle est une richesse supplémentaire. L'expérience a prouvé que certains soignants reconvertis en vigiles apportaient une compétence supplémentaire, mais pour tous, la courtoisie, le calme et la fermeté sont des atouts indispensables.

* **L'investissement en matériel sécuritaire**

Face à la délinquance, la sécurité est l'affaire de chacun. L'hôpital a ses contraintes, il est ouvert, sa structure, si elle est pavillonnaire rend le visiteur encore plus anonyme. Chacun de nous a appris à être attentif en ne laissant plus traîner ses affaires. Doter les services de placards qui ferment et de digicodes reste un effort peu coûteux.

— On pose le tabouret,
on reprend la file,
on est en sécurité !



Certains plaident en faveur de la mise en place d'un système vidéo, d'un système anti-intrusion dans les services et de coffres de sécurité à la disposition des malades.

Outre ces rajouts matériels, pensons aux formations dispensées

auprès du personnel afin d'adapter son comportement face aux rôdeurs et aux malades agités.

c) Le suivi professionnel et le reclassement pour les agents traumatisés

Le suivi post-traumatique se répand avec les cellules de soutien psychologique. Si la RATP, la Poste et autres grands groupes s'organisent, pourquoi pas l'Hôpital ? Dans un premier temps, la médecine et le psychologue du travail peuvent assurer ce suivi, mais l'idée d'un relais officiel capable de réagir immédiatement doit cheminer. En effet, plus la dimension traumatisante de l'agression est rapidement comprise, plus vite le professionnel agressé se récupère. L'état de sidération puis de dépression consécutif à une violence engendrent des séquelles physiques et psychologiques tellement sérieuses, que le professionnel peut être reconnu inapte au travail. Intervenir facilite sa réinsertion professionnelle.



Il arrive qu'un soignant ne puisse plus faire face au même environnement, rappel de son agression ou mis en difficulté dans son service. Le changement de lieu est une réponse lorsqu'elle est préparée. D'autres fois, il s'agira d'une reconversion totale avec formation et soutien. De quels moyens dispose-t-on à ce jour en dehors d'une mobilité interne ?

Enfin, doit-on reconnaître les agressions comme des accidents de travail ? Si nous collons à notre décision de forcer l'institution à reconnaître la violence, quelles en sont les limites ? Le débat est posé.

II. FACE À LA VIOLENCE DU STRESS ET DE LA SOUFFRANCE

a) Une autre façon de penser

Nous avons tendance à raisonner selon des schémas tout tracés « bien », « mal », « fragile pas fragile », « ayant tort, ayant raison » ; des jugements de valeurs qui oublient le terrain de la nuance et de l'appréciation sur fond de pouvoir et de décisions hâtives.

Toute relation humaine passe par une grille de lecture qu'il n'est déjà pas si simple de lire. Où se situer et comment se reconnaître face à une injonction de faire valoir et une affirmation catégorielle ?

Derrière un acte existe du sens ; derrière un malade se trouve un homme ; derrière nous est logée notre histoire en filigrane, rien n'est isolable de son contexte. C'est pourquoi, côté soignant, la prise en compte que tout lien est systémique doit nous inciter à nuancer nos représentations et par conséquent nos réactions.

Rappelons encore que « la maladie met le sujet en situation de frustration et d'insatisfaction. Elle légitime ainsi ses revendications et



ses exigences excessives. Douleur physique, souffrance psychologique et angoisse de mort viennent alimenter les causes premières d'un comportement jugé parfois insupportable par sa violence comportementale, verbale et physique ».

Aussi prendre du recul, prendre le temps de se poser pour penser, différer, mettre bout à bout les éléments et découvrir ce qu'ils cachent est une deuxième raison pour nous inciter à décoller des situations et à réajuster nos attitudes-réflexes.

En apprenant à penser autrement, nous quittons les clichés de la pensée conventionnelle qui impose ses interdits sans les accompagner de l'explication nécessaire. Nous évitons ainsi que le non-sens évolue en révolte violente. Une écoute et une réponse rétablissent un lien cassé par l'absence de dialogue réhabilitant le discours.

Les plaintes sont de plus en plus liées au déficit de la communication. Dialogue interrompu, informations insuffisantes ou mal transmises, des progrès dans ce sens sont à associer aux progrès de la médecine.

- A titre d'illustration, lorsque le malade passe par trop de mains, comment homogénéiser la qualité de sa relation ? Est-ce qu'en distinguant un interlocuteur ciblé nous n'améliorons pas la confiance et la confiance ?

- Entre membres d'un même établissement, ne devons-nous pas poursuivre également nos efforts de communication inter-individuelle ? Les entretiens d'évaluation et les mini-réunions ainsi que le recensement en besoin de formation ne sont-ils pas de nouveaux indicateurs de qualité et d'amélioration de notre système relationnel pyramidal ?

- En repensant la communication et le décroisement, quelle place laissons-nous aux conseils de services ? Sont-ils respectés ? Les différents corps de métiers sont-ils réunis avec pour politique une volonté de décroiser les fonctions par la participation collective ?

- Les informations sur les projets transversaux sont-ils transmis ? On ne peut pas ignorer les changements d'ordre économique qui interfèrent sur les habitudes et impliquent des bouleversements vécus parfois de façon traumatisante. Or, on sait qu'il est nécessaire d'avancer vers un avenir neuf pour une meilleure efficacité dans l'accueil et le soin. Dans le cadre de la restructuration, comment amortir le choc du changement ? Face au recentrage de l'hôpital

sur ses nouvelles missions, renforcer l'information et la transparence des projets, n'est-ce pas une des réponses dénonçant le silence actuel angoissant ? En allant vers la concertation, est-on soucieux de notre comportement ? Respect, souplesse, adaptabilité, transparence, information des prescriptions et des traitements pourraient être appréciés comme des valeurs devenues à ce jour incontournables si nous désirons enrayer le stress et la violence. Une violence de l'acte est une réaction face à l'inconnu provoquant la montée de l'anxiété. Comment comprendre qu'au siècle de la communication permettant d'échanger à travers la planète, on ne communique plus à deux pas de soi ?

**Il est de notre devoir de soignant d'informer
et de communiquer !**

**En prenant soin de notre qualité relationnelle
et organisationnelle,**

**nous prenons soin de notre équilibre psychique
et somatique et de celui de nos patients.**

VI. RÉFÉRENCES

Où se renseigner pour en savoir plus :

Alcoolisme

Al-Anon : Aide aux familles et amis d'alcooliques. 4 rue Fléquier, 75009 Paris. Tél. : 01 42 81 97 05. <http://assoc.orange.fr/al-anon.alateen.france>

Les alcooliques anonymes : Soutien aux malades alcooliques devenus sobres et aide aux personnes alcooliques. 29 rue Campo Formio 75013 Paris. Tél. : 0 820 326 883. www.alcooliques-anonymes.fr

Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) : Accueil et soin des personnes en difficultés. Formation, justice, service de documentation, orientation sur les CHAA, centres d'aide aux personnes alcooliques. 20 rue Saint Fiacre, 75002 Paris. Tél. : 01 42 33 51 04. www.anpa.asso.fr

Dépression

SOS Dépression : Une écoute, un écho immédiat à la souffrance des personnes en dépression. Tél. : 0 892 70 12 38.

SOS Amitié : Soutien téléphonique 24 h/24
Tél. : 01 40 09 15 22. www.sos-amitie.com.

Deuil

Vivre son deuil : Une équipe dirigée par le Dr Michel Hanus, psychiatre, vous soutient dans l'épreuve du deuil. 7 rue Taylor, 75010 Paris. Tél. : 01 42 08 11 16. www.vivresondeuil.asso.fr

Centre d'hospitalisation à domicile pour les personnes en fin de vie :
125, rue d'Avron, 75020 Paris. Tél. : 0 811 020 300. www.croix-saint-simon.org

Ethnopsychiatrie

Uraca : Une consultation ethnopsychiatrique pour malades d'origine africaine. 1 rue Léon, 75018 Paris. Tél. : 01 42 52 08 97.
www.uraca.org.

Harcèlement moral

Centre de médiation et de formation à la médiation (CMFM) : Structure qui travaille avec le parquet et suit les familles. 38 rue de la Colonie, 75013 Paris. Tél. : 01 44 64 84 70.

Personnes âgées

Allo maltraitance : Antenne Alma répartie dans plusieurs villes de France. Écoute des personnes âgées et de leur entourage. Tél. national 24 h/24 : 0 892 68 01 18. www.alma-france.org

Psychiatrie

Urgences psychiatriques : Déplacements de psychiatres à domicile. 59 rue de Seine, 75006 Paris. Tél. : 01 40 47 04 47.

FNA-psy : Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie. 33 rue Daviel, 75013 Paris. Tél. : 01 43 64 85 42. www.fnapsy.org.

Soutien aux malades

ALH : Animation loisirs à l'hôpital pour toute personne hospitalisée, 5 rue Barye, 75017 Paris. Tél. : 01 46 22 82 32/31.
www.alh.asso.fr

Associations de bénévoles pour les malades : Direction générale de l'AP-HP. 3 avenue Victoria, 75004 Paris. Tél. 01 40 27 34 18.

Stress

Consultation «Souffrance et travail», créée par la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH). Aide psychologique, aide juridique. Consultations hebdomadaires sur rendez-vous. 22 bis rue Terre Neuve, 75020 Paris. Tél. : 01 47 00 17 57. Renseignements juridiques. Tél. : 01 49 23 84 00. www.fnath.org.

Toxicomanie

Équipes de coordination et d'intervention médicale auprès des usagers de drogues (ECIMUD) : Équipes mobiles internes aux hôpitaux pour résoudre un problème de dépendance durant l'hospitalisation. Numéro central 01 40 25 82 64. Groupe hospitalier Bichat-Claude Bernard. 46 rue Huchart, 75877 Paris Cedex 18.

Drogues, Alcool, Tabac Info Service : Appel téléphonique anonyme et gratuit : 0 800 23 13 13 (anonyme et gratuit depuis un poste fixe). 01 70 23 13 13 (numéro Azur depuis un portable). www.drogues.gouv.fr

ADAJE Association Drogues & Jeunesse : Réponses aux personnes concernées par les toxicomanes. 9 rue Pauly, 75014 Paris. Tél. : 01 45 42 75 00.

Que lire pour se documenter :

Annuaire des associations de santé : B. Tricot consultant. BP 33, 34150 Gignac. Tél. : 04 67 57 20 22.

L'accréditation : un guide pratique est disponible. S'adresser à l'HAS, 2, avenue du Stade de France, 93218 St Denis La Plaine Cedex. Tél. : 01 55 93 70 00.

Mobbing, la persécution au travail : Heinz Leymann. Éditions du Seuil. 1996.

Le harcèlement moral : La violence perverse au quotidien. Marie-France Hirigoyen. Éditions Syros. 1998.

Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : Aline Mauranges. Pierre Canoui. Éditions Masson. 2001.

Troubles musculo-squelettiques et travail ; quand la santé interroge l'organisation : F. Bourgeois, C. Lemarchand, F. Hubault, C. Brun, A. Polin, JM. Faucheux. Éditions ANACT.

Un merveilleux malheur : Boris Cyrulnik. Éditions Odile Jacob. 1996.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- Anne Xavier Albertini. Ed. Laffont « Journal fou d'une infirmière ».
- AP-HP Magazine oct. 1991, page 7 « l'accueil du malade à l'hôpital ».
- AP-HP Magazine n° 15, page 17 , « La mission accueil séjour », C. Haegeman.
- AP-HP Magazine n° 20, page 20, « L'infirmier d'accueil et d'orientation des urgences », C. Haegeman.
- AP-HP Magazine n° 58, page 13, « La musique adoucit les soins » I. Sévère.
- N. Beneux. Ed. Plon. « Journal d'une infirmière ».
- Ary Broussillon. Ed. Sel Arslan « Surveillantes à vécu ouvert, à cris perdus ».
- CNAM, « Violence et travail », 2e colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail. Travailler, Mars 1999.
- CNAM. « Colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail », 1997, Acte.
- D. Dessors. Colloque international de psychopathologie et de psychodynamique. « Stratégies de défense de la naïveté et de la candeur, et clivage et déresponsabilisation ».
- M. de Hennezel. Éditions Lamarre « L'art de mourir ».
- L'aide-soignante Magazine n° 6. Juin 1998 « Conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance envers une personne âgée ».
- L'aide-soignante Magazine n° 7. Juillet/août 1997. « La violence en institution pour personnes âgées ».
- MNH Revue n° 122, nov. 1998, pages 34 à 38. « Violence à l'hôpital ».
- Pascale Molinier. « Féminité et savoir-faire discrets ». Colloque international de psychopathologie et psychodynamique du travail.
- Ch. Pellegrini « Soigner le malade alcoolique ».
- C. Redon, M. Demougeot, J.P. Guillé, M. Hardouin. Janv.1999 Travail AP-HP. « Restitution violence ».

Maquette, compogravure
Val de Loire impressions - Tél. : 02 38 25 92 92
Illustrations : Christian Hirlay
N° imprimeur : 23936
Impression :
Imprimerie de Montligeon
61400 La Chapelle Montligeon
Juillet 2011